

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Suzana Peron

Promoção de saúde em adolescentes: Características de intervenções, avaliação de programa e caracterização de sintomas

Ribeirão Preto
2020

RESUMO

PERON, S. (2020). *Promoção de saúde em adolescentes: Características de intervenções, avaliação de programa e caracterização de sintomas* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

No cenário mundial, o desenvolvimento da saúde mental e bem-estar em adolescentes tem se mostrado uma preocupação crescente em diversos setores da sociedade. O objetivo desta pesquisa foi realizar a investigação de aspectos específicos para a promoção de saúde em adolescentes. Para alcançar esse objetivo, foram realizadas: uma revisão integrativa de literatura, investigando as características de intervenções em grupos de programas que visavam à promoção de saúde para este público; uma avaliação quantitativa do efeito de um programa de promoção de saúde na abordagem cognitivo-comportamental, para o desenvolvimento de habilidades para a vida (PRHAVIDA Adolescentes); e uma caracterização de amostra quanto à presença de afetos e sintomas ansiosos e depressivos em adolescentes de Ribeirão Preto. Os resultados da revisão apontaram para a predominância da utilização de habilidades para a vida e de habilidades sociais como conteúdo das intervenções, mas não foi encontrado um padrão, considerando as características de estrutura e aplicação dos programas. A avaliação do efeito do PRHAVIDA Adolescentes contou com uma amostra de 46 adolescentes, de ambos os sexos, com idade média de 12,39 anos (DP=0,58), e utilizou para a coleta de dados o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes, a Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes, a Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes, o *Children's Depression Inventory* e o *Spence Children's Anxiety Scale*. Os resultados evidenciaram efeitos positivos do programa em questão, sendo percebido, nas meninas, o aumento da percepção dos afetos positivos e diminuição na dificuldade de expressão nas habilidades que envolvem a comunicação e conversação; enquanto que nos meninos foi constatada uma maior autopercepção na frequência de emissão de habilidades sociais de maneira global. Contudo, no estudo de caracterização que avaliou 196 adolescentes, foi observada a predominância da sintomatologia ansiosa para ambos os sexos, com aproximadamente 76% (n=150) dos indivíduos se encaixando na faixa clínica de sintomas. Quanto aos sintomas depressivos, constatou-se uma maior presença

de sintomas mínimos, de 56,9% (n=150). Considerando os afetos, não foram encontradas diferenças entre meninos e meninas, mas foram observadas médias de afetos negativos maiores do que a de outros estudos similares, e a de afetos positivos, menores. Desta forma, percebe-se que as características específicas da fase, associadas a fatores internos do indivíduo e do contexto, podem apresentar impacto significativo no desenvolvimento dos adolescentes. Portanto, programas que visam ao fortalecimento e desenvolvimento de habilidades que funcionem como fatores protetivos e que permitam que os indivíduos lidem de maneira eficaz com as demandas cotidianas se mostram essenciais. Em conclusão, o presente estudo contribui no sentido de disponibilizar para o uso de profissionais uma opção efetiva para a promoção de saúde de adolescentes, pautada na abordagem cognitivo-comportamental, em ambiente escolar, a partir do desenvolvimento de habilidades para a vida e do bem-estar subjetivo.

Palavras-chave: Adolescentes. Promoção de saúde. Saúde mental. Habilidades para a vida. Bem-estar subjetivo.

ABSTRACT

PERON, S. (2020). *Health promotion in adolescents: Characteristics of interventions, program evaluation and symptoms characterization* (Masters dissertation). Faculty of Philosophy, Languages and Literature, and Sciences of Ribeirão Preto, Department of Psychology, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

The development of mental health and well-being in adolescents has been shown to be a growing concern in different sectors of society at a global scale. The aim of this research was to carry out the investigation of specific aspects for health promotion in adolescents. Therefore, this study brings an integrative review, studying the characteristics of group intervention programs aimed at health promotion for this audience; a quantitative assessment of the health promotion program effect on the cognitive-behavioral approach for the development of life skills (PRHAVIDA Adolescentes); and also a sample characterization inquiring the presence of anxious and depressive symptoms and affections in adolescents from Ribeirão Preto. The review results pointed to the life and social skills use as a predominant content of the interventions, but a pattern was not found considering the structure and application characteristics of the programs. The evaluation of the effect of PRHAVIDA Adolescentes, counted on a sample of 46 adolescents, of both genders, with a median age of 12.39 years ($sd=0.58$), and used for data collection the *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes*, the *Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes*, the *Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes*, the Children's Depression Inventory and the Spence Children's Anxiety Scale. The results showed positive effects of the mentioned program, being perceived, for the girls, the increase in the perception of positive affections, decrease in the difficulty of expressing the skills that involve communication and conversation, while for the boys, was found a greater self-perception of the social skills globally. However, in the characterization study, with evaluated 196 adolescentes, there was a predominance of anxious symptoms for both genders, with approximately 76% ($n=150$) of individuals meeting the range of symptoms. As for depressive symptoms, there was a greater presence of minimal symptoms, 56.9% ($n=150$). Regarding affections, no differences were found between boys and girls, but averages for negative affections were higher than in other similar studies, and for positive affections, lower. Thus, it is clear that the specific characteristics of the phase, associated with internal factors of the individual and of

context, can have a significant impact on the development of adolescents. Consequently, programs that aim at strengthening and developing skills that function as protective factors and that allow individuals to deal effectively with everyday demands are shown to be essential. In conclusion, this study contributes for making available an effective option for the health promotion of adolescents for use by professionals, using the cognitive-behavioral approach in the school environment, based on the development of life skills and subjective well-being.

Keywords: Adolescents. Health promotion. Mental health. Life skills. Subjective well-being.

INTRODUÇÃO

1.1 A adolescência

Durante seu desenvolvimento, o ser humano passa por quatro fases: infância, adolescência, adultez e velhice (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014). Contudo, essa divisão foi proposta apenas a partir do século XX, quando a adolescência passou a ser considerada um período de desenvolvimento em si, composto por fatores individuais, históricos e culturais (Senna & Desse, 2012).

A adolescência se apresenta como um período de grande potencial, no qual é esperado o atendimento de novas necessidades e tarefas desenvolvimentais para o desenvolvimento saudável do indivíduo (Newman & Newman, 2018). Neste sentido, se destacam as necessidades de pertencer a um grupo no qual se sinta valorizado, de ter relações de apoio e afeto, de desenvolver competências para lidar com os desafios cotidianos de forma adequada/adaptativa e de acreditar num futuro promissor (Kazdin, 1993; Newman & Newman, 2018). Também são exemplos de tarefas desenvolvimentais típicas da fase o bom desempenho acadêmico, o desenvolvimento da autonomia e independência, a ampliação das relações com pares do mesmo sexo e do sexo oposto, o estabelecimento de relações de namoro e o início da vida sexual, a formação de identidade, e as escolhas profissionais (Masten, 2014; Williamns, Holmbeck, & Greenley, 2002).

Quanto ao seu delineamento etário, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa fase compreende as idades entre 10 e 19 anos (World Health Organization [WHO], 2014). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), definido na Lei 8.069 de 1990, considera criança o indivíduo de até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (Artigo I) (Brasil, 1990). Ainda, Steinberg (2002) subdivide o período em três subestágios, sendo eles: precoce (10 a 13 anos), meio (14 a 18 anos) e tardio (19 a 22 anos); no entanto, publicações mais recentes (Steinberg, 2014) incluem jovens de até 25 anos na construção da adolescência.

Desta forma, a adolescência pode ser vista como um período de transição entre a infância e a vida adulta, marcada pela presença de transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Sadock & Sadock, 2007; Eisenstein, 2005). Considerando as mudanças fisiológicas características do período, estão presentes mudanças corporais

resultantes da maturação sexual e alterações hormonais, processo denominado puberdade (Carvalho & Pinto, 2002). Esse processo de modificação pode variar de pessoa para pessoa, e sofre influências genéticas ligadas ao estresse, peso corporal e nível nutricional (Belsky, 2010). Ainda, a partir das mudanças corporais decorrentes desse desenvolvimento fisiológico, o adolescente passa a lidar com questões relacionadas à imagem corporal, autoestima, sexualidade e identidade (Assumpção, Teodoro, Maltoni, & Neufeld, 2017).

Os fatores sociais típicos da fase envolvem a presença de conflitos relacionados à definição de identidade e aos esforços do indivíduo em alcançar às expectativas culturais da sociedade em que vive (Sadock & Sadock, 2007; Eisenstein, 2005). Desta forma, as expectativas e percepções provenientes da sociedade e da cultura apresentam impacto psicológico e comportamental e podem vir a modificar a maneira como o adolescente pensa de si próprio e se relaciona com a família, amigos e comunidade (Damon & Lerner, 2008; Newman & Newman, 2018).

As relações com os pares, a família e a sociedade passam por mudanças distintas nesse período; os adolescentes começam a exercer um controle mais autônomo sobre suas decisões, emoções e ações, e começam a se desligar do controle dos pais (Choudhury, Blakemore, & Charman, 2006). As interações com os pares apresentam significativo aumento, e podem ajudar o adolescente a desenvolver habilidades sociais longe do ambiente doméstico e, portanto, facilitar a transição para a independência (Larson & Richards, 1994). O mundo social no qual os adolescentes estão inseridos atualmente está mais urbanizado, móvel e globalmente conectado, o que traz benefícios pela facilidade da conexão com os pares, mas os deixam mais facilmente sob a influência das mídias sociais e da indústria da comunicação, e pode vir a ser prejudicial para sua saúde e bem-estar (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

Quanto às mudanças cognitivas, a literatura da área ressalta que as capacidades racionais aumentam durante a infância e adolescência, e que as habilidades cognitivas nestas fases são substancialmente diferentes das de adultos (Steinberg & Scott, 2003). Durante esta fase, há extensa maturação cerebral em três grandes sistemas neurais, sendo eles: o sistema de recompensa, o sistema de relacionamentos e o sistema regulatório (Steinberg, 2014). Diversas pesquisas ressaltam o fato de que as diferenças na maior susceptibilidade a influências, menor orientação para o futuro, menor aversão a riscos e menor capacidade de controlar impulsos e comportamentos característicos desse período podem ter provável base em alterações neurobiológicas, e que devido a essas diferenças,

os adolescentes podem ter mais dificuldade de regular suas emoções, impulsos, e comportamentos do que os adultos (Steinberg & Scott, 2003).

Em decorrência dessas alterações, pode haver o aumento à exposição de comportamentos de risco, estes mais comuns durante essa fase. Esses comportamentos são o início precoce da sexualidade, relação sexual sem uso de preservativos, não utilização e/ou utilização inadequada de anticoncepcionais, uso abusivo de drogas, álcool e tabaco, envolvimento em acidentes de trânsito, sendo que estão mais frequentemente associados à pobreza, exclusão social, violência, rejeição de pares, isolamento e falta de apoio familiar (Gorayeb, 2002; WHO, 2014). Em contrapartida, também se evidenciam os fatores de proteção, os quais estão ligados à coesão a nível comunitário, bem-estar familiar, comportamentos e competências individuais, acesso a serviços e políticas voltados especificamente ao público adolescente (WHO, 2014).

Com todas essas mudanças características da fase, em que novas tarefas lhes são exigidas, demandando o desenvolvimento de habilidades e adaptações diante dos desafios e incertezas que se apresentam (Del Prette & Del Prette, 2009a; Fonseca, Sena, Santos, Dias, & Costa, 2013), e em que o adolescente ainda não consegue fazer o uso adequado de seus recursos, sem se proteger dos riscos presentes em seu ambiente social, a adolescência também pode ser considerada como um período crítico e de vulnerabilidade para o indivíduo (Pessalacia, Menezes, & Massuia, 2010).

Alguns dos aspectos de maiores dificuldades na adolescência incluem as oscilações de humor, o engajamento em comportamentos de risco e os conflitos intensos nas relações familiares (Cicchetti & Rogosh, 2002). Referente à saúde mental, embora os adolescentes sejam geralmente percebidos como um grupo etário saudável, 20% deles experimentam algum problema de saúde mental, sendo a depressão e ansiedade os mais comuns (WHO, 2012).

1.2 A psicopatologia na adolescência

Embora a maioria dos adolescentes navegue com sucesso por meio das transformações da fase, a adolescência também é um período de incidência crescente de várias classes de doenças psiquiátricas, incluindo ansiedade e transtornos de humor, psicose, transtornos alimentares, transtornos de personalidade e abuso de substâncias (Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Estudos brasileiros sugerem que as taxas de transtornos mentais em adolescentes variam de 10 a 20% (Kieling & Belter, 2012). Neste

sentido, cerca de 20% deles experimentam algum problema de saúde mental, sendo a depressão e ansiedade os mais comuns (WHO, 2012). Ainda, estima-se que 75% dos adolescentes com a presença de psicopatologia clínica apresentam sintomas comórbidos significativos de ansiedade ou depressão (Garber & Weersing, 2010).

Tanto a ansiedade quanto a depressão apresentam as mesmas predisposições genéticas, e acredita-se que essa característica possa contribuir para a comorbidade dentre esses transtornos (Middeldorp, Cath, Van Dyck, & Boomsma, 2005). A fisiopatologia desses distúrbios é cada vez mais entendida como decorrente de mudanças maturacionais que normalmente ocorrem no cérebro do adolescente (Paus, Keshavan, & Giedd, 2008).

Os transtornos depressivos são caracterizados de forma geral pela sensação de vazio, humor deprimido e irritabilidade, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas que causam prejuízo funcional na vida do indivíduo (American Psychological Association [APA], 2014). Apesar de as características clínicas e diagnósticas do transtorno serem amplamente similares entre adultos e adolescentes (Thapar, Collishaw, Potter, & Thapar, 2010), o humor irritável ao invés do humor deprimido é uma importante característica para o diagnóstico nessa fase (APA, 2014). Em pesquisas clínicas, os adolescentes também apresentam maior desespero, menor energia, fadiga, hipersonia e maior risco de suicídio e abuso de substâncias em comparação às crianças (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004).

Ainda, Serra e Spritzer (2017) ressaltam que há ocorrência de manifestações de sintomas depressivos que não preenchem os critérios necessários para a atribuição de um diagnóstico, o que pode levar o transtorno a passar despercebido. Nestes casos, normalmente há a predominância da irritabilidade, reatividade do humor, sintomas físicos inexplicáveis, distúrbios alimentares, ansiedade, recusa a ir para a escola, declínio do desempenho acadêmico, uso de substâncias ou problemas de comportamento (Thaoar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). Esses fatores podem causar prejuízos clinicamente significativos, como o maior risco de tentativas de suicídio, uso de substâncias, abandono escolar, presença de baixa autoestima, baixo conceito referente à imagem corporal, alta inibição e inadequadas estratégias de enfrentamento e resolução de problemas (Friedberg & McClure, 2004).

Estudos apontam que 20% dos casos de depressão infanto-juvenis têm início no final da fase (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005), sendo que a apresentação de sintomas depressivos na adolescência constitui um fator de risco ligado a transtornos de humor na vida adulta (Harrington et al., 1997). Neste sentido, são

encontradas taxas de prevalência de transtornos depressivos em adolescentes entre 10 e 13% em meninos e entre 12 e 18% em meninas (Ruchkin, Sukhodolsky, Vermeiren, Kuposov, & Schwab-Stone, 2006).

Alguns estudos brasileiros, ao longo das últimas décadas, têm buscado investigar a prevalência do transtorno depressivo em adolescentes. Considerando diferentes regiões do país, Cruvinel e Boruchovitch (2004) descreveram uma incidência de depressão em 12,5% na população infanto-juvenil em Recife, 22% na Paraíba, e 21% em São Paulo. No estudo de Zinn-Souza et al. (2008) foi encontrada uma prevalência geral da mostra de adolescentes de ambos os sexos de 7,5%, sendo especificamente de 10,3% nas meninas e de 4,3% nos meninos. Os resultados obtidos por Salle, Rocha, Rocha, Nunes e Chaves (2012) demonstraram taxas gerais de prevalência de 10,9%. E por fim, no estudo de Munhoz, Santos e Matijasevich (2015) foi verificado que 17% dos 743 adolescentes da amostra foram classificados como tendo depressão menor.

Neste sentido, observa-se na literatura a preponderância feminina na prevalência de depressão em adolescentes após a puberdade, cerca de 2:1 (Hyde & Abramson, 2008). Dentre as hipóteses que buscam explicar esse fenômeno, destacam-se as mudanças biológicas causadas pela puberdade, a maturação cerebral e cognitiva. Estas incluem melhor compreensão social e autoconsciência, mudanças nos circuitos cerebrais envolvidos nas respostas à recompensa e ao perigo e aumento dos níveis de estresse relatado (Blakemore, 2008; Silberg, Picles, & Rutter, 1999; Nelson, Leibenluft, McClure, & Oine, 2005). Pode-se somar a essas hipóteses, ainda, o resultado de uma tendência a pensamentos ruminativos, maior produção de cortisol e uma maior sensibilidade às relações interpessoais (Williamson, Birmaher, Axelson, Ryan, & Dahl, 2004).

Já com relação à ansiedade, os transtornos associados são reconhecidos como alguns dos transtornos mentais mais frequentes na infância e na adolescência, com taxas entre 9% e 32% durante a infância e adolescência (Hill, Waite, & Creswell, 2016). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de sintomas de ansiedade de 5,8% entre os adolescentes (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). No entanto, de acordo com Petersen (2011), a prevalência desses sintomas pode variar de 4% a 20%. Assim como nos transtornos depressivos, os transtornos de ansiedade são mais comuns em meninas (Egger, Costello, Erkanli, & Angold, 1999; Essau, Conradt, & Petermann, 2000).

Quando o transtorno é presente já na infância ou na adolescência e não existe tratamento adequado, há um aumento na possibilidade do agravamento da condição ao

longo da vida (Walkup et al., 2008). Estudos apontam que um terço das pessoas que apresentam transtorno de ansiedade na vida adulta já apresentavam sintomas psiquiátricos antes dos quinze anos (Gregory et al., 2007). A presença de sintomas ansiosos nas fases iniciais do desenvolvimento aumenta o risco para outras psicopatologias, como depressão, distúrbios do sono, transtorno de conduta e outros transtornos de ansiedade (Verduin & Kendak, 2003).

A ansiedade é um fenômeno multifacetado, envolvendo aspectos biológicos, sociais ou psicológicos (Soares & Martins, 2010). Desta forma, sua apresentação pode ser diferente de indivíduo a indivíduo, contudo, normalmente envolve a presença de respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas dos sujeitos (Grolli, Wagner, & Dalbos, 2017). Os adolescentes podem apresentar sintomas somáticos como cefaleia, dispnéia, dores de estômago e musculares (Egger et al., 1999), aumento da atividade do sistema autonômico, transpiração, dor abdominal difusa, rubor, distúrbios gastrointestinais e tremor (Barrios & Hartmann, 1988).

A ansiedade, o medo e as preocupações são ocorrências comuns na adolescência, uma vez que esses indivíduos estão expostos a pressões e a estressores do mundo atual (exigências acadêmicas, drogas, violência e doenças sexualmente transmissíveis). A ansiedade exerce, assim, uma função adaptativa importante, visto que está associada à preparação do indivíduo para lidar com situações ameaçadoras (Beesdo & Knappe, 2012). Contudo, em alguns indivíduos e situações, esta resposta pode ser exagerada e desproporcional em relação ao estímulo, levando a um intenso grau de prejuízo, sendo então considerada mal adaptativa ou patológica (APA, 2000), e seu manejo e enfrentamento podem se mostrar um desafio (Friedberg & McClure, 2004). Ademais, os danos associados a essas questões podem envolver sofrimento clinicamente significativo, prejuízo nas áreas de funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014). Desta forma, a identificação entre ansiedade normal e patológica deve levar em conta o prejuízo desses sintomas no funcionamento social, familiar, escolar, dentre outros (Borba, 2014).

Segundo a quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5)*, os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. O medo consiste em um estado neurofisiológico automático de alarme, envolvendo a avaliação cognitiva de ameaça ou de perigo iminente para o indivíduo. Já a ansiedade é um sistema de resposta cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental, que se ativa quando eventos ou

circunstâncias antecipatórias são considerados aversivos, uma vez que são percebidos como eventos incontrolláveis, imprevisíveis e que podem ser uma potencial ameaça ao indivíduo (Clark & Beck, 2012).

Os transtornos dentro dessa classe se diferem quanto ao tipo do objeto ou situação que induzem ao medo, à ansiedade ou aos comportamentos de esquiva (APA, 2014). Os transtornos de ansiedade mais relevantes a essa etapa do desenvolvimento são: Fobia Específica, Ansiedade Generalizada, Ansiedade Social, Ansiedade de Separação, Transtorno do Pânico e Agorafobia.

1.3 A promoção de saúde mental

A saúde mental é definida a partir da presença de características positivas do sujeito, consistindo em “um estado de bem-estar no qual o indivíduo utiliza as suas capacidades, lida com o estresse normal da vida, trabalha de modo produtivo e frutífero e contribui para a comunidade” (WHO, 2004, p. 12), e não como a ausência de doença mental. A saber, a promoção de saúde tem como foco as condições de vida da população, envolvendo a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (Sicoli & Nascimento, 2003).

Nas últimas décadas, a promoção de saúde vem ganhando destaque no campo da saúde pública, resgatando a concepção da saúde como produção social, buscando o desenvolvimento de políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem o enfoque de risco (Sicoli & Nascimento, 2003). Segundo a OMS, as “políticas, planos e serviços em saúde mental necessitam levar em consideração a saúde e as necessidades sociais de todos os estágios do curso da vida, incluindo a infância, a adolescência, a idade adulta e o envelhecimento” (WHO, 2013, p. 10).

Ao longo do desenvolvimento humano, a compreensão sobre como os problemas emocionais e comportamentais se apresentam permite o planejamento e desenvolvimento de estratégias e intervenções adequadas a estas necessidades específicas (Murta, Günther, & Guzzo, 2015). Desta forma, faz-se essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases e mudanças ao longo do ciclo vital, podendo essa difusão ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários (Carta de Ottawa, 1986).

Neste sentido, é fundamental conhecer os fatores associados às questões da saúde mental. Os fatores de risco consistem em variáveis que, se presentes em um contexto, tornam o indivíduo ou um grupo mais vulnerável ao desenvolvimento de desfechos negativos em saúde mental (habilidades sociais baixas, estilos de enfrentamento negativos, baixa autoestima, negligência, violência, entre outros) (Eriksson, Carter, Andershed, & Andershed, 2010). Em contrapartida, os fatores de proteção atuam na modificação ou diminuição dos efeitos dos fatores de risco (como repertório elaborado de habilidades sociais, sucesso escolar, autoconceito positivo, suportes sociais, etc.) (Eriksson et al., 2010; Dalton, Elias, & Wandersman, 2007; Murta, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) aponta que os elementos de prevenção e promoção aparecem juntos nos mesmos programas e estratégias, uma vez que ambos objetivam a melhoria da saúde mental; contudo, devem ser entendidos como abordagens distintas, ainda que interligadas. Segundo o modelo de Weisz, Sandler, Durlak e Anton (2005), é possível traçar ações de promoção e de prevenção de forma que estas façam parte de um mesmo contínuo, fazendo com que as intervenções apresentem uma conexão dinâmica e complementar entre si, e permitindo a atuação em diferentes níveis de atenção em saúde (Abreu, Barletta, & Murta, 2015).

A principal diferença entre a prevenção e a promoção de saúde reside na finalidade da ação. As ações preventivas são voltadas à redução de sintomas e prevalência de doenças e/ou transtornos específicos (Luz, Murta, & Aquino, 2015), reduzindo o impacto de fatores de risco e fortalecendo competências associadas a fatores de proteção relacionadas às queixas de interesse (Murta, Günther, & Guzzo, 2015). Esse tipo de intervenção pode ser categorizado em: universal, seletiva e indicada. Os programas de prevenção do tipo universal são dirigidos para indivíduos ou grupos, os quais ainda não apresentam dificuldades e/ou problemas sugestivos de comportamentos de risco; as prevenções seletivas são ações destinadas a populações em situação clara de vulnerabilidade para desenvolver transtornos mentais; enquanto que as prevenções indicadas são voltadas para pessoas que já apresentam sinais de dificuldades (Munhoz, Mrazek, & Haggerty, 1996).

A promoção de saúde enfatiza o fortalecimento individual e coletivo para lidar com os condicionantes da saúde com o objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida (Luz et al., 2015). Geralmente esses programas se baseiam no fortalecimento de competências cognitivas, sociais e emocionais como meios para a promoção de bem-estar (Murta et al., 2015), dando suporte ao desenvolvimento pessoal e social por meio da

divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (Carta de Ottawa, 1986).

1.4 As habilidades para a vida e as habilidades sociais

Dentre as diversas abordagens de promoção de saúde entre adolescentes, encontram-se os programas de ensino e treino de Habilidades para a Vida (HVs). Essas habilidades permitem que os adolescentes aprendam formas para enfrentar de modo mais saudável as situações de risco à sua saúde, advindas de possíveis conflitos ou pressões vivenciadas nas relações com familiares, professores, parceiros e pares (Murta et al., 2009). As HVs consistem em habilidades que promovem o comportamento adaptativo e positivo, que permitem aos indivíduos a lidar de maneira eficaz com as demandas e desafios da vida cotidiana, sendo essas habilidades (WHO, 1997; Murta, Del Prette, & Del Prette, 2010, pp. 78):

- a) *tomada de decisão*: Observar o próprio comportamento e reconhecer as qualidades, dificuldades e recursos;
- b) *resolução de problemas*: enfrentar os problemas de maneira construtiva, utilizando os próprios recursos e os do meio, sem prejudicar o outro;
- c) *pensamento criativo*: usar as experiências para explorar recursos e alternativas disponíveis, respondendo com flexibilidade às situações diárias;
- d) *pensamento crítico*: refletir e analisar aspectos positivos e negativos de diferentes situações, e identificar armadilhas impostas pela mídia, religião, pares, cultura, etc.;
- e) *comunicação eficaz*: expressar opiniões, desejos, necessidades e sentimentos de forma direta e socialmente apropriada, buscando conciliar os direitos de ambas as partes;
- f) *relacionamento interpessoal*: capacidade de fazer, manter, aprofundar e terminar relacionamentos sociais, afetivos e sexuais;
- g) *autoconhecimento*: observar o próprio comportamento e reconhecer as próprias qualidades, dificuldades e recursos;
- h) *empatia*: capacidade de se colocar no lugar do outro, com compreensão e respeito às diferenças interpessoais;
- i) *lidar com as emoções*: reconhecer as próprias emoções e sua expressão assertiva, sem danos para com a própria saúde;

j) *lidar com o estresse*: reconhecer as fontes estressoras e desenvolver estratégias de enfrentamento para solucioná-las ou reduzir os seus efeitos.

Portanto, pode-se dizer que as HVs estão intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento social, pessoal, intelectual, emocional e físico do indivíduo (Hosseinkhanzadech & Yeganeh, 2013). Ainda, um efetivo treino de HV pode aumentar a consciência do indivíduo, proporcionando maior autoconhecimento e permitindo que ele utilize essas habilidades para resolver problemas e melhorar aspectos de sua vida, além de melhorar a interação com o ambiente e com outros indivíduos, e assim proporcionar maior qualidade de vida (Abbasi, Sajedi, Hemmati, & Rezasoltani, 2014)

No país, destaca-se um estudo realizado por Franco e Rodrigues (2015), que teve como objetivo implementar um programa voltado ao desenvolvimento de habilidades para a vida em adolescentes. A amostra contou com 33 adolescentes, com idades entre 12 e 14 anos, com desenho quase-experimental. Como resultado, foi encontrado que o programa foi eficaz em melhorar significativamente o componente civilidade e os afetos positivos no grupo intervenção. No *follow-up* de seis meses, foi evidenciado que os jovens reconheceram a aprendizagem das habilidades, destacando a prática das habilidades de relacionamento interpessoal, da comunicação eficaz e da tomada de decisão.

Dentro das HVs, pode-se encontrar uma classe de habilidades focadas especialmente no aspecto social, denominadas Habilidades Sociais, que consistem no autocontrole e expressividade emocional, empatia, civilidade, assertividade, fazer amizades, e solução de problemas interpessoais (Del Prette, & Del Prette, 2005). Segue a descrição de cada uma dessas habilidades, segundo Del Prette e Del Prette (2005, pp. 46).

a) *autocontrole e expressividade emocional*: reconhecer e nomear as emoções próprias e as dos outros; controlar a ansiedade; falar sobre emoções e sentimentos; acalmar-se; lidar com os próprios sentimentos; controlar o humor; tolerar frustrações; mostrar espírito esportivo; expressar as emoções positivas e negativas;

b) *empatia*: Observar; prestar atenção; ouvir e demonstrar interesse pelo outro; reconhecer/inferir sentimentos do interlocutor; compreender a situação (assumir perspectiva); demonstrar respeito às diferenças; expressar compreensão pelo sentimento ou experiência do outro; oferecer ajuda; e compartilhar;

c) *civilidade*: Cumprimentar pessoas; despedir-se; usar locuções como: “por favor”, “obrigado”, “desculpe”, “com licença”; aguardar a vez para falar; fazer e

aceitar elogios; seguir regras ou instruções; fazer e responder perguntas; e chamar o outro pelo nome.

d) *assertividade*: Expressar sentimento negativo (raiva e desagrado); falar sobre as próprias qualidades ou defeitos; concordar ou discordar de opiniões; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas e gozações; pedir mudança de comportamento; negociar interesses conflitantes; defender os próprios direitos; resistir à pressão de colegas e parceiros íntimos;

e) *fazer amizades*: Fazer perguntas pessoais; responder perguntas, oferecendo informação livre (autorrevelação); aproveitar as informações livres oferecidas pelo interlocutor; sugerir atividade; cumprimentar, apresentar-se; elogiar, aceitar elogios; oferecer ajuda, cooperar; iniciar e manter conversação; e identificar e usar jargões apropriados.

f) *solução de problemas interpessoais*: Acalmar-se diante de uma situação problema; pensar antes de tomar decisões; reconhecer e nomear diferentes tipos de problemas; identificar e avaliar possíveis alternativas de solução; escolher, implementar e avaliar uma alternativa; e avaliar o processo de tomada de decisão.

Durante a adolescência, em decorrência das alterações nas relações sociais, na medida em que há um distanciamento dos pais e uma aproximação dos pares, as exigências da manifestação dessas habilidades também passam por modificações (Del Prette, Ferreira, Dias, & Del Prette, 2015). Como exemplos, pode-se destacar a importância da habilidade de autocontrole em situações de desentendimento com pais e colegas; na classe da assertividade, temos a recusa de pedidos abusivos; na desenvoltura social, a conversação com figuras de autoridade e o falar em público; quanto à abordagem afetiva, podemos considerar o se apresentar a estranhos e o demonstrar interesse afetivo-sexual; considerando a empatia, destaca-se compreender os sentimentos dos outros e agir de forma correspondente, entre outros (Del Prette & Del Prette, 2009b).

Ter um bom repertório social indica um bom ajustamento e perspectivas positivas para o desenvolvimento; ao contrário de um repertório social pobre que pode levar a problemas psicológicos e conflitos interpessoais. Ainda, a ausência de algumas habilidades sociais pode acarretar em relações sociais restritas e conflitivas, interferindo assim negativamente sobre o grupo e sobre a saúde mental da pessoa (Del Prette & Del Prette, 2011). Desta forma, sabe-se que déficits nas habilidades sociais nas fases iniciais do desenvolvimento podem acarretar em dificuldades em fases posteriores (Silva &

Murta, 2009), podendo estar relacionados ao desenvolvimento de problemas psicológicos como condutas antissociais, desajuste escolar, suicídio, problemas de relacionamento e depressão (Del Prette & Del Prette, 2005).

A literatura ressalta que essas habilidades são aprendidas e aprimoradas ao longo do ciclo vital, e são influenciadas pelo contexto social e cultural que o indivíduo está inserido (Del Prette & Del Prette, 1999; Campos, Del Prette, & Del Prette, 2018). Percebe-se, ainda, que é um aspecto importante, considerando o sexo quando se discute o repertório social, sendo que o papel da cultura na modelação dessa diferenciação parece ser a explicação mais aceita pela literatura (Nolen-Hoeksema, 2012). Em estudo normativo realizado por Del Prette e Del Prette (2009b), na amostra de adolescentes de 12 a 14 anos foi encontrado que, para os indicadores de frequência, as meninas apresentavam maiores escores de habilidades sociais que os meninos para o escore total e nas subescalas de empatia, autocontrole, civilidade e assertividade. Já os indicadores de dificuldade apontaram menor escore no resultado geral e nas habilidades de empatia, civilidade e assertividade para as meninas.

No Brasil, dois estudos se destacam quanto ao ensino de habilidades de vida para adolescentes. O primeiro se refere ao Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto (Minto, Pedro, Netto, Bugliali, & Gorayeb, 2006), o qual realiza uma intervenção junto a adolescentes, no contexto escolar e grupal, com duração de 12 semanas e encontros semanais de duas horas cada, sendo desenvolvida uma habilidade por encontro, a partir da utilização de técnicas de trabalho em grupo, exposição oral do conceito, debates e discussões. Essa intervenção psicológica mostrou-se adequada no que se refere à modalidade de atendimento, conteúdos abordados e metodologia adotada para o seu desenvolvimento, e ao final da intervenção algumas repercussões no cotidiano dos jovens foram levantadas e um instrumento de avaliação foi aplicado.

No segundo programa de intervenções em habilidades de vida (Murta et al., 2009), dezoito adolescentes entre 12 e 14 anos participaram de uma amostra não clínica. Foram realizadas 16 sessões de grupo, baseadas em uma abordagem psicoeducativa e em técnicas grupais. A avaliação de processo incluiu medidas diárias de satisfação, prática de habilidades treinadas no curso da intervenção e suporte fornecido pelo grupo. Os resultados apontaram para evidências favoráveis de efetividade do programa, de acordo com a percepção dos adolescentes e de seus pais bem como coerência entre os dados da avaliação de processo e de resultados. Entrevistas de *follow-up* com os adolescentes e

com seus pais, conduzidas um ano após o término do programa, mostraram que as mudanças comportamentais se mantiveram com o passar do tempo.

Desta forma, Del Prette e Del Prette (2002) defendem que intervenções pautadas no desenvolvimento dessas habilidades deveriam ser incluídas na prevenção e no tratamento de transtornos psicológicos, uma vez que podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida e do funcionamento psicossocial, e na redução de impactos negativos desses transtornos. Esses autores ainda ressaltam que o treinamento dessas habilidades constitui parte integrante das intervenções voltadas para os mais diversos problemas e transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2002).

1.5 O bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo pode ser definido como uma avaliação cognitiva e emocional da existência do indivíduo (Diener, 1984; Diener, Suh, & Oishi, 1997). Esse constructo é definido a partir da perspectiva interna do próprio sujeito, visto que os indivíduos avaliam suas condições de vida de forma diferente, a partir de suas próprias expectativas, valores e experiências (Diener & Lucas, 2000).

O componente cognitivo compreende o conceito de satisfação de vida (Diener, 1984). A avaliação desse conceito pode ser feita a respeito da vida de forma global, por meio da percepção da vida como um todo, ou considerando seus diferentes domínios (Diener, 2006), como amor, amizade, família, relacionamentos, trabalho, escola, etc. (Diener et al., 1997; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Para Lucas, Diener e Suh (1996), a pessoa, ao avaliar sua satisfação de vida, pesa os aspectos bons e ruins e chega a um julgamento de satisfação geral.

Já o componente afetivo engloba os afetos positivos e negativos (Diener, 1984). Os afetos são constituídos pelos humores e pelas emoções, representando as avaliações da própria pessoa sobre os eventos que ocorrem em suas vidas (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). O afeto positivo envolve o quanto o indivíduo se sente ativo, incluindo a alegria, o entusiasmo, o orgulho e a felicidade (Diener, 1984); enquanto que os afetos negativos incluem uma variedade de estados de humor aversivos, como a raiva, a culpa, o desgosto e o medo (Watson et al., 1988). As emoções positivas intensas parecem ser menos importantes do que experiências de bem-estar a longo prazo, de modo que julgamentos de bem-estar são baseados principalmente na frequência de afeto prazeroso e menos em sua intensidade (Diener & Lucas, 2000).

O bem-estar subjetivo não deve ser visto como sinônimo para a saúde mental ou para a saúde psicológica, mas consiste em uma condição desejável (Diener et al., 1997). A presença de níveis satisfatórios de bem-estar subjetivo pode atuar como fator de proteção para o desenvolvimento (Furr & Funder, 1998), estando relacionada à maior saúde física, menos problemas de violência, baixos níveis de ansiedade e neuroticismo e maiores níveis de autoestima e motivação intrínseca (Park, 2004).

Na adolescência, os níveis de bem-estar subjetivo se mostram importantes na medida em que as experiências afetivas são percebidas intensamente, em decorrência das alterações físicas e psicológicas características da fase (Oliveira, Sena, & Martins, 2018). Desta forma, entende-se que elevados níveis de bem-estar nessa fase do desenvolvimento contribuem com o enfrentamento dessas transformações, permitindo a percepção da vida de forma mais positiva (Silva & Dell’Aglío, 2018). Ainda, estudos indicam que os níveis e a percepção do bem-estar podem influenciar a maneira como uma pessoa percebe a si, aos outros e influencia nas relações com os pares (Passareli & Silva, 2007), aspectos estes significativos do período da adolescência.

A literatura ressalta que o sexo parece ser uma variável importante quando se considera o nível de bem-estar subjetivo, embora não parece haver consenso na área. De maneira geral, os estudos apontam que as meninas parecem considerar aspectos diferentes aos dos meninos ao avaliarem e relatarem o seu bem-estar (Silva & Dell’Aglío, 2018). As diferenças entre os sexos considerando os componentes do bem-estar subjetivo também diferem, sendo encontradas em alguns estudos (Oliveira, Sena, & Martins, 2018; Vera et al., 2008), e não em outros (Huebner, Drane, & Valois, 2000; Segabinazi et al., 2012; Silva & Dell’Aglío, 2018). Alguns autores sugerem que condições relacionadas ao papel social poderiam influenciar nesse aspecto (Fujita, Diener, & Sandvik, 1991).

A idade também é apontada como um fator de influência para o bem-estar. Estudos em diferentes continentes relatam uma diminuição dos níveis de bem-estar com o avanço da idade em adolescentes (Coenders, Casas, Figuer, & González, 2005; Sarriera et al., 2012). As hipóteses levantadas para justificar essa alteração se focam no aumento de fatores potencialmente estressantes com o passar da idade (Segabinazi et al., 2012).

Alguns estudos brasileiros buscaram identificar o bem-estar subjetivo (BES) em adolescentes do país. No estudo realizado por Oliveira, Sena e Martins (2018), buscou-se analisar os afetos positivos e negativos que influenciam no BES dos adolescentes, na faixa etária de 14 a 18 anos, de estudantes do 1º e 2º ano de uma instituição federal brasileira. Como resultado, observou-se que o sexo feminino apresentou média maior no

afeto positivo; e o sexo masculino apresentou uma maior média no afeto negativo. Também foi indicado que quanto maior a idade, mais sentimentos do afeto negativo se mostraram presentes.

Silva e Dell’Aglío (2018) também investigaram o nível de BES de adolescentes, observando a associação entre sexo e faixa etária em 426 estudantes (M=14,91 anos; DP=1,65) de escolas públicas de Porto Alegre. Os resultados obtidos demonstraram médias mais altas entre os meninos nas dimensões de satisfação com a família, autoeficácia e bem-estar; enquanto que as meninas apresentaram maior satisfação com as amizades, maiores níveis de afetos negativos e menor satisfação com a vida.

1.6 A Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos com adolescentes

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck, nos Estados Unidos, na década de 1960. Este autor propôs uma nova formulação para o entendimento da depressão em termos cognitivos, em que os sintomas depressivos poderiam ser compreendidos a partir de interpretações tendenciosas das situações, as quais seriam resultado da ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (Knapp & Beck, 2008). Utilizada atualmente devido à sua validade empiricamente demonstrada e à sua eficiência no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos (Beck & Weishaar, 2000), inicialmente a TCC foi associada ao atendimento individual de adultos em contextos clínicos específicos (Bieling, McCabe, & Antony, 2008), voltada para a comunicação centrada no cliente, sendo caracterizada como uma terapia breve e focal, norteadas pela relação colaborativa entre paciente e terapeuta (Assumpção, Teodoro, Maltoni, & Neufeld, 2017).

A partir da década de 1970, começou também a ser difundida a proposta da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG) (Bieling et al., 2008). Diversos estudos da área apontam para a eficácia da TCCG para diferentes demandas com resultados equiparados à terapia individual (Mörtberg, Clarck, & Bejerot, 2011). Os argumentos que sustentam a utilização desse formato englobam aspectos relativos não somente à sua eficácia, como também ao custo-benefício mais favorável, por facilitar o treinamento de profissionais de forma sistemática se comparado ao atendimento individual, à redução do custo do sistema de saúde, e ainda, ao fato de que nesse formato mais pacientes podem ser tratados em conjunto, em um mesmo período de tempo, por um terapeuta bem treinado (Neufeld, 2011). A TCCG oferece um modelo sistemático e

teórico que permite conceitualizações apropriadas de informações relacionadas a cada participante e do grupo como um todo, antecipando obstáculos, e a determinação de abordagens de intervenções estruturadas (Stewart, Christner, & Freeman, 2007).

Quanto ao formato, os grupos em TCCG podem se apresentar como grupos de apoio, de psicoeducação, de treinamento e/ou orientação, e terapêuticos (Neufeld, 2011). Os grupos de apoio têm como objetivo o suporte aos participantes, que apresentam sintomas crônicos, que estejam passando ou já passaram por intervenção, e/ou aos seus cuidadores. Os grupos de psicoeducação buscam oferecer informações e autoconhecimento relativo aos sintomas, às demandas e aos transtornos específicos para aqueles que possam se beneficiar dessas informações e da identificação destas em si mesmos. Já os grupos terapêuticos trazem intervenções para demandas e transtornos específicos, contando com elementos dos tipos de grupo já apresentados (Neufeld & Peron, 2018; Neufeld, Maltoni, Ivatiul, & Rangé, 2017).

Considerando especialmente os grupos de treinamento/orientação, estes têm como objetivo a psicoeducação, a orientação e o treino para a obtenção de mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais, voltadas para indivíduos que possam se beneficiar dessa orientação, e treino específico para uma habilidade específica. Como características gerais, são estruturados em no máximo 15 participantes, com duração de mais de 8 sessões, com frequência semanal e fechados. Apresentam programa estruturado de sessões, nas quais há grande utilização e treino de técnicas cognitivas, comportamentais e de regulação emocional (Neufeld & Peron, 2018; Neufeld et al., 2017).

Da mesma forma que inicialmente a TCC teve seu início com adultos no formato individual, as pesquisas têm se voltado para a população infanto-juvenil, demonstrando progresso nas psicoterapias com crianças e adolescentes (Kazdin, 2003). O tratamento psicológico de crianças e adolescentes tem sido considerado, além de uma medida terapêutica, uma forma de prevenção e de promoção de saúde (Petersen & Wainer, 2011). O objetivo da intervenção em TCC com crianças e adolescentes consiste em ajudar o indivíduo no processo de desenvolvimento de habilidades e permite que ele possa identificar, compreender, desafiar e reavaliar seus pensamentos, crenças e suposições e, conseqüentemente, compreender, modificar e adaptar comportamentos (Stallard, 2007). Desta forma, na intervenção em TCC para crianças e adolescentes, os pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais são revistos e reeducados, reestabelecendo um desenvolvimento sadio e equilibrado na vida do paciente (Serra & Spritzer, 2017).

Sobre essa população, Friedberg e McClure (2004) ressaltam a existência de semelhanças e de diferenças entre o trabalho com crianças e adolescentes, e com adultos. As semelhanças ficam evidentes com a possibilidade de adaptação dos vários princípios da TCC às características da população infanto-juvenil; enquanto que as diferenças apresentam-se em alguns elementos particulares da população específica e do processo terapêutico: o estágio de desenvolvimento – suas limitações e possibilidades; o envolvimento dos sistemas aos quais esses indivíduos estão ligados – a família e a escola; e a adaptação das técnicas utilizadas para se tornarem adequadas a esse público específico.

Há também um grande contingente de evidências que apresentam resultados positivos para o uso de TCCG com adolescentes para diversas demandas e transtornos (Stewart et al., 2007; Neufeld, 2017). Desta forma, o trabalho com crianças e adolescentes em intervenções em grupo se mostra eficaz quando três fatores essenciais são considerados: os participantes do grupo, os terapeutas responsáveis pela condução do grupo e o *setting* em que o grupo ocorre (Stone, 2007). A atenção cuidadosa para cada um desses fatores é importante para a garantia de que a intervenção seja o mais eficaz possível.

Neste sentido, Neufeld, Daolio e Longhini (2015) ressaltam que esse tipo de intervenção também apresenta alguns desafios que vão desde a composição até a condução do grupo, envolvendo justamente estes fatores essenciais. Esses autores sugerem particular cuidado quanto: a) à homogeneidade na composição do grupo, verificando se os integrantes estão na mesma faixa de desenvolvimento; b) ao número de participantes, que de maneira ideal, deve ficar em torno de dez indivíduos; c) ao momento do convite para a participação, sendo este crítico para a futura adesão; d) à avaliação dos participantes, uma vez que envolve a escolha adequada dos meios de avaliação, levando em conta os objetivos do grupo, a compreensão dos instrumentos pelos participantes, o momento ideal para a aplicação e o preparo do terapeuta para sua realização; e) a tornar o grupo atrativo e dinâmico para os adolescentes, podendo ser utilizadas diversas técnicas com auxílio de ferramentas lúdicas, até mesmo pode-se escolher um local e um horário que sejam mais facilitadores e que diminuam a dependência dos responsáveis.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1 Justificativa

O desenvolvimento e a avaliação de programas preventivos voltados para comportamentos de risco e quadros incidentes e prevalentes na adolescência se mostram imperativos na medida em que procuram evitar ou reduzir as perdas e custos decorrentes desses problemas para o adolescente, para sua família, para o sistema de saúde, para a sociedade e para as gerações futuras (Murta et al., 2009). A OMS tem em suas recomendações que esse tipo de programa seja uma das estratégias preferenciais de prevenção e promoção de saúde nessa etapa de vida. Ainda, Pelicioni e Torres (1999) apontam que as intervenções no contexto escolar voltadas para a promoção de saúde adotam uma visão integral do ser humano, considerando-o inserido no âmbito familiar, comunitário e social, a fim de melhorar a qualidade de vida.

Em revisão sistemática, realizada por Barry, Clarke, Jenkins e Patel (2013), com o objetivo de avaliar a eficácia de programas de intervenção para a promoção de saúde mental em jovens de países com baixo e médio rendimento (LMIC), os resultados indicam que essas intervenções podem ser efetivamente implementadas nesses ambientes. Contudo, os autores ressaltam que o desenvolvimento de capacidades para a implementação e avaliação de políticas e práticas de promoção de saúde mental são fundamentais para a promoção e para ações de suporte para o desenvolvimento de saúde mental positiva dos jovens.

A partir desse cenário, este estudo visa avaliar o programa PRHAVIDA para adolescentes. Para isso, foi verificado o efeito de tal programa na promoção de habilidades para a vida e sociais e de bem-estar subjetivo em adolescentes, e o impacto da presença de sintomas depressivos ansiosos, contribuindo com uma nova estratégia de promoção de saúde voltada para este público.

Desta forma, a avaliação do efeito de um programa de promoção de saúde voltado especificamente para adolescentes no contexto brasileiro, considerando o repertório de habilidades para a vida e também o desenvolvimento do bem-estar subjetivo, se mostra importante. A literatura tipicamente volta-se para programas de prevenção focados em transtornos específicos e condições clínicas, não havendo divisões específicas quanto à faixa etária, juntando muitas vezes crianças e adolescentes nas mesmas intervenções, sendo que se sabe que tais populações apresentam necessidades diferentes, ou ainda, trabalhando exclusivamente com crianças.

Ainda, a revisão integrativa proposta por este projeto busca contribuir com a área de pesquisa por meio de um mapeamento dos programas de promoção de saúde para adolescentes e de suas características. Isto permitirá um maior conhecimento acerca de como as recomendações de promoção de saúde para essa população estão sendo aplicadas na prática e por meio de quais conteúdos e intervenções especificamente.

2.2 Objetivo geral

O presente trabalho teve como objetivo geral realizar a investigação de aspectos específicos para a promoção de saúde em adolescentes.

2.3 Objetivos específicos

- a) Realizar um levantamento das características dos programas de promoção de saúde voltados especificamente para adolescentes presentes na literatura (Artigo I);
- b) Avaliar o efeito do PRHAVIDA Adolescentes em relação ao desenvolvimento do repertório de habilidades para a vida, de satisfação com a vida e de afetos positivos e negativos (Artigo II);
- c) Investigar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na amostra de adolescentes (Artigo III).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral realizar a investigação de aspectos específicos para a promoção de saúde em adolescentes. Para isso, foi realizado um levantamento das características dos programas de promoção de saúde voltados especificamente para adolescentes presentes na literatura; foi avaliado o efeito do PRHAVIDA em relação ao desenvolvimento de repertório de habilidades para a vida, de satisfação com a vida e de afetos positivos e negativos; e, por fim, foi investigada a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na amostra de adolescentes.

Por meio da revisão de literatura, concluiu-se que o estudo atendeu a esses objetivos, demonstrando que apesar de as intervenções presentes na investigação serem pautadas em diferentes abordagens teóricas e temáticas específicas, há especialmente o

predomínio da utilização de habilidades sociais e para a vida como aportes para a intervenção em promoção de saúde em adolescentes. Ainda, evidenciou-se a predominância de encontros semanais e programas de duração de pelo menos sete sessões, em ambiente escolar, sem a participação dos pais ou responsáveis. Ou seja, foi observado que a estrutura da intervenção do PRHAVIDA Adolescentes encontra-se em congruência com as orientações e recomendações encontradas na literatura específica.

Neste sentido, a investigação quanto ao efeito do PRHAVIDA na promoção de saúde, por meio do desenvolvimento de habilidades para a vida e do bem-estar subjetivo, demonstrou que o programa obteve resultados satisfatórios quanto aos seus objetivos. Foi observado que, para as meninas, o programa parece promover o aumento da percepção dos afetos positivos, e uma diminuição na dificuldade de expressão nas habilidades que envolvem a comunicação e conversação. Já com relação aos meninos, foi percebida uma maior autopercepção na frequência de emissão de habilidades sociais de maneira global.

Assim, é possível destacar que o programa apresenta efeitos positivos, mesmo considerando os elevados índices de sintomas clínicos para a ansiedade e depressão apresentados pela amostra. O presente estudo evidenciou que a sintomatologia ansiosa foi a mais recorrente tanto em meninas quanto em meninos, com aproximadamente 76% (n=150) dos indivíduos se enquadrando na faixa clínica de sintomas. Quanto aos sintomas depressivos, constatou-se uma predominância da presença de sintomas mínimos, de 56,9% (n=150). Não foram encontradas diferenças entre meninos e meninas em relação aos afetos, mas foram observadas médias para afetos negativos maiores do que a de outros estudos similares, e a de afetos positivos, menores.

Apesar dos resultados satisfatórios obtidos, sabe-se que o estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, destaca-se a reduzida amostra avaliada, o que impede a generalização dos dados obtidos. Em segundo, ressalta-se que foi utilizado um instrumento para a avaliação de habilidades sociais, quando o objetivo do programa é o desenvolvimento de habilidades para a vida. Este fato se faz presente, uma vez que não foram encontrados instrumentos adaptados a adolescentes brasileiros que fornecessem essa avaliação, o que pode ter impactado nos resultados obtidos. E, terceiro, o programa não utiliza uma mensuração do aspecto cognitivo-comportamental da intervenção, o que poderia evidenciar dados significativos considerando que elementos cognitivos-comportamentais são diretamente trabalhados em algumas sessões do PRHAVIDA. Além disso, seria importante identificar qual é o aproveitamento desse conteúdo pelos adolescentes e também avaliar o seu impacto na intervenção.

Sugere-se que estudos posteriores se utilizem de uma metodologia com grupo controle, permitindo que os resultados possam ser comparados com o grupo experimental, e aumentando assim a qualidade da evidência do efeito do programa. E também, espera-se a inclusão de uma avaliação qualitativa sistematizada para que a percepção dos próprios participantes possa ser considerada na análise do programa.

Desta forma, considera-se que o presente estudo contribui no sentido de disponibilizar para o uso de profissionais uma opção efetiva para a promoção de saúde de adolescentes, em ambiente escolar, a partir do desenvolvimento de habilidades para a vida e do bem-estar subjetivo. Enquanto isso, ressalta-se que para populações clínicas, considerando sintomas ansiosos e depressivos, pode ser mais indicado a utilização de programas específicos para essas demandas em um primeiro momento, atentando para as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- Abbasi, S., Sajedi, F., Hemmati, S., & Rezasoltani, P. (2014). The effectiveness of life skills training on quality of life in mothers of children with Down Syndrome. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(4), 29-34.
- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. D. C., Lima, F. D. S., & Martinelli, C. D. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: Desafios para políticas públicas*. Brasília, DF: Edições Unesco Brasil. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/1379>
- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamentos e estratégias de intervenção* (pp. 54-73). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, C. D. (2012). O verbo ser. In C. D. Andrade, Menino Drummond. São Paulo: Companhia das Letras.

- Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: Aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 28-34.
- Assumpção, A. A., Teodoro, M., Maltoni, J., & Neufeld, C. B. (2017). A perspectiva adolescente na teoria cognitiva de Beck. In C. B. Neufeld (Org.), *Teoria cognitivo-comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental* (pp. 29-41). Porto Alegre: Artmed.
- Backers, D. S., Columé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da Saúde*, 35(4), 438-442.
- Bandeira, M. (2003). Avaliando a competência social de pacientes psiquiátricos: Questões conceituais e metodológicas. In A. Del Prette, & Z. A. P. Del Prette, *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem* (pp. 207-234). Campinas: Alínea.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIEND program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic.
- Barrios, B. A., & Hartman, D. B. (1988). Fears and anxiety. In E. J. Marsh, L. G. Terdal (Ed.). *Behavioral assessment of childhood disorders* (2 Ed) (pp. 196-264). New York: Guilford.
- Barros, L. P., Petribú, K. C. L., Sougery, E. B., & Huebner, E. S. (2014). Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale: Translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 102-103.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle-income countries. *BMC Public Health*, 13(835), 8-35.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio: Psychological corporation.
- Beck, A. T., Emery, G., Rush, J. A., & Shaw, B. F. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2000). Cognitive therapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding, *Current psychotherapies* (6th ed.) (pp. 241-272). Itasca: E. E. Peacock.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P., (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The genetic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457-478.

- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23-33.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., Antony, M. M., Oliveira, I. H., & Oliveira, I. R. (2008). Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental: Possibilidades e Desafios. In P. J. Bieling, R. E. McCabe, & M. M. Antony (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos* (pp. 12-32). Porto Alegre: Artmed.
- Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(4), 267-277.
- Broome, M. E. (1993). Integrative literature reviews for the development of concepts. In B. L. Rodger & K. A. Knafl (Eds.), *Concept Development in Nursing* (2nd) (pp. 231-250). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.
- Borba, L. N. (2014). *Estudo da associação entre tratamento para transtornos da ansiedade na infância e habilidades sociais e sintomatologia parental* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2015). Treinamento de habilidades para a vida. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamentos e estratégias de intervenção*. (pp. 405-418). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Burlerson, B. R. (1985). The production of comforting messages: Social cognitive foundations. *Journal of Language and Social Psychology*, 4, 253-273.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Cahú, R. A. G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J., & Gomes, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76-83.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1979). Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa. In *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU/USP.
- Campos, J. R., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2018). Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34(3446), 1-10. doi: 10.1590/0102.3772e3446
- Carta de Ottawa*. (1986). In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. (2002). *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 11-18.

- Carvalho, A., & Pinto, M. V. (2002). Ser ou não ser... Quem são os adolescentes? Navegar é preciso... In A. Carvalho, F. Salles, & M. Guimarães (Orgs.), *Adolescência* (pp. 11-30). Belo Horizonte: UFMG.
- Cerqueira-Santos, E., Melo Neto, O. C., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 17-29). Porto Alegre: Artmed.
- Choudhury, S., Blakemore, S., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *Social cognitive and affective neuroscience, 1*(3), 165-174. doi: 10.1093/scan/nsl024
- Cicchetti, D., & Rogosh, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6-20.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Ansiedade: Uma condição comum mas multifacetada. In D. A. Clark, & A. T. Beck, *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Coenders, G., Casas, F., Figuer, C., & González, M. (2005). Relationships between parents' and children's salient values for future and children's overall satisfaction. A comparison across countries. *Social Indicators Research, 73*(2), 141-177. doi: 10.1007/s11205-004-3233-0
- Cook, J. (2009). The challenges faced in the design, conduct and analysis of surgical RCTs. *Trials, 10*(9), 1-9.
- Cosby, P. C. (2009). Delineamentos quase-experimentais, delineamentos com sujeito único e delineamentos de pesquisa sobre desenvolvimento. In P. C. Cozby, *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (pp. 237-256). São Paulo: Atlas.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de depressão infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica, 7*(3), 291-300.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. C. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo, 9*(3), 369-378.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: Linking individuals and communities*. Belmonts, California: Thomsom Wadsworth.
- Davis, A., & Bremner, G. (2010). O método experimental em psicologia. In G. M., Breakwell, S., Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith, *Métodos em pesquisa em psicologia* (pp. 78-99). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B., Madi, P. P., Queiroz, & M. C. (Orgs.), *Sobre comportamentos e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 377-386). Santo André: Esetec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005a). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005b). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças: (SMHSC-Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009a). Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In A. Del Prette, & Z.A.P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 187-229). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009b). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2011a). *Habilidades Sociais: Intervenções afetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011b). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., Ferreira, B. C., Dias, T. P., & Del Prette, A. (2015). Habilidades sociais ao longo do desenvolvimento: perspectivas de intervenção em saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamentos e estratégias de intervenção* (pp. 318-340). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- DeSousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C. S., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S. H. (2014). Psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Self – and parent – report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 427-436.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 7(4), 151-157. doi: 10.1007/s11482-006-9007
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 325-337) New York: Guilford.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(7), 852-60.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, *2*(2), 6-7.
- Eriksson, I., Carter, A., Andershed, A., & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors the protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, *5*(1), 477-482.
- Escosteguy, C. C. (1999). Metodologia de ensaios clínicos randomizados. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, *72*(2), 139-143.
- Faijão, W., Carneiro, G. R., Bruni, A. R., Montiel, J. M., & Bartholomeu, D. (2015). Aplicação de um Treinamento de Habilidades Sociais em crianças do ensino fundamental. *Encontro: Revista de Psicologia*, *13*(19), 69–89.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*(1), 66-72.
- Fleitlich-Bil, Y. K. B., & Goodman, R. (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(6), 727-734.
- Fonseca, F. F., Sena, R. K. R., Santos, R. L. A., Dias, O. V., & Costa, S. M. (2013). The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention. *Revista Paulista de Pediatria*, *31*(2), 258-64.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). Trabalhando com crianças e adolescentes ansiosos. In R. D. Friedberg, & J. M. McClure, *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (pp. 173-203). Porto Alegre: Artmed.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(3), 427-434. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.427
- Furr, R. M., & Funder, D. C. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(6), 1580-1591.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *12*(3), 549-556.

- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: Passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306.
- Gorayeb, R. (2002). O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 213-217.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Inventário Beck de Depressão-II. Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Gregory, A.M., Caspi, A., Moffitt, T.E., Koenen, K., Eley, T.C., & Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 301-308.
- Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N, P. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103.
- Harrington, R., Rutter, M., Weissman, M., Fudge, H., Groothues, C., Bredenkamp, D., Pickles, A., Rende, R., Wickramaratne, P. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. I. Comparison of pre-puberal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 9-22.
- Hauer, R.D., & Ingberman, Y. K. (2018). Estratégias no desenvolvimento de habilidades sociais e comportamento pro social no adolescente. *Revista Gestão & Saúde* (ISSN 1984-8153), 19(2), 43-59.
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Warner, C. M. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child e Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 655-668.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. The empirical status of the “New Wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Hosseinkhanzadeh, A. A., & Yeganeh, T. (2013). The effects of life skills training on marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioural Sciences*, 84, 760-772.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21(3), 281-292.

- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, *115*(2), 291-313.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000. Recuperado de www.ibge.gov.br.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012). Pesquisa Nacional de saúde do escolar. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, *48*(2), 127-141.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, *54*, 253-276.
- Kieling, C., & Belfer, M. (2012). Oportunidade e desafio: A situação da saúde mental da infância e adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(3), 241-244. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(2), 54-64.
- Kovacs, M. (1982). The Children's Depression Inventory: A self-rating depression scale for school-aged youngsters. (Unpublished manuscript), University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 13 de julho). Estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: *Ministério da Justiça*.
- Lizuka, C. A., & Barret, P. M. (2011) Programa *Friends* para o tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In C. S. Petersen, & R. Wainer, *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes* (pp. 264-285). Porto Alegre: Artmed.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 616-628.
- Luz, J. M. O., Murta, S. G., & Aquino, T. A. A. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupos para adolescentes. In C. B. Neufeld (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 52-71). Porto Alegre: Artmed.
- Macedo, D. M., Petersen, C. S., & Koller, S. H. (2017). Desenvolvimento cognitivo, sociemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. In C. B. Neufeld, et al., *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: Uma*

perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental (pp. 16-28). Porto Alegre: Artmed.

- Maria-Warner, C., Brice, C., Esseling, P. G., Stewart, C. E., Mufson, L., & Herzig, K. (2013). Consultant's perception of school counselors' ability to implement an empirically-based intervention for adolescent social anxiety disorder. *Administration and Policy in Mental Health, 40*(6), 541-554.
- Marturano, E., Elias, L., & Leme, V. (2014). Comportamentos agressivos e habilidades sociais em uma perspectiva de desenvolvimento. In J. Borsa & D. Bandeira (Orgs.), *Comportamento agressivo na infância da teoria à prática* (pp. 59–78). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development, 85*(1), 6-20.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the national comorbidity study-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., Van Dyck, R., & Boomsma, D. (2005). The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: A review of twin and family studies. *Psychological Medicine, 35*(5), 611-624.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2011). The economics analysis of prevention in mental health programs. *The Annual Review of Clinical Psychology, 7*(1), 169-201.
- Miller, P. A. & Eisenberg, N. (1998). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin, 103*, 324-344.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo, 11*(3), 561-568.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 994-1000.
- Munhoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report in prevention of mental disorders. Summary and commentary. *The American Psychologist, 51*(11), 1116-1122.

- Munhoz, T. N., Santos, I. S., & Matijasevich, A. (2015). Depression among Brazilian adolescents: A cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders, 175*, 281–286.
- 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). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P. Menezes, J. C. L., & Prado, M. M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: Avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 181-189.
- Murta, S. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2010). Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: Contribuições do treinamento de habilidades de vida e habilidades sociais. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 2*, 73-86.
- Murta, S. G., Günther, I. A., & Guzzo, R. S. L. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental no curso da vida: indicadores para a ação. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamentos e estratégias de intervenção* (pp. 75-92). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção e problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(1), 1-8.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*(7), 813-839.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine, 35*(2), 163-74.
- Neufeld, C. B., Peron, S., & Brust-Renck, P. G (under review). Resultados preliminares do programa cognitivo-comportamental de habilidades para vida em adolescentes. *Revista Psico-USP*.
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2a ed.) (pp. 737-750). Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., Cassiano, M., Rossetto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014). PRHAVIDA: Programa cognitivo-comportamental de habilidades de vida para crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 80-115). Novo Hamburgo: Sinopsys.

- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., & Longhini, L. Z. (2015). Desafios da terapia cognitivo-comportamental em grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 17-34). Porto Alegre: Artmed.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2018). *Development Through Life A Psychosocial Approach* (13th ed.). Boston: Cengage Learning.
- Noltemeyer, A. L., & Bush, K. R. (2013). Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International*, 34, 474–487.
- Oliveira, A. J. N., Sena, A. C. J., & Martins, M. G. T. (2018). O bem-estar subjetivo em adolescentes: afetos positivos e afetos negativos. *Revista Eletrônica Estácio Papyrus*, 5(1), 69-82.
- Paranhos, M. E., Argimon, I. I. L., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades psicométricas do inventário de depressão de Beck–II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392.
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C., Silva Júnior, J. A., & Freitas, D., (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, 28(42), 384-411.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 25-39.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517. doi: 10.1590/S0103-166X2007000400010
- Paternostro, J., Sullivan, P. J., Behar, S. M., Berlyant, M. J., & Friedberg, R. D. (2015). Terapia cognitivo-comportamental em grupo em escolas. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 73-87). Porto Alegre: Artmed.
- Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, S. R., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Depression anxiety and stress scale (DASS-21) - Short form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459-469.
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews*, 9(12), 947-957.
- Pelicioni, M. C., & Torres, A. L. (1999). *A escola promotora de saúde*. São Paulo: USP-FSP/HSP.
- Perovano, D. G. (2016). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Curitiba: InterSaberes.

- Pessalacia, J. D. R., Menezes, E. S., & Massuia, D. (2010). A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethikos*, 4(4), 423-430.
- Petersen, C. S. (2011). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 13(1), 39-50.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51(2), 223-235.
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: Una mirada desde América Latina*. Santiago do Chile: Cepal.
- Pureza, J. R., Ribeiro, A. O., Pureza, J. R., & Lisboa, C. S. M. (2014). Fundamentos e aplicações da terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(1), 85-103.
- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Dall, W. C., LaMantia, A., McNamara, J. O., White, L. E. (2010). *Neurociências* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Putti, M., Arcanjo, A. M. R., & Neufeld, C. B. (2011). Avaliação de um programa de treinamento de habilidades sociais para adolescentes baseado na abordagem cognitivo-comportamental. In *Seminário Internacional de Habilidades Sociais: Habilidades sociais, cultura, pesquisa e prática* (pp. 46-47). Taubaté, SP.
- Ranña W. (2001). Infância e adolescência – enfoque psicodinâmico. In R. J. Fráguas, & J. A. B. Figueiró, *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas – depressões secundárias* (pp. 401-405). São Paulo: Atheneu.
- Reddy, L. A. (2012). *Group play interventions for children: Strategies for teaching prosocial skills*. Washington: American Psychological Association.
- Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 (2012, 12 de dezembro). Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 125-132.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 5-6.
- Ruchkin, V., Sukhodolsky, D. G., Vermeiren, R., Koposov, R. A., & Schwab-Stone, M. (2006). Depressive symptoms and associated psychopathology in urban adolescents: A cross-cultural study of three countries. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 106-113.

- Rush, A. J. (2009). The role of efficacy and effectiveness trials. *World Psychiatry*, 8(1), 34-35.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Salle, E., Rocha, N. S., Rocha, T. S., Nunes, C., & Chaves, M. L. F. (2012). Depression rating scales as screening tools for depression in high school students. *Revista Psiquiatria Clínica*, 39(1), 24-27.
- Sarriera, J. C., Saforcada, E., Tonon, G., Vega, L. R. L., Mozobancyk, S., & Bedin, L. (2012). Bienestar subjetivo de los adolescentes: Un estudio comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 273-280. doi: 10.5093/in2012a24
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1.
- Segabinazi, J. D., Zorteza, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.
- Segura-Munoz, S. I., Takayanagui, A. M. M., Santos, C. B., & Sanches-Sweatman, O. (2002). Systematic literature review and meta-analysis: Basic notions about its design, interpretation and application in health research. In *Brazilian Nursing Communication Symposium*, 8. São Paulo, SP.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691.
- Senna, S. R., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições da teoria do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108.
- Serra, R., & Spritzer, M. G. (2017). Transtornos depressivos na infância e na adolescência. In R. M. Caminha, M. G. Caminha, & C. A. Dutra (Orgs.), *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 231- 257). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). Desenhos quase-experimentais e avaliação de programas. In J.J. Shaughnessy, E. B. Zechmeister, & J. S. Zechmeister, *Metodologias de pesquisa em psicologia* (pp.316-345). Porto Alegre: AMGH.
- Sícoli, J. L., Nascimento, P. R. (2003). Health promotion: Concepts, principles and practice. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112.
- Silberg J., Pickles A., Rutter M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., ... Carbonneau, R. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 225-32.

- Silva, C. M. R. (2009). *Família, adolescência e os estilos parentais* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- Silva, D. G., & Dell’Aglío, D. D. (2018). A avaliação do bem-estar subjetivo em adolescentes: Relação com sexo e faixa etária. *Análises Psicológicas*, 2(36), 133-143.
- Silva, M. O. S., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: Uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 136-143.
- Soares, A. B., & Martins, J. S. R. (2010). Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia*, 20(45), 57-62.
- Souza, M. S., Soares, A. B., & Freitas, C. P. P. (2019). Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para alunos em situação de vulnerabilidade social. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 135-158.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.
- Spence, S. H. (1997). The structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence* (6th ed.). Boston: McGraw Hill.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Stewart, J. L., Christner, R. W., & Freeman, A. (2007). An introduction to cognitive-behaviour group therapy with youth. In R. W. Christner, J. L. Stewart, & A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behaviour therapy with children and adolescents* (pp. 3-22). New York: Routledge.
- Stone, M. H. (2007). CBT group treatment with children and adolescents: What makes for effective group therapy? In R. W. Christner, J. L. Stewart, & A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behaviour therapy with children and adolescents* (pp. 23-38). New York: Routledge.
- Thapar A., Collishaw, S., Potter, R., & Thapar, A. K. (2010). Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 340, 209. doi: 10.1136/bmj.c209
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- The Whoqol Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley, & W. Kuyken

(Eds.), *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-60). Heidelberg: Springer Verlag.

- Vera, E., Thakral, C., Gonzales, R., Morgan, M., Conner, W., Caskey, E., ... Clark, S. (2008). Subjective well-being in urban adolescents of color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 14*(3), 224-233. doi: 10.1037/1099-9809.14.3.224
- Verduin, T. L., & Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(2), 290-295.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., ... Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine, 359*(26), 2753-2766.
- 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*(1), 75-84.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based intervention and treatment. *American Psychologist, 60*(6), 628-648.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 828-842. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.828
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Axelson, D. A., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2004) First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(3), 291-297.
- World Health Organization [WHO] (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: OMS.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. Paris, França. Recuperado de http://www.who.int/menatl_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_s_r.pdf.
- World Health Organization [WHO] (2012). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. Geneva: OMS.

World Health Organization [WHO] (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva: OMS.

Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(12), 1654-1659.

Zinn-Souza, L. C., Nagai, R., Teixeira, L. R., Larorre, M. R. D. O., Roberts, R., Cooper, S. P., & Fischer, F. M. (2008). Factors associates with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, *42*(1), 34-40.