

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANE INARAÍ ALVES

**EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE OS
SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES**

ALFENAS/MG

2020

MARIANE INARAÍ ALVES

**EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE OS
SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas para a obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Denis da Silva Moreira

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe

ALFENAS/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central - Sede

Alves, Mariane Inaraí.

Efeito da terapia comunitária integrativa sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes / Mariane Inaraí Alves. – Alfenas/MG, 2020.
138 f. –

Orientador: Denis da Silva Moreira
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Terapias Complementares. 3. Adolescente. 4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Automutilação. I. Moreira, Denis da Silva. II. Título.

CDD-610.73

Ficha Catalográfica elaborada por Ronan Lázaro Gondim
Bibliotecário-Documentalista CRB-6/2504

MARIANE INARAÍ ALVES

**EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE OS SINTOMAS DE ANSIEDADE
E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a
Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela
Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração:
Enfermagem.

Aprovada em: 27 de novembro de 2020

Prof. Dr. Denis da Silva Moreira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Vânia Regina Bressan
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Zélia Marilda Rodrigues Resck, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2020, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vânia Regina Bressan, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2020, às 10:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dênis da Silva Moreira, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2020, às 10:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0405411** e o código CRC **EDD53547**.

AGRADECIMENTOS

À Deus, acima de tudo, por sua presença constante e por guiar e me dar forças para seguir meu caminho e por todas as oportunidades oferecidas.

Ao meu esposo, Rudy, pela paciência, apoio, compreensão e carinho que sempre me auxiliou a seguir em frente e esteve ao meu lado.

Aos meus pais, Rita e João, que sempre me incentivaram e apoiaram as minhas escolhas sempre acreditando no meu potencial.

Ao meu orientador e coorientadora, Prof. Dr. Denis da Silva Moreira e Prof. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe, por ter me incentivado a seguir esse tema de estudo e por toda contribuição para que esse trabalho fosse concluído. Além disso, agradeço a paciência, a disponibilidade e todo o conhecimento compartilhado.

À Universidade Federal de Alfenas e a escola de Enfermagem, pelas oportunidades oferecidas durante o mestrado, pelo ensino de qualidade e por todo o aprendizado compartilhado pelos excelentes professores que não mediram esforços para ajudar e contribuir com a minha formação.

Ao professor Dr. Denismar Alves Nogueira por oferecer com tanta qualidade a disciplina de bioestatística e me orientar para a realização das análises estatísticas com tanta paciência e disponibilidade.

Aos membros da banca examinadora, por aceitar participar da avaliação desse estudo e pelas valiosas contribuições.

À Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Alfenas, ao Instituto Cuidado, Atendimento, Ensino e Pesquisa do Indivíduo, Família e Comunidade LTDA (CAIFCON) e a Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM) por fornecer o curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa, o que possibilitou a condução do presente estudo.

À todos os terapeutas que contribuíram com a realização das rodas de Terapia Comunitária Integrativa na escola.

À todos os funcionários da Escola Estadual Judith Viana por autorizar e disponibilizar o espaço para realização desse estudo e para a condução das rodas de Terapia Comunitária Integrativa e aos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

"O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001".

RESUMO

A adolescência é um período de intensas mudanças a nível biológico, psicológico e social, o que torna esta fase mais vulnerável a alterações psicoemocionais, tais como a ansiedade e depressão. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre os sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes e avaliar a relação dessas comorbidades com a autolesão não suicida. Trata-se de uma pesquisa quase experimental do tipo pré e pós-teste. Os participantes foram constituídos por 56 adolescentes de 12 a 17 anos matriculados em uma escola pública do sul de Minas Gerais. Os instrumentos para a coleta de dados foram: Caracterização dos participantes, Classificação Econômica, Escala de Comportamento de Autolesão, Children's Depression Inventory e o Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. Constatou-se um predomínio dos adolescentes do sexo feminino, solteiros, a média de idade foi 15 anos, 32,1% estavam cursando o primeiro ano do ensino médio, 53,6% classificados economicamente nas classes B2 e C1 e 42,9% moravam com os pais. Grande parte dos adolescentes se autolesionaram (87,5%) no último ano, relataram sentir pouca ou nenhuma dor, 36,7% apresentou ideação suicida e 91,8% não estavam sob efeito de álcool ou outras drogas quando praticaram a autolesão. As idades mais frequentes para o início da autolesão foram 15, 16 e 12 anos, respectivamente. Os tipos de autolesão mais comuns foram: cutucar ferimentos, bater em si mesmo e cortar a pele e entre as razões referidas estão: para aliviar a sensação de vazio ou indiferença, sentimentos ou sensações ruins e controlar uma situação. Dos 56 adolescentes que participaram do estudo, 43(76,8%) apresentaram sintomas ansiosos e 30(53,6%) sintomas depressivos. Evidenciou-se uma correlação entre ansiedade e a depressão, a medida que o escore de ansiedade aumenta o de depressão também se eleva. Os escores de ansiedade e depressão são maiores nos que realizaram autolesão. As meninas tiveram maiores escores de ansiedade, de depressão e taxas superiores de comportamento autolesivo e apresentaram maiores chances para desenvolverem tais comorbidades (ansiedade O.R:9,8, depressão O.R:4,2 e comportamento autolesivo O.R:7,7). Os adolescentes que apresentavam ideação suicida tiveram maiores escores de depressão e frequência superiores para a autolesão, estatisticamente significativa. Após a intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa houve uma redução estatisticamente significativa dos escores de ansiedade e depressão da amostra geral e acima do ponto de corte. Na avaliação em relação a variável sexo na amostra total, observou-se uma redução significativa no sexo feminino para os escores de ansiedade e depressão, no entanto, para os participantes que apresentaram pontuação acima do ponto de corte foi estatisticamente significativa a variável depressão apenas para as meninas. Concluiu-se que a ansiedade, a depressão e a autolesão são problemas relatados pelos adolescentes do estudo e essas comorbidades estão associadas. A Terapia Comunitária Integrativa foi uma intervenção eficaz na diminuição dos escores de depressão e ansiedade, portanto foi uma ferramenta efetiva de apoio e de prevenção do sofrimento psicoemocional, sendo uma estratégia concreta com efeitos benéficos à atuação dos enfermeiros na assistência à saúde mental dos adolescentes no contexto escolar.

Descritores: Enfermagem. Terapias Complementares. Adolescente. Ansiedade. Depressão. Automutilação.

ABSTRACT

Adolescence is a period of intense changes at biological, psychological and social levels, which makes this phase more vulnerable to psycho-emotional changes, such as anxiety and depression. The aims of this study were to evaluate the effect of Integrative Community Therapy on the symptoms of depression and anxiety in adolescents and to evaluate the relationship of these comorbidities with non-suicidal self-injury. It is a quasi-experimental research, using a pre- and post-test evaluation. Participants consisted of 56 adolescents aged 12 to 17 years enrolled in a public school in southern Minas Gerais State, Brazil. The instruments for data collection were: Characterization of Participants, Economic Classification, Self-Injury Behavior Scale, Children's Depression Inventory and Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. There was a predominance of single female adolescents and the average age was 15 years old. About 32.1% of the total participants were in the first year of high school, 53.6% were economically classified in classes B2 and C1 and 42.9% lived with their parents. Most adolescents self-injured (87.5%) in the last year, reporting feeling little or no pain; 36.7% had suicidal ideation and 91.8% were not under the influence of alcohol or other drugs when they practiced self-injury. The most frequent age for the beginning of self-injury was 15 years, followed by 16 and 12 years. The most common types of self-injury were: picked at a wound, hit yourself on purpose and cut or carved on your skin. Among the reasons mentioned are: to relieve feeling numb or empty, to stop bad feelings and to get control of a situation. Of the 56 adolescents who participated of the study, 43 (76.8%) had anxious symptoms and 30 (53.6%) showed depression symptoms. A correlation between anxiety and depression was evidenced: as the anxiety score increases, the depression score also increases. The anxiety and depression scores are higher in those who performed self-injury. Girls had higher scores for anxiety, depression and higher rates of self-injurious behavior and were more likely to develop such comorbidities (anxiety O.R: 9.8, depression O.R: 4.2 and self-injury behavior O.R: 7.7). Adolescents who had suicidal ideation had higher scores for depression and higher frequency for self-injury, which was statistically significant. After the intervention with the Integrative Community Therapy, there was a statistically significant reduction in the anxiety and depression scores both for the total sample and for those who scored above the cutoff point. In a stratified analysis by gender, a significant reduction in anxiety and depression scores was observed only for females. However, for participants who scored above the cutoff point, only the depression variable for girls showed a statistically significant reduction. It was concluded that anxiety, depression and self-injury are problems reported by the adolescents of the study and these comorbidities are associated. The Integrative Community Therapy was an effective intervention in decreasing the scores of depression and anxiety; therefore, it was an effective tool of support and prevention of psycho-emotional suffering, being a concrete strategy with beneficial effects to the nurses' performance in the mental health care of adolescents in school context.

Descriptors: Nursing. Complementary Therapies. Adolescent. Anxiety. Depression. Mental Health. Self Mutilation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características dos participantes quanto as variáveis: sexo, idade, estado civil, ano escolar e classificação socioeconômica em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	46
Tabela 2 –	Características dos participantes quanto as variáveis: com quem mora, se os pais vivem juntos ou já viveram e o trabalho do adolescente em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	47
Tabela 3 –	Características dos participantes quanto as variáveis: religião, prática da religião, grupos ligados à religião, crença em Deus e se costuma rezar ou orar frente a um problema em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	48
Tabela 4 –	Comportamento de autolesão referidos pelos adolescentes no último ano de uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	49
Tabela 5 –	Razões para autolesão apresentadas pelos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	51
Tabela 6 –	Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de ansiedade e depressão dos adolescentes (n=56) em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	52
Tabela 7 –	Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de ansiedade dos adolescentes que apresentaram o ponto de corte igual ou superior a 34 em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	53
Tabela 8 –	Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de depressão dos adolescentes que apresentaram	

	ponto de corte igual ou superior a 17 em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	53
Tabela 9 –	Teste de normalidade para as variáveis depressão, ansiedade e classe econômica em um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	54
Tabela 10 –	Correlação dos escores de ansiedade e de depressão no momento pré-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	55
Tabela 11 –	Análise do comportamento autolesivo com o escore de ansiedade dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	56
Tabela 12 –	Relação entre as variáveis sociodemográficas com os escores de ansiedade dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	56
Tabela 13 –	Relação entre as variáveis sociodemográficas com os escores de depressão dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	58
Tabela 14 –	Relação entre as variáveis sociodemográficas com autolesão dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	59
Tabela 15 –	Associação da ansiedade, depressão e autolesão não suicida dos adolescentes por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	60
Tabela 16 –	Associação da depressão e autolesão com a atividade laboral dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	61
Tabela 17 –	Associação da ansiedade com a participação em grupo religioso dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	61
Tabela 18 –	Correlação entre escores de ansiedade, depressão e classe econômica dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	62

Tabela 19 –	Associação da ideação suicida com os escores de ansiedade em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	62
Tabela 20 –	Associação da ideação suicida com os escores de depressão em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	63
Tabela 21 –	Associação da ideação suicida com o comportamento autolesivo em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	64
Tabela 22 –	Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	64
Tabela 23 –	Análise dos resultados dos escores acima do ponto de corte para a ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	65
Tabela 24 –	Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	66
Tabela 25 –	Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão acima do ponto de corte no momento pré e pós-intervenção por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	66

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 -	Tipos de autolesão apresentados em um município do sul de Minas Gerais, 2020.....	51
-------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama de fluxo dos participantes do estudo.....	36
Figura 2 -	Diagrama dos objetivos propostos e as análises estatísticas realizadas.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa
APA	American Pshychitric Association
CAIFCON	Cuidado, Atendimento, Ensino e Pesquisa do Indivíduo, Família e Comunidade LTDA
CDI	Children's Depression Inventory
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FASM	Funcional Assesment of Self- Multilation
GABA	Ácido Gama- aminobutírico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
TA	Termo de Assentimento
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	O PROCESSO DO ADOLESCER E SUAS INTERFACES COM A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO E A AUTOLESÃO NÃO SUICIDA.....	19
2.2	A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA.....	25
2.3	A ESCOLA COMO UM LOCAL ESTRATÉGICO PARA AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL.....	29
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	GERAL.....	31
3.2	ESPECÍFICOS.....	31
4	HIPÓTESES.....	32
5	JUSTIFICATIVA.....	33
6	MÉTODO.....	34
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	34
6.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	35
6.4	COLETA DE DADOS.....	36
6.4.1	Instrumentos de coleta de dados.....	36
6.4.1.1	Questionário de caracterização dos participantes.....	36
6.4.1.2	Questionário de Critério de Classificação Econômica.....	37
6.4.1.3	Children’s Depression Inventory - Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	38
6.4.1.4	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) – Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil....	39
6.4.1.5	Functional Assessment of Self- Mutilation (FASM) - Escala de Comportamento de Autolesão.....	40
6.4.2	Procedimento para a coleta de dados.....	41
6.5	INTERVENÇÃO.....	42
6.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42

7	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
8	RESULTADOS.....	46
8.1	ANÁLISES DESCRITIVAS DA AMOSTRA.....	46
8.2	TESTE DE NORMALIDADE.....	54
8.3	RESULTADOS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS REFERENTES AOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOLESÃO.....	55
9	DISCUSSÃO.....	68
10	CONCLUSÃO.....	85
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – Termo de Anuência Institucional	110
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento.....	116
	ANEXO A – Autorização formal do autor para a utilização do Questionário De Caracterização.....	121
	ANEXO B – Questionário de Caracterização da Amostra.....	122
	ANEXO C – Questionário de Critério de Classificação Econômica – ABEP.....	123
	ANEXO D – Inventário de Depressão Infantil – CDI.....	124
	ANEXO E – Questionário de Triagem de Ansiedade Infantil – SCARED.....	128
	ANEXO F – Escala de Comportamento de Autolesão - FASM.....	135
	ANEXO G – Autorização formal do autor para a utilização da Escala de Comportamento de Autolesão.....	137
	ANEXO H – Parecer consubstanciado do CEP.....	138

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de intensas mudanças a nível biológico, psicológico e social, o que torna esta fase mais suscetível às alterações psicológicas (RESENDE *et al.*, 2013; TURPYN *et al.*, 2015). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera-se adolescente a pessoa com idade entre doze e dezoito anos (BRASIL, 2012a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012a) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2018) alguns transtornos mentais têm seu início marcado na infância e na pré-adolescência. Estudos recentes têm identificado a origem de muitas alterações mentais nesse período, principalmente a depressão, com alta prevalência na população adolescente e muitas vezes associada a outras comorbidades, tais como os transtornos de ansiedade (CASPI *et al.*, 2014; THAPAR *et al.*, 2012) e o comportamento autolesivo, os quais são fatores de risco para o comportamento suicida (APA, 2014; EDMONDSON; BRENNAN; HOUSE, 2016; HAWTON *et al.*, 2013).

Esses transtornos têm impacto na saúde mental dos adolescentes influenciando negativamente no seu bem-estar mental e social e se não cuidados e prevenidos na adolescência podem refletir e se estender para a vida adulta prejudicando a sua qualidade de vida (OMS, 2012a). Complementa-se que os adolescentes requerem ser cuidados e entendidos (TARDIVO *et al.*, 2019).

Neste cenário, os serviços de saúde devem estar voltados para ações de saúde mental para a detecção e a prevenção de fatores de risco para o comportamento suicida (BRASIL., 2017; BRASIL, 2010). A escola também deve ser promotora da saúde mental para os adolescentes (ERSE *et al.*, 2016), a qual deve instituir intervenções de prevenção e promoção de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; SOARES *et al.*, 2020). Além da implantação de linhas de cuidado que levem em consideração fatores predisponentes que podem estar ligados a crises de identidade, aos problemas socioafetivos, as dificuldades de administrar os desafios do desenvolvimento, da competição social e a identificação das vulnerabilidades dos jovens e suas famílias (BRASIL, 2010), buscando potencializar as competências pessoais e individuais, a autoestima, a capacidade de resolução de problemas e

busca de ajuda, diminuindo os fatores de risco e fortalecendo os fatores protetivos (ERSE *et al.*, 2016).

Diante desse contexto, observa-se um avanço do Brasil no setor da saúde por introduzir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) garantindo a integralidade da atenção, com ações centradas nos sujeitos e em seus contextos sociais e familiares. Essas práticas valorizam as vivências, as intervenções não biomédicas, o saber popular, estimulando o autocuidado, a autocura, a participação ativa e o empoderamento dos usuários com abordagem familiar e comunitária (BRASIL, 2006; TELES JÚNIOR, 2016; TESSER; SOUSA, 2012). As práticas Integrativas e Complementares potencializam as ações de saúde mental e podem complementar e/ou ser alternativa as práticas tradicionais de assistência (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

A Enfermagem, por ser uma profissão de natureza humanística, pode encontrar nessas práticas novas formas para melhor atender a população, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de agravos (SILVA *et al.*, 2012). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece as Práticas Integrativas e complementares como uma área de especialidade e ou de qualificação do Enfermeiro (COFEN, 2018).

Nessa perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que integra a Política Nacional de Saúde Mental desde 2013 e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) desde 2017, vem se consolidando como uma nova tecnologia leve de cuidado em saúde mental, constituindo-se em instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública. A mesma não pretende substituir os outros serviços de saúde, mas complementá-los, de modo a ampliar as ações preventivas e promocionais. A TCI acolhe, escuta e cuida das pessoas e de seus sofrimentos (BARRETO, 2008; BARRETO; LAZARTE, 2013; BRASIL, 2013, 2017; JATAI; SILVA, 2012; MOURA *et al.*, 2017).

Além disso, esta estratégia facilita o resgate da autoestima, fortalece a capacidade do indivíduo em lidar com os problemas e se adaptar as mudanças, estimula sua autoconfiança, uma vez que fortalece recursos individuais e coletivos. É um instrumento de construção de redes de apoio social, uma vez que possibilita a criação de vínculos e a formação de um ambiente propício para trocas de experiências e de resgate das habilidades de superação através da formação de recursos sócios emocionais (BARRETO; LAZARTE, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Portanto, torna-se necessário compreender a Terapia Comunitária Integrativa e sua atuação sobre os sintomas de depressão e ansiedade com foco na população adolescente e fundamentar-se em dados importantes para uma atuação efetiva dos profissionais de saúde e educação. Sendo assim, será possível desenvolver estratégias para prevenir e tratar precocemente os sofrimentos psíquicos, que compromete a qualidade de vida dessa população.

Este trabalho visa contribuir com evidências científicas que possam promover o conhecimento a respeito da TCI como uma ferramenta de intervenção, de prevenção do sofrimento emocional dos adolescentes e rede de apoio psicossocial.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura do presente estudo foi dividida nos seguintes itens: o processo do adolecer e suas interfaces com a ansiedade, a depressão e a autolesão não suicida; a Terapia Comunitária Integrativa e a escola como um local estratégico para as ações de saúde mental, que estão detalhados a seguir.

2.1 O PROCESSO DO ADOLESCER E SUAS INTERFACES COM A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO E A AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

A adolescência é um período determinante para o desenvolvimento e a manutenção de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar mental. Entre eles estão a adoção de padrões de sono saudáveis, exercícios regulares, desenvolvimento de enfrentamento, resolução de problemas e habilidades interpessoais, aprender a administrar as emoções e ter ambientes de apoio na família, na escola e na comunidade (OPAS, 2018).

Os adolescentes são geralmente percebidos como um grupo etário saudável, mas pesquisas evidenciam que 10 a 20% apresentam um problema de saúde mental, sendo mais comum a depressão e a ansiedade (OMS, 2012a). Os transtornos depressivos podem ter comorbidade com outros transtornos mentais como a ansiedade (OMS, 2017a).

Em todo o mundo, a ansiedade e a depressão, respectivamente, são a 8ª e 9ª causa de doença e incapacidade entre os adolescentes. Os transtornos emocionais podem ser profundamente incapacitantes na vida do adolescente, afetando o trabalho e as atividades escolares, podendo levar, até mesmo ao comportamento suicida. Sendo que o suicídio é a 3ª principal causa de morte entre adolescentes (15 a 19 anos), mais de 90% dos suicídios acontecem entre adolescentes que moram em países de baixa ou média renda (OPAS, 2018).

A ansiedade é uma condição natural da vida humana, responsável por nos preparar para situações de ameaça e perigo, abrangem fatores cognitivos, comportamentais, afetivos, fisiológicos e neurológicos que, em conjunto, alteram a percepção do indivíduo ao ambiente, originando respostas específicas e

direcionando a algum tipo de ação (CLARK; BECK, 2012). Entretanto, algumas pessoas podem experimentar ansiedade desproporcional, causando prejuízo ao seu funcionamento biopsicossocial (DALGALARRONDO, 2018).

De acordo com o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a ansiedade é definida:

Como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2015, p. 311).

Quando a ansiedade e as preocupações passam a ser excessivas e persistentes influenciando negativamente no desenvolvimento do cotidiano impedindo o curso das atividades profissionais, sociais e acadêmicas, levando a um sofrimento significativo que leva muito tempo para ser resolvido e controlado, passa a ser considerada uma situação clínica, denominado Transtorno de Ansiedade (APA, 2014).

Os sintomas de ansiedade são separados em dois grupos: os sintomas que provém da estimulação imediata do sistema nervoso autônomo como: palpitações, tremores, náuseas, sudorese, hiperventilação, parestesia e aceleração cardíaca. E também aqueles surgidos pela estimulação prolongada desse sistema como: fadiga, cefaleia, tonturas, dificuldades gástricas e problemas musculares. Associados a esses, estão os indicadores motores da ansiedade, manifesto por meio de sensações de inquietação e agitações psicomotoras, atitudes impacientes e reação de susto excessiva. Os critérios para diagnosticar o transtorno de ansiedade devem ser feitos quando for percebida a ocorrência frequente e intensa desses sintomas (APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade apresentam etiologia multifatorial (FILHO; SILVA, 2013), entre elas:

Etiologia genética: Filhos de pais com transtornos ansiosos podem ter maior predisposição. Pode haver uma variação polimórfica do gene para o transportador de serotonina, pessoas com essa variante produzem menos transportador e por isso tem níveis mais altos de ansiedade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Neurobiológica, entre elas:

Podem ocorrer alterações funcionais nas regiões cerebrais que modulam emoções e medo, principalmente: amígdala (condicionamento e resposta ao medo),

hipocampo (processamento do contexto) e córtex pré-frontal (modulação do medo e suas respostas de extinção) (JUNIOR; KUCZYNSKI, 2003; SADOCK; SADOCK, 2010);

Os neurotransmissores ácidos gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina e serotonina estão envolvidos na regulação da ansiedade, exercendo atividade no sistema límbico (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017);

Podem-se observar anormalidades no funcionamento e ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, componentes importantes na resposta normal e fisiológica ao estresse também são verificadas em alguns transtornos de ansiedade. Evidências consistentes indicam que muitas formas de estresse psicológico aumentam a síntese de liberação de cortisol. A secreção excessiva e contínua dessa substância pode ter efeitos adversos graves, entre eles: hipertensão, osteoporose, imunossupressão, dislipidemia, entre outros (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Fatores psicológicos: Existem evidências da psicopatologia parenteral e dos estilos parenterais sobre o surgimento dos sintomas ansiosos. Geralmente crianças e adolescentes respondem com medo e sintomas ansiosos a diversas situações desconhecidas e inesperadas, e respondem com uma adaptação fóbica a novas situações. Isso pode ser explicado pela influência dos pais que passam de modo inconsciente para eles, geralmente são pais superprotetores, inseguros e inibidores do comportamento dos filhos (COMER *et al.*, 2012; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O traço temperamental da timidez também pode estar associado ao maior risco de desenvolver a ansiedade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Como fatores ambientais, considera-se as situações psicossociais e estressantes pelas quais passa o adolescente ao longo de sua vida, como doenças pregressas, uso e abstinência de drogas (COATES; BEZNOS; FRANÇOSO, 2003; MADASU *et al.*, 2019), relacionamentos conflituosos, alteração no ambiente em que vive, violências, abusos, entre outros (COATES; BEZNOS; FRANÇOSO, 2003; PATIAS; HEINE; DELL'AGLIO, 2017).

A depressão é classificada como um transtorno do humor, de origem multifatorial, que se manifesta por meio de uma sintomatologia ampla, que inclui alterações do humor, sintomas cognitivos como: preocupações, dificuldade para tomar decisão, ideação suicida, padrões de pensamento relativos à culpa, e neurovegetativos (alteração no apetite, no sono, na libido) (FELICIANO; MORETTI, 2015; OMS, 2017a).

A neurobiologia da depressão em adolescentes pode ser explicada por uma interação entre suscetibilidade genética e estressores ambientais e podem estar associados ao menor volume cerebral, sobretudo na região do hipocampo. Os adolescentes que vivenciam a negligência durante a infância, podem desenvolver menor volume desta região cerebral (FRODL *et al.*, 2010; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Esta alteração pode ser evidenciada por estudos de neuroimagem em crianças e adolescentes deprimidos, eles também podem apresentar reduções significativas nos volume esquerdo e direito da amígdala em comparação com indivíduos saudáveis (ROSSO *et al.*, 2005; WEISSMAN *et al.*, 2020).

Uma exposição de longa duração a ambientes que predisõem distúrbios afetivos são mediados por mecanismos envolvidos na resposta ao estresse e podem deixar mudanças persistentes na estrutura do cérebro. A liberação do hormônio do estresse (cortisol) após a exposição aos estímulos aversivos é capaz de alterar a fisiologia dos neurônios e regiões cerebrais, incluindo hipocampo, amígdala, córtex pré-frontal e área tegmental ventral (HARRO; KIIVE, 2011).

Além disso, alguns indivíduos apresentam alelo-S curto do polimorfismo da serotonina levando a receptação reduzida desse neurotransmissor, podendo ser um marcador de vulnerabilidade à depressão (HARRO; KIIVE, 2011).

A hereditariedade também pode desempenhar um papel relevante para o surgimento dos primeiros episódios na adolescência do que as influências ambientais. Existe um risco aumentado de depressão em filhos de pais com transtornos depressivos, e esse risco é ainda maior se os pais desenvolveram esses transtornos em idade precoce (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Alguns fatores de risco podem estar relacionados à maior vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos depressivos, entre eles: violência (PATIAS; HEINE; DELL'AGLIO, 2017), contexto ambiental desfavorável, discórdia conjugal, comunicação deficiente, práticas parentais disfuncionais, baixa competência social, (PURPER-OUAKIL; MICHEL; MOUREN-SIMÉONI, 2002), alta emocionalidade (TURPYN *et al.*, 2015), baixa autoestima, perda da capacidade de sentir prazer e problemas interpessoais (GOMEZ; VANCE, 2016).

De acordo com o American Psychiatric Association (APA) os critérios diagnósticos do transtorno depressivos mais utilizados são: que estejam presentes ao menos cinco, de nove sintomas, nas últimas duas semanas: (1) humor deprimido com a sensação de tristeza, vazio e desesperança; (2) perda do interesse ou prazer;

(3) perda do apetite ou aumento de peso; (4) insônia ou hipersonia; (5) agitação ou diminuição da capacidade psicomotora; (6) fadiga; (7) sensação de inutilidade ou culpa; (8) redução da capacidade de concentração ou de pensamento; (9) medo de morrer ou ideação suicida, planejamento ou tentativa de suicídio (APA, 2014).

Os sintomas depressivos em adolescentes são semelhantes aos de um adulto: agitação ou ansiedade, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldades para tomar decisões, ideação suicida, ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica e retraimento social. Diferentemente do adulto, ao invés de manifestar tristeza, os adolescentes apresentam maior frequência de comportamentos irritadiços e explosivos (RUDOLPH, 2009). Os sintomas devem persistir por duas semanas consecutivas, e acompanhadas de sofrimento clinicamente relevante ou com prejuízos na área social e ocupacional (APA, 2014).

A Autolesão não suicida também é um problema significativo na adolescência que está fortemente ligado à morte por suicídio (HAWTON *et al.*, 2013). Cerca de 40-60% das pessoas que morrem por suicídio já se autolesionaram, o que significa que o risco de suicídio é maior para aqueles que apresentam comportamento autolesivo (GEULAYOV *et al.*, 2019; OWENS; HORROCKS; HOUSE, 2002).

A autolesão é uma prática comum, com uma prevalência na vida de 13 a 17% em adolescentes e jovens adultos (SWANNELL *et al.*, 2014) e existem evidências que sugerem que ela está associada a uma série de dificuldades psicológicas incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (BENTLEY; NOCK; BARLOW, 2014).

A autolesão pode ser caracterizada por um comportamento repetido do indivíduo de causar lesões superficiais na superfície do seu corpo sem intenção suicida. A autolesão inicia-se com mais frequência no início da adolescência e pode continuar por vários anos (APA, 2014; FORTES; MACEDO, 2017).

A OMS inclui a autolesão no contexto da violência autoinfligida, correspondendo ao uso intencional de força física real ou de ameaça contra si próprio. Os tipos de violência autoinfligida são: tentativas de suicídio, suicídio e autolesão (OMS, 2014a).

A OMS lançou em 2016 o *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, este manual de boas práticas visa estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio

e autolesão (OMS, 2016). O monitoramento da autolesão ajuda a detectar aspectos de comportamentos que são importantes para a prevenção do suicídio e para o planejamento e implementação de tratamentos alternativos (HAWTON *et al.*, 2015)

Em Abril de 2019, foi instituído no Brasil a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que tem como objetivos: promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada (suicídio consumado; a tentativa de suicídio e o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida); controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio garantindo assistência psicossocial; instruir e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; promover a articulação entre os vários setores para a prevenção do suicídio (saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras); promover a notificação de eventos, criar e melhorar os métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Todos os estabelecimentos de saúde e os estabelecimentos de ensino públicos e privados devem fazer a notificação compulsória nos casos suspeitos ou comprovados de violência autoprovocada. Os Estabelecimentos de saúde deverão notificar às autoridades sanitárias e os estabelecimentos de ensino ao conselho tutelar (BRASIL, 2019).

A autolesão é um fenômeno complexo e não é bem compreendido. Pesquisas indicam que ela está associada a múltiplos fatores psicológicos, sociais e biológicos (HAWTON *et al.*, 2013; TOWNSEND, 2014). Os motivos relatados pelos jovens para praticar autolesão são: querer fugir ou obter alívio de sentimentos insuportáveis ou um estado de espírito insuportável, desesperança, depressão, baixa autoestima, impulsividade, dificuldade de lidar com o estresse e o controle das emoções (FONSECA *et al.*, 2018; TOWNSEND *et al.*, 2016) na intenção de induzir um estado de sentimento positivo e também como autopunição (APA, 2014).

De acordo com APA (2014, p. 803) a autolesão intencional pode estar associada a pelo menos um dos seguintes casos:

- Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como: depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período anterior ao ato de autolesão;
- Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar;
- Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.

2.2 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

A TCI foi criada pelo psiquiatra, teólogo, antropólogo e professor Adalberto de Paula Barreto, foi desenvolvida nos anos 80 no Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, na cidade de Fortaleza, como resposta a uma crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam apoio e como uma proposta para atender às necessidades de saúde da população da comunidade de Pirambu-Ceará (BARRETO, 2019).

Essa intervenção surgiu como uma estratégia de inclusão social, de apoio à saúde mental da população, e é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. É definida como um espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal. Constitui um espaço de escuta ativa, de reflexão e de troca de experiências, cria-se uma rede de relação social entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares apresentados durante a intervenção (BARRETO, 2008; JATAI; SILVA, 2012; LUTTERBACH, 2017).

Portanto, a TCI é uma estratégia psicossocial avançada que busca ampliar o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2006, 2013; MOURA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017), e que tem como objetivos: reforçar a dinâmica interna e a autoestima individual e coletiva; estimular a autoconfiança e o autodesenvolvimento como pessoa; valorizar o papel da família e sua rede de relações; contribuir para as relações interpessoais, sociais além de, valorizar as práticas culturais e o saber popular e científico através do diálogo e da reflexão em grupo, para a tomada de decisão e ser um agente responsável pela sua própria transformação (BARRETO, 2019).

Cabe ressaltar que as rodas de TCI devem ser conduzidas de acordo com os pressupostos preconizados por Barreto (2019), como:

Acolhimento: nesse momento o terapeuta comunitário solicita que as pessoas sentem em círculo, dá boas-vindas ao grupo, pede para que eles se apresentem, e que fiquem à vontade e confortáveis. Para que o ambiente se torne relaxante uma música poderá ser tocada ou cantada. Após esse momento deve ser apresentada uma síntese do que é a TCI e explicado sobre as regras (respeitar quem está falando, fazer silêncio, falar da própria história, utilizando a 1ª pessoa do singular (eu), cuidar para não dar conselhos, discursar ou dar sermões, utilizar músicas que tenham a ver com o tema escolhido, bem como piadas, histórias e provérbios relacionados e respeitar a história de cada pessoa). A cada sessão deve ser proposta uma dinâmica de grupo com intuito de interação, resgate da autoestima, estimular o empoderamento e fortalecimento dos laços de amizade;

Escolha do tema: Nesse instante os participantes poderão falar de seus sofrimentos, angústia e tristeza vivenciada na própria vida. Após a exposição dos problemas, serão identificados os temas e o grupo vai votar no tema daquela roda;

Contextualização: Nessa fase a pessoa cujo tema foi escolhido irá falar sobre o problema ou situação apresentada. Quando ela descrever a situação, será aberto para todos fazer perguntas para esclarecer e entender melhor a questão. Então o terapeuta deverá extrair dos depoimentos da pessoa escolhida uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo, denominado de mote;

Problematização: Nesse momento o mote é conduzido para o grupo, e os participantes irão partilhar suas próprias experiências se viveu algo parecido e como fez para superar ou se ainda está superando;

Encerramento: Nessa fase o terapeuta fará rituais de agregação e conotações positivas, permitindo que o grupo possa refletir, aprender com a troca de experiências reforçando a autoestima. Será aberto um espaço para os participantes falarem sobre o que aprenderam e o que estão levando do momento partilhado durante a roda. A sessão da TCI terminará com os agradecimentos dos terapeutas e com convite para os próximos encontros (JATAI; SILVA, 2012).

A TCI tem construído sua identidade fundamentada sobre cinco pilares. Esses referenciais teóricos estão interligados e são inseparáveis para a compreensão da metodologia da TCI (BARRETO, 2019; JATAI; SILVA, 2012), entre eles:

Pensamento Sistêmico: Originou-se a partir da Teoria Geral dos Sistemas criado pelo biólogo Ludwing Von Bertalanfly na década de 20, a Teoria Geral dos Sistemas busca compreender a inter-relação existente entre as partes e o todo. A abordagem sistêmica percebe a pessoa humana em sua totalidade e busca compreender suas relações familiares, o seu papel na sociedade, os seus valores e crenças, contribuindo para o entendimento e transformação do indivíduo. A percepção da integralidade, uma vez que possibilita entender e realizar uma abordagem do problema sem perder de vista as várias partes do conjunto e estimular os mecanismos de autorregulação, proteção e noção de corresponsabilidade (GOMES *et al.*, 2014).

O pensamento sistêmico nos revela que as crises e os problemas vivenciados só podem ser compreendidos e resolvidos como parte integrante de uma rede complexa, que possui inúmeras ramificações, que conectam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico, o psicológico e a sociedade (BARRETO, 2019).

Teoria da Comunicação: a qual teve origem a partir da teoria da comunicação humana de Watzlawick, Helmick-Beavin e Jackson. Nesta teoria toda comunicação possui cinco regras básicas, como: todo comportamento é comunicação; toda comunicação tem um aspecto de conteúdo (mensagem) e um aspecto de relação (interlocutor); a natureza de uma relação depende da pontuação das sequências comunicacionais entre os indivíduos; os seres humanos se comunicam de forma digital e analógica; as trocas presentes no processo de comunicação são simétricas ou complementares e baseiam-se na igualdade ou na diferença (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

A comunicação é o elemento que aproxima as pessoas, a família e a sociedade que permite entender que todo comportamento tem valor de comunicação num processo de compreensão das várias possibilidades de significados e sentidos ligados ao comportamento humano (CISNEIROS *et al.*, 2012). As pessoas se comunicam para ganhar consciência do seu próprio eu e não somente para a transmissão de informações (BARRETO, 2019).

Antropologia Cultural: É uma ciência que estuda a cultura para a compreensão de um povo, podendo ser definida como o conjunto dos comportamentos, saberes e do saber-fazer inerentes ao ser humano e a sociedade,

as quais são aprendidas e transmitidas de geração em geração (LAPLANTINE, 2003).

Na Terapia Comunitária, acredita-se que para alcançar a cura é preciso passar pelo resgate das raízes e dos valores culturais. Se os elementos culturais que fazem de nós o que somos hoje fossem destruídos a nossa base de sustentação também seria destruída. A cultura funciona como um apoio e suporte, e os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do indivíduo (BARRETO, 2019).

Resiliência: entende-se como sendo um processo no qual o indivíduo consegue superar as adversidades, adaptando-se de forma saudável ao seu contexto podendo ser agrupada em três eixos: adaptação/superação; inato/adquirido; circunstancial/permanente (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006).

Barreto (2019) define a resiliência como a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades em superar as suas dificuldades, aprendendo com as suas próprias experiências de vida, sendo fundamental para a Terapia Comunitária, uma vez que as crises, os sofrimentos, as vitórias e as conquistas de cada um, ofertados no encontro são aproveitados como um processo progressivo de consciência social.

Pedagogia Paulo Freire: a pedagogia Freireana refere que ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, no qual a informação deve ser compartilhada entre quem educa e quem é educado, exigindo uma associação entre teoria e prática. A educação necessita de uma concepção problematizadora e libertadora na qual o educador deve ter uma relação horizontal com os educandos, uma vez que o ensinar não é transferir conhecimento e sim um processo de mão dupla de ensino-aprendizagem (FREIRE, 1987, 1996).

A TCI que se baseia nessa pedagogia se destaca em três importantes aspectos que são fundamentais para o seu desenvolvimento: manter uma comunicação horizontal e circular, valorizando os vários tipos de saberes, seja ele científico ou popular, uma vez que ambos são importantes para a construção do saber coletivo considerando que cada pessoa possui o seu saber fruto de sua experiência de vida. É preciso manter uma escuta ativa, sem julgamentos e imposições; a problematização como princípio pedagógico estimulando e favorecendo a partilha de experiências que possibilitam a construção de redes de apoio social e a partir dela as pessoas descobrem possibilidades e pistas para a

resolução dos seus problemas; a valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais em que se respeita os saberes e experiências de vida, deixando de lado o preconceito e a discriminação (BARRETO, 2019).

2.3 A ESCOLA COMO UM LOCAL ESTRATÉGICO PARA AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL

As dificuldades relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes geralmente são descobertas na escola, nesse sentido estratégias de promoção da saúde mental relacionadas aos aspectos socioemocionais do desenvolvimento podem ser fundamentais para o aprendizado, essas ações devem envolver os pais e professores em uma ação conjunta, que seja rotina da escola e envolva toda a classe (ATKINS *et al.*, 2010).

Segundo CID *et al.*, (2019) é preciso compreender que intervenções voltadas para a saúde com crianças e adolescentes necessita de uma ação conjunta e entre os vários atores (escola, professores, profissionais de saúde e pais) e setores envolvidos (educação, saúde, assistência social, cultura, entre outros), para que se possam planejar estratégias efetivas de acordo a realidade dos alunos e características da escola.

Nunes *et al.*,(2019, 2020), destacam que os cuidados em saúde mental voltados a criança e ao adolescente precisam ir além das instituições de saúde, devem estar focadas no território incorporando-o como um espaço de cuidado, permitindo assim o acolhimento, a escuta ativa e a construção de vínculos. As escolas se destacam como uma importante área de atuação.

Neste sentido, a escola tem o potencial de favorecer um desenvolvimento saudável podendo contribuir com a diminuição do sofrimento psíquico de seus alunos. As ações e intervenções em saúde mental devem estar apoiadas na rede intersetorial, com ações voltadas a integralidade do cuidado, fortalecendo o vínculo e a inserção social que também são importantes para a promoção da saúde (ESSWEIN *et al.*, 2020).

Segundo o Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde, no contexto da promoção da saúde escolar, as intervenções devem contemplar áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, como a saúde mental (BRASIL, 2009).

A OPAS orienta a criação de programas de promoção a saúde mental nas escolas fortalecendo os fatores protetivos e minimizando comportamentos de riscos, com estratégias de prevenção para adolescentes vulneráveis as condições de saúde mental, mudanças na organização escolar para promover um espaço psicológico seguro e positivo, orientação sobre saúde mental e habilidades para a vida e treinamento dos funcionários para a descobrir e saber lidar com o risco de suicídio. Essas estratégias buscam fortalecer o poder resiliente do adolescente, capacitando-os para melhor lidar e superar os problemas e adversidades (OPAS, 2018).

3 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo consistiram em:

3.1 GERAL

Avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre os sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes e a relação dessas comorbidades com a autolesão não suicida.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os participantes da pesquisa em relação às variáveis sociodemográficas e educacional;
- b) Identificar a presença de comportamento autolesivo, sintomas de ansiedade e de depressão entre os adolescentes;
- c) Identificar se existe correlação entre a ansiedade e depressão;
- d) Verificar se existe associação entre o comportamento autolesivo, com a ansiedade e com a depressão;
- e) Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, com a ansiedade, com a depressão e com o comportamento autolesivo entre os adolescentes;
- f) Verificar se existe relação entre a ideação suicida com a ansiedade, com a depressão e com o comportamento autolesivo;
- g) Comparar os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa nos escores de ansiedade e depressão antes e após a intervenção.

4 HIPÓTESES

- a) A taxa de prevalência de autolesão, ansiedade e depressão são semelhantes ao encontrado por pesquisas no âmbito nacional;
- b) Os sintomas de ansiedade e depressão estão correlacionados;
- c) Os adolescentes com comportamento autolesivo apresentam maiores escores de ansiedade e depressão;
- d) As variáveis: sexo, idade, religião, com quem o adolescente mora, situação conjugal dos pais, classe econômica, trabalho estão relacionadas a maiores níveis de ansiedade, depressão e autolesão não suicida;
- e) Os adolescentes que relataram ideação suicida apresentam maiores escores de ansiedade, depressão e proporção de comportamento autolesivo;
- f) Os adolescentes apresentam menores escores de ansiedade e depressão após participação nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

5 JUSTIFICATIVA

Os quadros depressivos estão entre as doenças incapacitantes mais prevalentes no mundo (OMS, 2012a) e o principal fator de risco para o comportamento suicida, sendo a terceira causa de morte na população adolescente (OPAS, 2018; THAPAR *et al.*, 2012). A avaliação da sintomatologia depressiva é de extrema importância, tanto pela possibilidade de ajudar em sua remissão parcial ou completa quanto por prevenir possíveis casos de suicídio (BAHLS, 2002), especialmente em contextos de saúde pública (SUN; WANG, 2015). Os quadros depressivos muitas vezes estão associados aos transtornos de ansiedade (THAPAR *et al.*, 2012) e a comportamentos autolesivos (OMS, 2012b).

Diante da escassez de serviços dedicados à promoção de saúde mental de adolescentes, especialmente no setor público (OPAS, 2018; ROCHA *et al.*, 2013b) e pelas lacunas existentes em relação aos estudos que refere a intervenção com adolescentes. Torna-se imperativo incluir a Terapia Comunitária Integrativa para assistência a esse grupo no sentido de garantir a integralidade na atenção à saúde e contribuir com o trabalho de promoção e prevenção da saúde mental nas escolas atendendo o proposto pelo Guia *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents* publicado pela OMS em 2017 (OMS, 2017a).

Além disso, a TCI se apresenta como uma terapêutica de baixo custo e de fácil inserção para a prática da enfermagem que pode auxiliar na superação dos sintomas de depressão e ansiedade dos adolescentes, no enfrentamento dos seus sofrimentos e no fortalecimento do vínculo sendo importante rede de apoio psicossocial.

Os resultados desse estudo poderão contribuir para preencher a lacuna referente à aplicação da TCI no contexto do adolescer, além de favorecer a produção de conhecimento no âmbito da saúde mental e para o fortalecimento de políticas públicas voltadas a essa população.

6 MÉTODO

As etapas metodológicas do estudo foram descritas a seguir.

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quase experimental, sem grupo controle do tipo pré e pós teste.

A pesquisa quase experimental envolve uma intervenção e é realizada para estudos quantitativos em que não é possível um controle experimental completo. No entanto, ocorre a manipulação da variável independente, mas não possui características típicas dos experimentos verdadeiros, como o grupo controle e randomização. Neste caso é feita uma comparação antes e depois da intervenção com um grupo, ou seja, pré e pós-teste (POLIT; BECK, 2018).

Os estudos quase experimentais são viáveis e possíveis de generalização, porém não subsidiam afirmações de causa e efeito claras. Esse tipo de estudo traz importante contribuição à prática de enfermagem podendo auxiliar o desenvolvimento de habilidades e o conhecimento comuns que irão embasar a competência profissional (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma escola estadual pública de um município do sul de Minas Gerais.

Este município possui, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, uma população estimada em 79.996 habitantes, com uma densidade demográfica de 86,75 hab/km² (IBGE, 2019).

A pesquisa se desenvolveu em uma escola localizada no centro da cidade que abrange alunos do ensino fundamental II e ensino Médio vinculado à rede pública estadual de educação.

6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por adolescentes de 12 a 17 anos matriculados na referida escola.

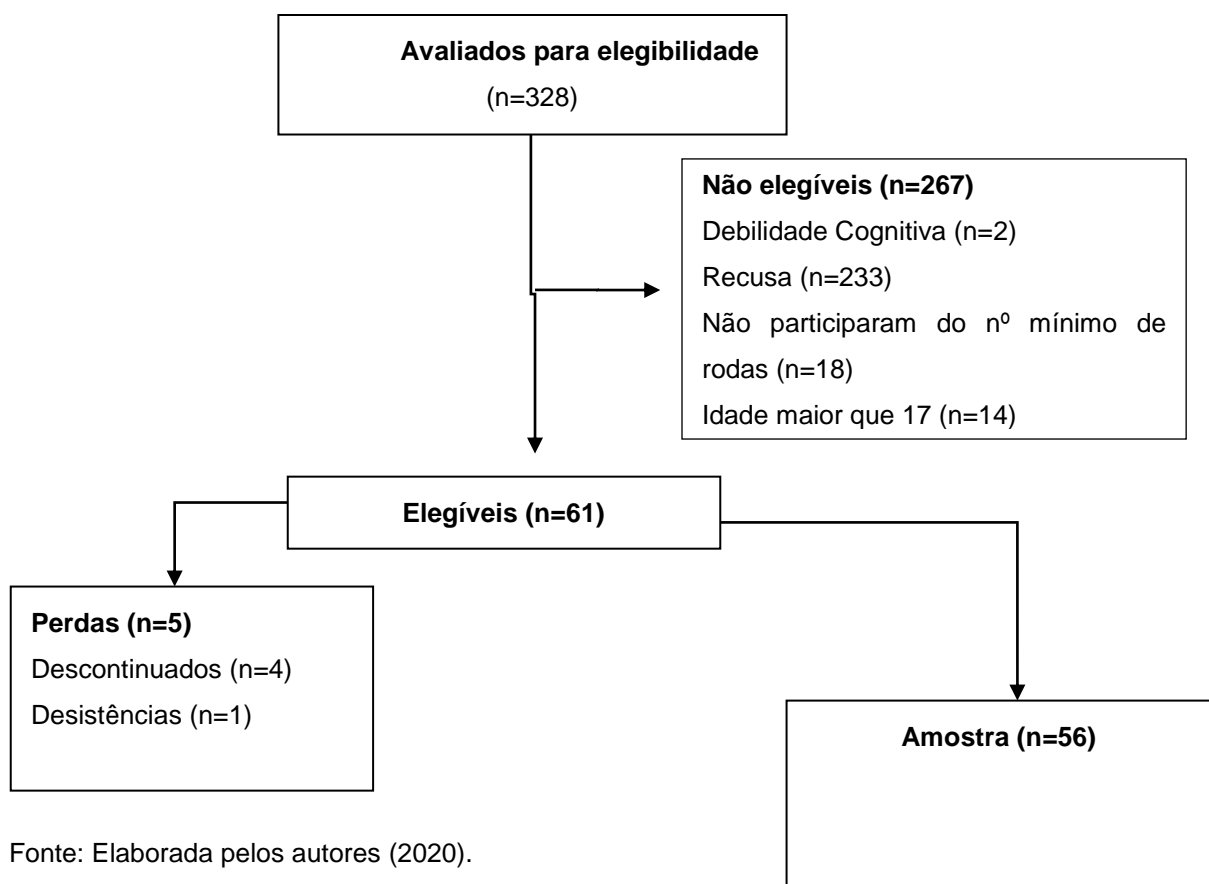
Para essa pesquisa foi utilizado a classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera adolescente a pessoa com idade entre doze e dezoito anos (BRASIL, 2012a). Entretanto, a população foi composta por adolescentes de doze a dezessete anos devido à limitação de idade máxima de dezessete anos para a aplicação dos instrumentos utilizados.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: idade entre 12 e 17 anos, ser alfabetizado e estar regularmente matriculado na escola e ter participado de no mínimo 60% das rodas conduzidas na escola.

Para os critérios de exclusão, foram considerados: ter participado de sessões de TCI ou qualquer outra terapia três meses anteriores à intervenção, apresentar condições neurológicas e cognitivas que impossibilitem o adolescente de responder os instrumentos.

Todos os adolescentes de 12 a 17 anos foram convidados. Dos 328 adolescentes matriculados na escola, 233 recusaram participar, dois apresentavam debilidade cognitiva (referenciado pelos educadores), 14 tinham idade maior que 17 anos, 18 não participaram do número mínimo de rodas, sendo 61 elegíveis para o estudo (Figura 1). Durante o período da coleta houve uma desistência e quatro saíram da escola e por isso deixaram a pesquisa.

Figura 1 – Diagrama de fluxo dos participantes do estudo.



6.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de Outubro a Novembro de 2019.

6.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados cinco instrumentos autoaplicáveis para a realização da pesquisa, descritos a seguir.

6.4.1.1 Questionário de Caracterização dos Participantes

Para a caracterização dos adolescentes, foi utilizado um questionário elaborado por Tavares, Béria e Lima (2004), autorizado pela autora (ANEXO A) foram utilizadas 13 questões consideradas relevantes para o estudo e acrescida

duas perguntas: de identificação do participante e a participação em terapias prévias (ANEXO B).

A seguir, serão apresentadas as informações contidas nesse instrumento que foram utilizadas no estudo:

- a) Informações relativas ao adolescente: nome, data de nascimento, idade, sexo, ano escolar, escolaridade, estado civil, trabalho, com quem vive, quem mora na casa com o adolescente, religião, praticar a religião, participar de algum grupo ligado a religião, se acredita em Deus e se costuma orar ou rezar na presença de algum problema, se participou de alguma sessão de TCI ou outra terapia prévia nos últimos 3 meses;
- b) Informações relacionadas aos pais: pais vivem juntos ou já viveram juntos.

6.4.1.2 Questionário de Critério de Classificação Econômica

O Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO C), enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” (ABEP, 2016).

Pelo Critério são analisados três fatores:

- a) Posse de itens: banheiros; empregada doméstica; automóveis; microcomputador; lava louças; geladeiras; freezers; lava roupa; DVD; micro-ondas; motocicleta e secadora de roupas;
- b) Instrução do chefe: analfabeto a fundamental 1 incompleto; fundamental 1 completo a fundamental 2 incompleto; fundamental 2 completo a médio incompleto; médio completo a superior incompleto; superior completo;
- c) Serviços públicos: acesso a água encanada e rua pavimentada.

O sistema de pontuação é descrito nos quadros 1 e 2, respectivamente para a posse de itens e para a instrução do chefe e serviços públicos.

Quadro 1 – Sistema de pontuação para a posse de itens no critério de classificação econômica Brasil.

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava Louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava louça	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	4
Microondas	0	2	4	4	3
Motocicleta	0	1	3	3	4
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP (2016).

Quadro 2 – O sistema de pontuação para o grau de instrução do chefe da família e acesso aos serviços de saúde no critério de classificação econômica Brasil.

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto/Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II/ Médio incompleto	2	
Médio Completo/ Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços Públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua Pavimentada	0	2

Fonte: ABEP (2016).

Com a somatória de todos os itens, a pontuação varia de 0 a 100. Assim, os pontos de corte das classes econômicas são: A - 45 a 100 pontos; B1 – 38 a 44; B2 - 29 a 37; C1 – 23 a 28; C2 – 17 a 27; D-E – 0 a 16.

6.4.1.3 Children's Depression Inventory - Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Foi elaborado por Kovacs em 1983 nos Estados Unidos, a partir de uma adaptação do Beck Depression Inventory para adultos. O CDI foi traduzido,

adaptado e normatizado para as características sócio-culturais brasileiras (GOUVEIA *et al.*, 1995) (ANEXO D). Trata-se de um instrumento de rastreamento que identifica, em crianças e adolescentes, alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais (RODRIGUES-PALUCCI; LOUREIRO, 2017).

É recomendado para mensurar sintomatologia depressiva em crianças e jovens de 7 a 17 anos. O instrumento é composto por 27 itens, com três alternativas de resposta sob a forma de afirmativas, cada afirmativa tem uma pontuação que varia de 0 a 2 indicando a severidade dos sintomas na ordem crescente de pontuação. As respostas são escolhidas conforme a criança ou adolescente está se sentindo nas últimas duas semanas (COUTINHO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

Cada resposta apresenta, de acordo com a gravidade dos sintomas, os valores: 0 (ausência de sintoma), 1 (sintoma leve) e 2 (sintoma claro), sendo o somatório total dos valores o escore a ser considerado. Destaca-se que quanto maior a pontuação obtida, maior a indicação de sintomatologia depressiva. A pontuação mínima é 0 e máxima é de 54 pontos. O ponto de corte do instrumento é de 17 pontos, o adolescente com pontuação igual ou superior ao ponto de corte apresenta sintomatologia depressiva (GOUVEIA *et al.*, 1995; RODRIGUES-PALUCCI; LOUREIRO, 2017).

6.4.1.4 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) - Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil

Foi elaborada por Birmarher e outros pesquisadores no ano de 1997 (ANEXO E) no serviço de Psiquiatria Infantil do hospital de Pittsburgh, com o objetivo de avaliar transtornos de ansiedade na infância e adolescência. Foi traduzido para o português como QTAI (Questionário para triagem de ansiedade infantil) e validado para a população brasileira em 2002 (BARBOSA; BARBOSA; GOUVEIA, 2002).

O questionário é constituído de 38 itens que avalia a ansiedade na população de 7 a 17 anos, buscando sintomas dos transtornos de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, pânico, fobia social e fobia escolar utilizando como base a sintomatologia descrita nos critérios diagnósticos do DSM-IV (BARBOSA; BARBOSA, 2001). O questionário possui 4 opções de resposta: 0 = nunca; 1= às

vezes; 2 = frequentemente e 3= sempre. Para cada item deverá ser marcado um x na alternativa que corresponde a resposta que acredita ser a situação atual o qual a criança ou adolescente se encontra. A pontuação mínima é 0 e máxima é de 114 pontos. O ponto de corte é de 34 pontos, o adolescente com pontuação igual ou superior ao ponto de corte apresenta sintomas de ansiedade (BARBOSA; BARBOSA; GOUVEIA, 2002).

6.4.1.5 Functional Assessment of Self - Mutilation (FASM) - Escala de Comportamento de Autolesão.

A Escala de Comportamento de Autolesão (ANEXO F) foi elaborada por Elizabeth Eden Lloyd em 1997 (LLOYD, 1997) na Universidade de Louisiana nos Estados Unidos, a qual autorizou a sua utilização da escala no presente estudo (ANEXO G). Essa escala foi traduzida e adaptada para o Brasil (GIUSTI, 2013). A FASM é uma escala de autorrelato que examina as formas e meios utilizados, frequência e razões do comportamento de autolesão. A escala utiliza um *check-list* de 23 declarações e são avaliadas em um escala do tipo *likert* de quatro pontos variando de nunca a frequentemente (GIUSTI, 2013).

A escala aborda a ocorrência de 11 tipos de autolesão durante o último ano e, nos casos confirmados, investiga a sua frequência, a necessidade de intervenção médica; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a faixa etária de início da autolesão; se há influência de drogas; se há a intenção suicida; a intensidade da dor sentida no ato da autolesão classificada numa escala de quatro níveis desde “sem dor” até “dor intensa”. Os aspectos motivadores da autolesão são avaliados por meio de uma lista de 23 itens variando de “nunca” a “frequentemente” (GIUSTI, 2013).

O fator de gravidade foi definido a partir do agrupamento de tipos de autolesão, seguindo os seguintes critérios: grave (cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele, queimou sua pele e/ou beliscou ou cutucou áreas do seu corpo até sangrar intencionalmente); moderada (bateu em você propositalmente, arrancou seus cabelos, inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele, e/ou fez uma tatuagem em você mesmo intencionalmente); leve (mordeu você mesmo e/ou fez vários arranhões em sua pele propositalmente) (SHEGG, 2005).

A FASM considera como comportamento autolesivo a pessoa ter praticado a autolesão pelo menos uma vez no último ano (LLOYD, 1997).

6.4.2 Procedimento para a coleta de dados

No primeiro contato, os adolescentes foram esclarecidos quantos aos objetivos, aos métodos da pesquisa, sobre a condução das rodas de TCI, e entregue o Termo de Assentimento para a sua assinatura. Solicitou-se também que os mesmos entregassem aos pais e responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a assinatura dos pais e autorização para a participação na pesquisa.

Posteriormente foram recolhidos os respectivos termos e agendado com a escola o início para a coleta de dados.

As coletas foram realizadas pela pesquisadora responsável, que foi devidamente capacitada.

Os instrumentos de coletas de dados (autoaplicáveis) foram coletados em 2 momentos:

- a) A primeira coleta foi realizada antes da intervenção por meio da aplicação do questionário de Caracterização dos Participantes, Classificação Econômica, a Escala de Comportamento de Autolesão (FASM). Após responder a esses dois instrumentos foram aplicados o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Questionário para Triagem de Ansiedade (SCARED) (pré-teste);
- b) No segundo momento, após a realização da intervenção (cinco rodas de TCI), foram aplicados novamente o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Questionário para Triagem de Ansiedade (SCARED) (pós-teste).

Vale ressaltar que não foi realizada a avaliação pós-teste do instrumento FASM porque o mesmo avalia a autolesão que ocorreu no último ano e a pesquisa ocorreu em um período de tempo menor.

6.5 INTERVENÇÃO

Para a condução das rodas de TCI a pesquisadora responsável participou de um curso de formação de Terapeutas Comunitários.

A coleta de dados com os adolescentes consistiu em um total de cinco sessões com cada grupo realizada no período de Outubro à Novembro de 2019, uma vez na semana com duração média de uma hora e meia conforme evidenciado em outros estudos (BRUM; TEIXEIRA, 2020; LUTTERBACH, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2009). Os participantes foram divididos em três grupos, cada grupo foi composto por um número aproximado de 20 adolescentes e foi conduzido por terapeutas treinados que seguiram um protocolo pré-definido por Barreto (2019) com dinâmicas padronizadas durante as sessões. As rodas foram realizadas em uma sala de aula preestabelecida pela direção da instituição de ensino, que possibilitou a privacidade dos alunos e a execução da intervenção.

6.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados foi inserido os dados em planilha do Microsoft Excel 2010, realizado dupla digitação os quais, foram validados posteriormente, a fim de evitar possível viés. Foram realizadas análises estatísticas utilizando o *software* Bioestat, versão 5.0.

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva com análise de distribuições e frequência e foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

O teste de D'Agostino-Pearson verificou a variável ansiedade pré e pós-intervenção, depressão no momento pré-intervenção, ansiedade por sexo feminino e masculino na amostra total e acima do ponto de corte e depressão na amostra total por sexo masculino apresentam distribuição normal. Dessa forma, os dados foram tratados com a estatística paramétrica.

A variável depressão no momento pós-intervenção e acima do ponto de corte pré e pós-intervenção, classe econômica, ideação suicida (não pensa em se matar e quer se matar) e depressão por sexo feminino (acima ponto de corte) não seguem uma distribuição normal, assim foram tratadas com a estatística não paramétrica.

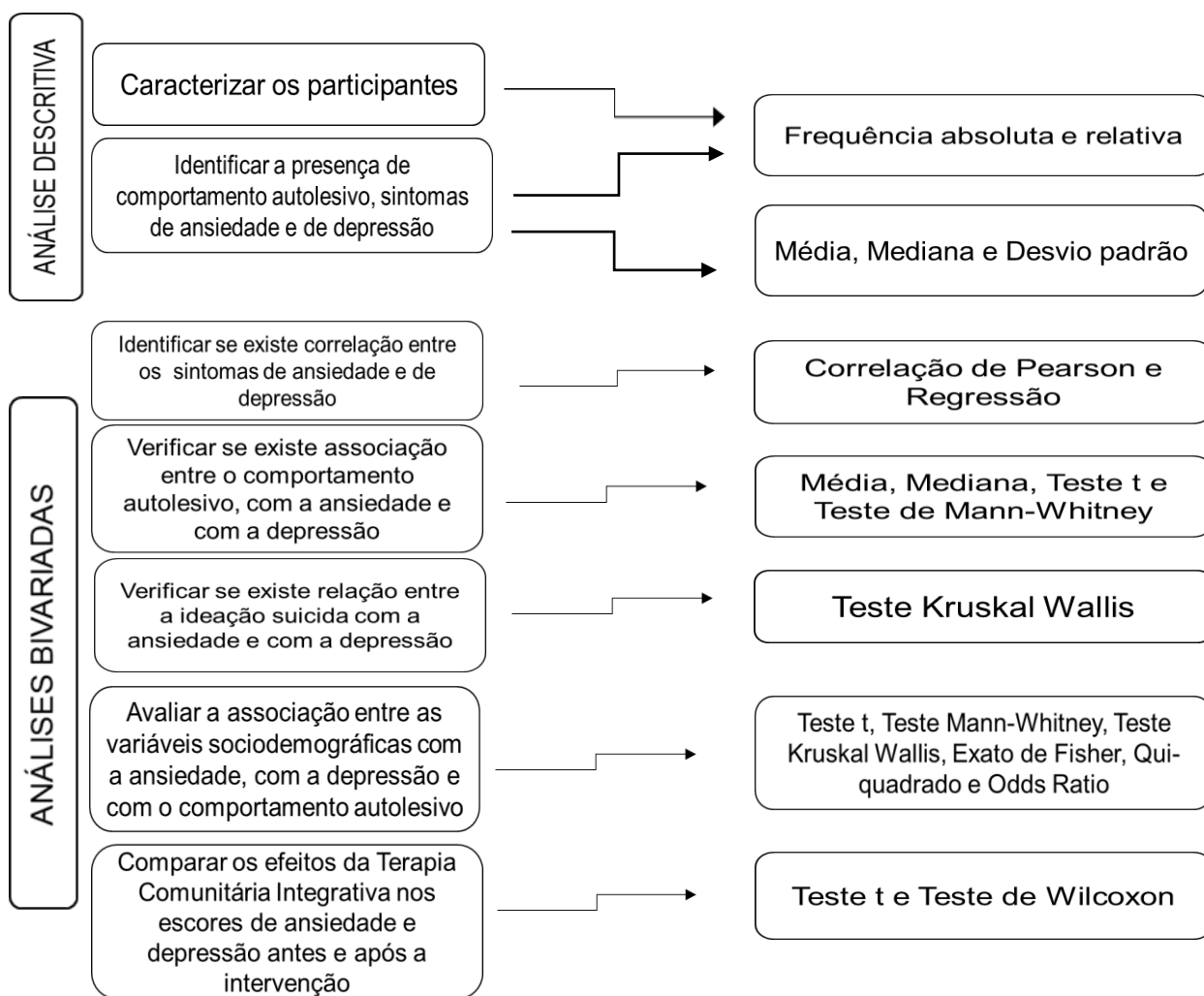
Foi aplicado então o teste de t para a variável ansiedade e teste de Wilcoxon para a variável depressão no momento pré e pós-intervenção, escores acima do ponto de corte e na avaliação da depressão por sexo feminino acima do ponto de corte.

Para correlacionar a ansiedade e depressão e classe econômica foi utilizado Regressão e o Coeficiente de Correlação de Pearson e Spearman. O resultado é avaliado pelo valor-p (nível de significância) e resultado do r (coeficiente de Pearson ou Spearman). O coeficiente de correlação pode variar em termos de valor de -1 a +1. Quanto maior for o valor absoluto do coeficiente, mais forte é a relação entre as variáveis (MIOT, 2018). Valores entre 0 e 0,3 (ou 0 e -0,3) são insignificantes; entre 0,31 e 0,5 (ou -0,31 e -0,5) são correlações fracas; entre 0,51 e 0,7 (ou -0,51 e -0,7) são moderadas; entre 0,71 e 0,9 (ou -0,71 e 0,9) são correlações fortes; e > 0,9 (ou < -0,9) são consideradas muito fortes (MUKAKA, 2012).

Para verificar a relação entre ansiedade, depressão, autolesão e características sociodemográficas, utilizou-se o teste t para amostras independentes e o teste de Mann-Whitney. Para análise de variâncias foi aplicado o teste de Kruskal Wallis e para a razão de chance o Odds Ratio. Foi utilizado os testes de qui-quadrado ou teste exato de Fisher para a comparação de proporções. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

No diagrama abaixo estão apresentados os objetivos do estudo e os testes utilizados para alcançá-los.

Figura 2 - Diagrama dos objetivos propostos e as análises estatísticas realizadas.



Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada a autorização do diretor da instituição, através do Termo de Anuência Institucional (APÊNDICE A).

O projeto de pesquisa foi enviado à apreciação do CEP, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012b). Após receber parecer favorável do CEP nº 3.509.507 (ANEXO H) foi agendado com a escola a coleta de dados.

Somente participaram da pesquisa aqueles que foram autorizados pelos pais ou responsáveis mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Assentimento (APÊNDICE C). Foram garantidos o anonimato e o sigilo das informações prestadas pelos respondentes. O TCLE e o Termo de Assentimento foram impressos em duas vias, das quais uma foi entregue ao participante.

A participação na pesquisa ofereceu risco mínimo, ou seja, o adolescente que sentiu algum tipo de desconforto relacionado às perguntas dos instrumentos ou durante as sessões da terapia em qualquer momento ele poderia retirar o seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas de tais riscos previu-se: abordagem cautelosa considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro durante a avaliação. Como medidas minimizadoras dos riscos foram garantidos o anonimato e sigilo em relação às respostas. Se o mesmo diante destas condutas ainda apresentasse desconforto, seria amparado pelos pesquisadores, recebendo suporte emocional e sendo avaliada a necessidade de encaminhamento aos serviços da rede municipal de saúde. Os instrumentos de coleta de dados e a TCI foram aplicados em local reservado de acordo com a disponibilidade do participante e em nenhum momento da pesquisa seus nomes foram divulgados.

Como benefício, acredita-se que a participação nas sessões de TCI pôde auxiliar no desenvolvimento de habilidades psicossociais e na superação dos sintomas de ansiedade e depressão.

8 RESULTADOS

Os resultados encontrados no presente estudo foram divididos nos seguintes itens: análises descritivas da amostra, teste de normalidade e resultados das análises estatísticas referentes aos sintomas de ansiedade, depressão e autolesão.

8.1 ANÁLISES DESCRITIVAS DA AMOSTRA

No que tange ao primeiro objetivo de caracterizar os participantes da pesquisa em relação às variáveis sociodemográficas e educacionais são evidenciados nas tabelas 1, 2, e 3.

Na tabela 1 estão descritas as características dos participantes quanto as variáveis sociodemográficas, econômicas e educacionais.

Tabela 1 – Características dos participantes quanto as variáveis: sexo, idade, estado civil, ano escolar e classificação socioeconômica em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	17	30,4
Feminino	39	69,6
Idade		
12	01	1,8
13	07	12,5
14	08	14,3
15	11	19,6
16	15	26,8
17	14	25,0
Ano escolar		
7º	04	7,1
8º	06	10,7
9º	08	14,3
1º	18	32,1
2º	10	17,9
3º	10	17,9
Classificação Econômica		
A	04	7,1
B1	07	12,5

continua

Tabela 1 – Características dos participantes quanto as variáveis: sexo, idade, estado civil, ano escolar e classificação socioeconômica em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020. *conclusão*

Variáveis	n	%
B2	15	26,8
C1	15	26,8
C2	09	16,1
D e E	06	10,7
Estado Civil		
Solteiro	54	96,4
Casado	02	3,6

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Observou-se que no presente estudo a maior parte dos adolescentes são do sexo feminino (69,6%), com média de idade de 15 anos, 32,1% estavam matriculados no primeiro ano do ensino médio, cerca de 53,6% foram classificados economicamente entre as classes B2 e C1 e 96,4% relataram ser solteiros.

Quanto as variáveis relacionadas ao contexto de moradia e ao trabalho estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Características dos participantes quanto as variáveis: com quem mora, se os pais vivem juntos ou já viveram e o trabalho do adolescente em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Os pais vivem juntos		
Sim	22	39,3
Não	34	60,7
Os pais já viveram juntos		
Não	05	14,7
Sim, separaram	25	73,5
Sim, morreu (um ou os dois)	04	11,8
Com quem mora		
Pais ou pais e irmãos e/ou avós e/ou outros	24	42,9
Avós ou avós e irmãos	04	7,1
Mãe	03	5,4
Mãe e padastro, irmãos e outros	01	1,8
Com somente um dos pais com irmãos e/ou avós e/ou outros	18	32,1

continua

Tabela 2 – Características dos participantes quanto as variáveis: com quem mora, se os pais vivem juntos ou já viveram e o trabalho do adolescente em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020. **conclusão**

Variáveis	n	%
Outros	06	10,7
Trabalha		
Sim	15	26,8
Não	41	73,2

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Os adolescentes referenciaram que 60,7 % dos pais não viviam juntos, mas 73,5% reportaram que seus pais já viveram juntos e se separaram, 42,9% moravam com os pais e 73,2% não exerciam atividade laboral.

A respeito das variáveis relacionadas à religiosidade estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Características dos participantes quanto as variáveis: religião, prática de religião, grupos ligados à religião, crença em Deus e se costuma rezar ou orar frente a um problema em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Religião		
Não tem	04	7,1
Católico	32	57,1
Evangélico	18	33,9
Outra	01	1,8
Praticar a religião		
Sim	41	73,2
Não	15	26,8
Participa de grupos ligados a religião		
Sim	22	39,3
Não	34	60,7
Crença em Deus		
Sim	55	98,2
Não	01	1,8

continua

Tabela 3 – Características dos participantes quanto as variáveis: religião, prática de religião, grupos ligados à religião, crença em Deus e se costuma rezar ou orar frente a um problema em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Costuma rezar ou orar frente a um problema		
Sim	46	82,1
Não	10	17,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quanto à religiosidade 57,1% e 33,9 % referiram ser católicos e evangélicos, respectivamente, e 73,2% relataram praticar religião, contudo 60,7% não participavam de grupos religiosos, 98,2% acreditavam em Deus e 82,1% costumavam rezar ou orar frente a um problema.

Para responder o segundo objetivo referente a identificar a presença do comportamento autolesivo, a presença de sintomas de ansiedade e de depressão entre os adolescentes foram elaboradas as tabelas 4 a 8 e o gráfico 1.

A identificação do comportamento autolesivo está apresentado na tabela 4.

Tabela 4 – Comportamento de autolesão referidos pelos adolescentes no último ano em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Autolesão		
Sim	49	87,5
Não	07	12,5
Quando se automutilou estava pensando em se matar		
Sim	18	36,7
Não	31	63,3
Quando se automutilou estava sob efeito de álcool ou drogas		
Sim	04	8,2
Não	45	91,8
Intensidade da dor descrita quando se automutilava		
Dor intensa	02	4,1

continua

Tabela 4 – Comportamento de autolesão referidos pelos adolescentes no último ano em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

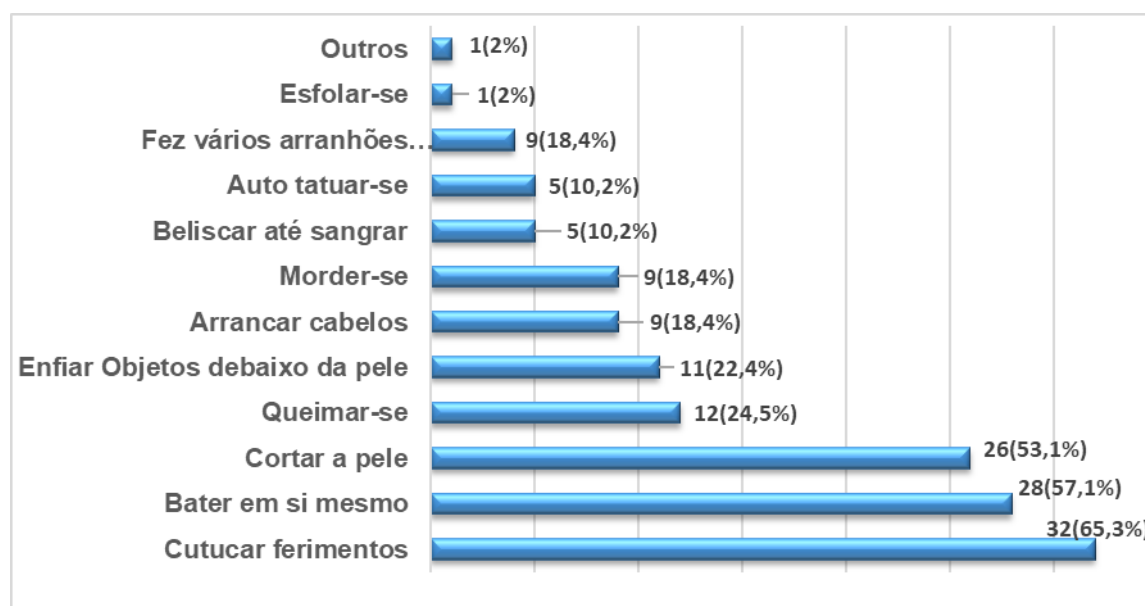
Variáveis	n	conclusão
		%
Moderada	11	22,4
Pouca dor	14	28,6
Não sentiu dor	14	28,6
Não soube responder	08	16,3
Idade quando se automutilou pela primeira vez		
11	04	8,2
12	07	14,3
13	05	10,2
14	03	6,1
15	10	20,4
16	07	14,3
18	01	2,0
Não souberam responder	12	24,5

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Referente ao ato de se autolesionar 87,5% dos adolescentes praticaram este comportamento no último ano, relataram sentir pouca ou nenhuma dor (57,2%), 63,3 % não apresentavam pensando suicida e 91,8% não estavam sob efeito de álcool ou drogas quando praticavam este ato. As idades mais frequentes para o início da autolesão foram 15, 16 e 12 anos, respectivamente.

Quanto aos tipos de autolesão referenciados pelos adolescentes estão descritos no gráfico 1.

Gráfico 1- Tipos de autolesão apresentados pelos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Os adolescentes referiram mais de um tipo de autolesão por isso a somatória é maior que 100%.

Os tipos de autolesão mais frequentes foram cutucar ferimentos (65,3%), bater em si mesmo (57,1%) e cortar a pele (53,1%).

Em relação as razões para autolesão relatadas pelos adolescentes estão apresentadas na tabela 5.

Tabela 5 – Razões para autolesão apresentadas pelos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	n	%
Para aliviar a sensação de vazio ou indiferença	35	71,4
Para parar sentimentos/ sensações ruins	30	61,2
Para controlar uma situação	26	53,1
Para sentir-se relaxado	25	51,0
Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor	25	51,0
Para se castigar	23	46,9
Para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	19	38,7
Para pedir ajuda	19	38,7
Para fazer algo quando está sozinho	17	34,7

continua

Tabela 5 – Razões para autolesão apresentadas pelos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	conclusão	
	n	%
Para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	17	34,7
Para evitar ter que fazer algo chato, que você não queria fazer	16	32,7
Para fazer seu pais te entenderem melhor	16	32,7
Para receber mais atenção dos seus pais ou amigos	14	28,6
Para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	14	28,6
Para evitar ser punido ou assumir as consequências	11	22,2
Para chamar a atenção	10	20,4
Para se sentir fazendo parte de um grupo	08	16,3
Para não ir à escola, trabalho ou outras atividades	08	16,3
Para evitar estar com outras pessoas	05	10,2
Para fazer algo quando está com os outros	05	10,2
Outras razões	05	10,2
Para deixar os outros com raiva	03	6,1
Para se parecer alguém que se respeita	01	2,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Os adolescentes referiram mais de uma razão para a autolesão por isso a somatória é maior que 100%.

As razões mais frequentes referidas pelos adolescentes para a prática de autolesão foram: aliviar a sensação de vazio ou indiferença (71,4%), parar sentimentos ou sensações ruins(61,2%) e para controlar uma situação (53,1%).

A descrição dos escores de ansiedade e depressão dos adolescentes estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de ansiedade e depressão dos adolescentes (n=56) em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio padrão
Ansiedade	48,2	52,0	19,4
Depressão	18,0	17,0	10,1

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Podem-se observar os valores de média, mediana e desvio padrão para os escores de ansiedade de todos os adolescentes participantes do estudo.

Na tabela 7 estão referenciados os valores de média, mediana e desvio padrão da ansiedade dos adolescentes que apresentaram ponto de corte igual ou acima de 34 (sintomas de ansiedade) preconizado pelos autores (BARBOSA; BARBOSA; GOUVEIA, 2002).

Tabela 7– Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de ansiedade dos adolescentes que apresentaram o ponto de corte igual ou superior a 34 em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão
Ansiedade	56,6	54,0	13,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Dos 56 adolescentes que participaram do estudo, 43 (76,8%) apresentaram escores de ansiedade acima do ponto de corte (34 pontos) com uma média de 56,6 e mediana de 54.

Na tabela 8 estão descritos os valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de depressão dos adolescentes que apresentaram escore igual ou superior ao ponto de corte de 17 (sintomas de depressão) preconizado por Gouveia *et al.*, (1995).

Tabela 8 – Distribuição dos valores de média, mediana e desvio padrão dos escores de depressão dos adolescentes que apresentaram ponto de corte igual ou superior a 17 em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão
Depressão	25,8	26,0	6,5

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Dos 56 adolescentes 30 (53,6%) apresentaram escores de depressão igual ou acima do ponto de corte (17 pontos) com média de 25,8 e mediana de 26,0

8.2 TESTE DE NORMALIDADE

Nesta seção apresenta-se o teste de normalidade referente aos objetivos para comparar os efeitos da intervenção e as associações entre as variáveis sociodemográficas, com a ansiedade, com a depressão, com o comportamento autolesivo e com a ideação suicida.

Verificou se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes ou não na amostra. A suposição de normalidade foi verificada no momento pré e pós intervenção por meio do teste de D'Agostino-Pearson.

Tabela 9 – Teste de normalidade para as variáveis depressão, ansiedade e classe econômica em um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	Momento pré	Momento pós	
	Valor-p	Valor-p	
Ansiedade	0,5721	0,3559	
Depressão	0,2374	0,0174	
Ansiedade (acima do ponto de corte)	0,1115	0,4112	
Depressão (acima do ponto de corte)	0,3503	0,0767	
Classe econômica	0,0065	-	
Ansiedade/sexo feminino	0,6343	0,1297	
Ansiedade/sexo masculino	0,1046	0,2666	
Depressão/sexo feminino	0,1858	0,0168	
Depressão/sexo masculino	0,0290	0,0504	
Ansiedade/sexo feminino (acima ponto de corte)	0,3888	0,5135	
Ansiedade/sexo masculino (acima ponto de corte)	0,2005	0,4303	
Depressão/sexo feminino (acima ponto de corte)	0,3765	0,0098	
Depressão/sexo masculino (acima ponto de corte)	0,1355	0,4584	
	Não pensa em se matar	Pensa, mas não faria	Quer se matar
	Valor-p	Valor-p	Valor-p
Ideação suicida - ansiedade	0,0097	0,7651	0,5506
Ideação suicida - depressão	0,0090	0,3684	0,2578

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: *p*: nível de significância teste usado: D'Agostino-Pearson

De acordo com os resultados apresentados na tabela 9, referente ao teste de D'Agostino-Pearson assumiu-se que a variável ansiedade pré e pós-intervenção, depressão no momento pré-intervenção, ansiedade por sexo feminino e masculino

na amostra total e acima do ponto do ponto de corte e depressão na amostra total por sexo masculino apresentam distribuição normal, valor de p maior que o nível de significância de 0,05% aceitando hipótese nula de normalidade. Dessa forma, os dados foram tratados com a estatística paramétrica.

A variável depressão no momento pós-intervenção e acima do ponto de corte pré e pós-intervenção, classe econômica, ideação suicida (não pensa em se matar e quer se matar) e depressão por sexo feminino (acima ponto de corte) não seguem uma distribuição normal, assim foram tratadas com a estatística não paramétrica.

8.3 RESULTADOS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS REFERENTES AOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOLESÃO

A Tabela 10 relaciona-se ao objetivo sobre a associação entre os escores de ansiedade e de depressão no momento pré-intervenção.

Tabela 10– Correlação dos escores de ansiedade e de depressão no momento pré-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	r	F	R2	%	valor-p
Ansiedade x Depressão	0,6090	31,83	0,3592	35,92	<0,0001

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Valor- p : nível de significância; r: Coeficiente de Correlação de Pearson; F: Regressão; R2: Coeficiente de determinação ajustado

De acordo com os resultados obtidos na tabela 10 os escores de ansiedade e depressão estão correlacionados ($r=0,6090$), sendo estatisticamente significativa. Neste contexto, observou-se uma relação positiva e moderada.

O valor de F (regressão) é significativo ($p = 0,0001$), rejeitando-se a hipótese de nulidade e aceitando-se a alternativa: os escores de ansiedade crescem à medida que aumenta os escores de depressão. Constatou-se, pelo coeficiente de determinação ajustado ($R2$), que 35,92% da variável dependente (ansiedade) é explicada pela variável preditiva (depressão), devendo outros fatores atuar como preditores do aumento da ansiedade.

Na tabela 11 está relacionada ao objetivo sobre a associação do comportamento autolesivo com os escores de ansiedade e depressão.

Tabela 11 – Análise do comportamento autolesivo com o escore de ansiedade dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Autolesão	n	Ansiedade			Depressão		
		Média	Mediana	Valor-p	Média	Mediana	valor-p
Presente	49	50,8	19	0,0058*	19,8	56	0,0002**
Ausente	7	29,7	5		5,4	26	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: p : nível de significância; *Teste t para amostras independentes; ** Teste de Mann-Whitney.

Evidencia-se que houve uma diferença significativa entre os escores de ansiedade e depressão dos adolescentes que praticaram autolesão em relação aos que não praticaram. Foram comparados os valores de média e mediana em cada nível da variável autolesão (presente e ausente) e pode se observar que a média e mediana dos escores de ansiedade e depressão respectivamente, são maiores nos adolescentes que realizaram autolesão, *valor-p* significativo (0,0058 e 0,0002).

As tabelas 12 a 17 remetem ao objetivo relacionado à associação entre as variáveis sociodemográficas com a ansiedade, com depressão e com o comportamento autolesivo.

Tabela 12 - Relação entre as variáveis sociodemográficas com os escores de ansiedade dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis sociodemográficas	Escore de ansiedade					
	Média	Mediana	DP	Máximo	Mínimo	valor-p
Sexo						
Masculino	36,5	27,0	22,3	89	11	0,0022
Feminino	53,3	53,0	15,7	85	19	
Faixa etária						
12 a 14 anos	53,2	52,0	21,2	85	11	0,2077
15 a 17 anos	45,9	52,5	18,4	89	19	
Pais vivem juntos						
Sim	47,3	51,5	24,6	89	11	0,7877
Não	48,8	52,5	16,1	81	13	
* Com quem vive						
Pai e mãe	45,8	49,0	24,0	89	11	0,6447
Pai ou mãe	47,8	51,0	16,3	74	13	

continua

Tabela 12 - Relação entre as variáveis sociodemográficas com os escores de ansiedade dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020. **conclusão**

Variáveis sociodemográficas	Escores de ansiedade					valor-p
	Média	Mediana	DP	Máximo	Mínimo	
Outros	54,5	53,0	11,1	81	40	
Trabalha						
Sim	47,7	46,0	23,8	89	11	0,9150
Não	48,4	52,0	17,8	85	13	
Filiação Religiosa						
Sim	48,2	51,5	19,8	89	11	0,9834
Não	48,0	53,5	13,5	57	28	
Pratica de religião						
Sim	48,5	51,0	20,6	89	11	0,8423
Não	47,3	53,0	15,9	67	14	
Participa de grupo religioso						
Sim	54,7	53,5	18,3	89	19	0,0427
Não	44,0	46,0	19,1	81	11	
Rezar ou orar						
Sim	49,9	53,0	18,1	85	11	0,1514
Não	40,2	39,0	24,0	89	13	
**Classe Econômica						
A e B	44,9	46,0	21,3	89	11	0,2370
C, D e E	51,1	53,0	17,4	85	16	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Aplicação teste t; * teste Kruskal Wallis, ** teste Mann Whitney

Na análise entre as variáveis sociodemográficas com a ansiedade constatou-se uma associação estatisticamente significativa com média dos escores de ansiedade maior no sexo feminino (53,3; $p=0,0022$).

Foi observado também que a variável ansiedade teve uma associação com a participação em grupos religiosos. Aqueles adolescentes que não participam de grupos ligados a religião tiveram média dos escores de ansiedade inferiores (média= 44) quando comparados com os adolescentes que participam de grupos religiosos (média= 54,7; $p=0,0427$) sendo estatisticamente significativa.

Tabela 13 - Relação entre as variáveis sociodemográficas com os escores de depressão dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis sociodemográficas	Escore de depressão					valor-p
	Média	Mediana	DP	Máximo	Mínimo	
Sexo						
Masculino	11,8	11,0	8,8	33	3	0,0018
Feminino	20,7	20,0	9,5	40	6	
Faixa etária						
12 a 14 anos	21,5	20,5	8,6	36	5	0,0988
15 a 17 anos	16,6	15,5	10,4	40	3	
Pais vivem juntos						
Sim	15,3	15,0	9,4	40	3	0,1002
Não	19,8	18,0	10,3	36	3	
* Com quem vive						
Pai e mãe	14,8	14,0	9,7	40	3	0,0933
Pai ou mãe	20,7	24,0	10,3	36	3	
Outros	19,8	18,0	9,2	35	5	
Trabalha						
Sim	12,5	8,0	9,4	31	3	0,0125
Não	20,0	19,0	9,6	40	5	
Filiação Religiosa						
Sim	17,7	17,0	10,2	40	3	0,3816
Não	22,3	21,0	8,9	33	14	
Pratica de religião						
Sim	17,5	16,0	9,8	35	3	0,6305
Não	19,4	17,0	10,9	40	3	
Participa de grupo religioso						
Sim	19,3	18,0	9,2	33	4	0,3739
Não	17,2	16,5	10,7	40	3	
Rezar ou orar						
Sim	18,3	17,0	9,9	40	3	0,6379
Não	16,8	15,0	11,3	33	3	
Classe Econômica						
A e B	17,9	17,0	10,5	36	3	0,8695
C, D e E	18,2	17,0	10,0	40	5	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Aplicação teste Mann Whitney; * teste Kruskal Wallis.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os escores de depressão e o sexo feminino ($p= 0,0018$).

Observa-se também uma relação entre os escores de depressão com a variável trabalho. Os adolescentes que não trabalhavam apresentaram diferenças significativas nos escores de depressão (mediana= 19; $p= 0,0125$) quando comparados com os escores dos adolescentes que trabalhavam (mediana= 8,0).

Tabela 14 - Relação entre as variáveis sociodemográficas com autolesão dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis sociodemográficas	Autolesão		valor-p
	Presente (%)	Ausente (%)	
Sexo			
Feminino	37(94,6%)	2(5,1%)	0,0219
Masculino	12(70,6)	5(29,4%)	
Faixa etária			
12 a 14 anos	13(81,3%)	3(18,7%)	0,3947
15 a 17 anos	36(90%)	4(10%)	
Pais vivem juntos			
Sim	19(82,6%)	4(17,4%)	0,4286
Não	30(90,9%)	3(9,1%)	
*Com quem vive			
Pai e mãe	22(91,7%)	2(8,3%)	0,5806
Pai ou mãe	18(81,8%)	4(18,2%)	
Outros	9(90%)	1(10%)	
Trabalha			
Sim	10(66,7%)	5(33,3%)	0,0115
Não	39(95,1%)	2(4,9%)	
Crença em Deus			
Sim	48(87,3%)	7(12,7%)	1,0000
Não	1(100%)	0	
Filiação Religiosa			
Sim	45(86,5%)	7(13,5%)	1,0000
Não	4(100%)	0	

continua

Tabela 14 - Relação entre as variáveis sociodemográficas com autolesão dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis sociodemográficas	Autolesão		conclusão
	Presente (%)	Ausente (%)	valor-p
Pratica a religião			
Sim	34(82,9%)	7(17,1%)	0,1712
Não	15(100%)	0	
Participação de grupo religioso			
Sim	20(90,9%)	2(9,1%)	0,6920
Não	29(85,3%)	5(14,7%)	
Rezar ou Orar			
Sim	39(84,8%)	7(15,2%)	0,3301
Não	10(100%)	0	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Teste Exato de Fisher; *teste qui-quadrado: partições.

No que tange a análise entre as variáveis sociodemográficas com o comportamento autolesivo pôde se observar uma associação significativa com o sexo feminino ($p=0,0219$). Também evidenciou-se uma associação com a variável trabalho ($p=0,0115$), aqueles adolescentes que trabalhavam apresentaram menor proporção de comportamento autolesivo em comparação com os que não trabalhavam.

Tabela 15 - Associação da ansiedade, depressão e autolesão não suicida dos adolescentes por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	Sim	%	Não	%	OR	p1	p2	valor-p	IC
Ansiedade									
Feminino	35	89,7	4	10,3	9,84	0,8974	0,4706	0,0017	2,41-40,16
Masculino	8	47,1	9	52,9	1,00				
Depressão									
Feminino	25	64,1	14	35,9	4,28	0,6410	0,2941	0,0355	1,25-14,68
Masculino	5	29,4	12	70,6	1,00				
Autolesão									
Feminino	37	94,9	2	5,1	7,70	0,9487	0,7059	0,0369	1,32-45,00
Masculino	12	70,6	5	29,4	1,00				

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: OR: Odds ratio (razão de chance); p1: proporção 1; p2: proporção 2; IC: Intervalo de Confiança.

Na tabela 15 observou-se pelo *Odds ratio* que os adolescentes do sexo feminino tiveram 9,8, 4,2 e 7,7 vezes mais chances para apresentarem sintomas ansiosos, depressivos e comportamento de autolesão, respectivamente, do que os adolescentes do sexo masculino.

Tabela 16 - Associação da depressão e autolesão com a atividade laboral dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	Sim	%	Não	%	OR	p1	p2	valor-p	IC
Depressão									
Trabalha	6	40,0	9	60,0	1,00				
Não trabalha	24	58,5	17	41,5	2,11	0,5854	0,4000	0,3528	0,63-7,06
Autolesão									
Trabalha	10	66,7	5	33,3	1,00				
Não trabalha	39	95,1	2	4,9	9,75	0,9512	0,6667	0,0166	1,64-57,87

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: OR: *Odds ratio (razão de chance)*; p1: proporção 1; p2: proporção 2; IC: Intervalo de Confiança.

Na análise associação entre as variável depressão e autolesão com a atividade laboral constatou-se que os adolescentes que não trabalhavam apresentaram 9,7 vezes mais chances para desenvolverem o comportamento autolesivo. Para a depressão a razão de chance não foi significativo.

Tabela 17 - Associação da ansiedade com a participação em grupo religioso dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

ANSIEDADE									
Variável	Sim	%	Não	%	OR	p1	p2	valor-p	IC
Participa de grupos	19	46,3	22	53,6	1,22				
Não participa de grupos	24	41,4	34	58,6	1,00	0,4653	0,4138	0,7758	0,5464-2,7397

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: OR: *Odds ratio (razão de chance)*; p1: proporção 1; p2: proporção 2; IC: Intervalo de Confiança.

Para a associação entre a ansiedade e a variável participação em grupos religiosos pela razão de chance não foi observado significância estatística.

Na tabela 18 foram analisados a correlação entre as variáveis ansiedade, depressão e classe econômica dos participantes do estudo.

Tabela 18 – Correlação entre escores de ansiedade, depressão e classe econômica dos adolescentes em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variável	rs	valor-p
Classe econômica x Ansiedade	0,07	0,5641
Classe econômica x Depressão	-0,07	0,5762

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: *p*: nível de significância; rs: coeficiente de correlação de Spearman.

Evidenciou-se que não há uma correlação entre os escores de ansiedade e depressão com a classe econômica dos participantes, *valor-p* não significativo.

Na tabela 19, 20 e 21 são apresentadas as análises da associação entre os escores de ansiedade, depressão e do comportamento autolesivo com o pensamento suicida.

Tabela 19- Associação da ideação suicida com os escores de ansiedade em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	Ansiedade							
	Média dos escores	Postos médios			Comparações método de Dunn			
		R1	R2	R3	Diferença de Postos	z calculado	z crítico	valor-p
Não penso em me matar n=26	40,65				1 e 2 11,02	2,39	2,39	ns
Penso, mas não faria n=24	53,54	22,04	33,06	38,25	1 e 3 16,21	2,18	2,39	ns
Eu quero me matar n=6	59,50				2 e 3 5,18	0,70	2,39	ns

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: *p*: nível de significância; ns: não significativo; teste de Kruskal-Wallis.

Observou-se através da análise de variância, apresentada na tabela 22, que não houve diferença significativa entre os escores de ansiedade quando comparados os postos médios desses escores nos três níveis avaliados: adolescentes que não apresentavam pensamento suicida, aqueles que tinham pensamento suicida, mas não faria e os que queriam se matar.

Tabela 20- Associação da ideação suicida com os escores de depressão em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Variáveis	Média dos escores	Depressão			Comparações método de Dunn			
		Postos médios			Diferença de Postos	z calculado	z crítico	valor-p
		R1	R2	R3				
Não penso em me matar n=26	12,58				1 e 2 13,64	2,95	2,39	<0,05
Penso, mas não faria n=24	20,52	19,60	33,33	47,33	1 e 3 27,64	3,74	2,39	<0,05
Eu quero me matar n=6	31,17				2 e 3 14,00	1,88	2,39	ns

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: p: nível de significância; ns: não significativo; teste de Kruskal-Wallis.

A tabela 20 apresenta, através da análise variância, uma diferença significativa entre os escores de depressão daqueles adolescentes que não pensavam em se matar com aqueles que pensavam em se matar, mas não o faria (diferença de postos 1 e 2; $p > 0,05$). Também observa-se uma diferença entre os escores dos que não pensam em se matar em relação aqueles que queriam se matar (diferença de postos 1 e 3; $p > 0,05$). Os adolescentes que queriam em se

matar e os que pensavam em se matar, mas não o faria, apresentaram escores mais altos quando comparados com os que não pensavam em se matar.

Não houve diferença significativa entre os escores daqueles adolescentes que pensavam em se matar, mas não o faria com aqueles que queriam se matar (diferença de postos 2 e 3, valor-p não significativo(ns)).

Tabela 21 - Associação da ideação suicida com o comportamento autolesivo em adolescentes de uma escola em um município do sul de Minas Gerais, 2020

Variáveis	Autolesão		Total	valor-p
	Presente (%)	Ausente (%)		
Ideação suicida				
Presente	29(59,2%)	1(14,3%)	30	0,0414
Ausente	20(40,8%)	6(85,7%)	26	
Total	49(100%)	7(100%)	56	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: Teste Exato de Fisher.

Observou-se através da tabela 21 que a autolesão e a ideação suicida estão associadas ($p=0,0414$). Os adolescentes que se autolesionaram apresentaram maior proporção de ideação suicida (59,2%) do que aqueles que não praticavam a autolesão (14,3%).

Em relação ao objetivo comparar os efeitos da TCI nos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção os resultados encontram-se nas tabelas 22 a 25.

Tabela 22 – Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Momento	Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão	valor-p
Pré	Ansiedade	48,2	52,0	19,4	0,0023*
Pós	Ansiedade	42,6	43,0	20,2	
Pré	Depressão	18,0	17,0	10,1	0,0099**
Pós	Depressão	15,5	14,5	9,7	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: p: nível de significância; *Test t; ** Teste Wilcoxon.

Ao aplicar o teste t e Wilcoxon evidenciou-se uma diferença estatisticamente significativa dos escores de ansiedade e depressão quando comparados às médias e medianas nos momentos pré e pós-intervenção, com redução dos escores no momento pós-intervenção.

Na tabela 23 estão descritos os resultados referentes aos escores de ansiedade e depressão antes e após a intervenção (TCI) para os adolescentes que tiveram escores acima do ponto de corte.

Tabela 23 – Análise dos resultados dos escores acima do ponto de corte para a ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Momento	Variável	nº	%	Média	Mediana	Desvio Padrão	valor-p
Pré	Ansiedade	43	76,8	56,6	54	13,0	0,0005*
Pós	Ansiedade	39	69,6	49,0	49	17,8	
Pré	Depressão	30	53,6	25,8	26	6,5	0,00098**
Pós	Depressão	25	44,6	21,1	19,6	8,9	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: p: nível de significância; teste utilizado: * Test t, ** Teste Wilcoxon.

Observou-se uma redução significativa dos escores de ansiedade ($p= 0,0005$) e de depressão ($p=0,00098$) dos adolescentes que tiveram escores acima do ponto de corte de 34 para a ansiedade e 17 para a depressão quando comparados os momentos pré e pós-intervenção.

Na tabela 24 e 25 serão apresentadas as análises referentes aos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção por sexo.

Tabela 24 – Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão no momento pré e pós-intervenção por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Sexo	Momento	Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão	valor-p
Feminino	Pré	Ansiedade	53,3	53,0	15,7	0,0007*
	Pós	Ansiedade	46,4	47,0	20,1	
	Pré	Depressão	20,7	20,0	9,5	0,0048**
	Pós	Depressão	17,4	16,0	9,9	
Masculino	Pré	Ansiedade	36,5	27,0	22,3	<i>0,5041*</i>
	Pós	Ansiedade	33,9	32,0	18,2	
	Pré	Depressão	11,8	11,0	8,8	<i>0,7378**</i>
	Pós	Depressão	11,1	8,0	7,7	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: *p*: nível de significância; *test t; ** teste Wilcoxon.

Constatou-se uma diferença estatisticamente significativa na diminuição dos escores de ansiedade e depressão apenas nos adolescentes do sexo feminino após a intervenção. Os adolescentes do sexo masculino não apresentaram uma redução na média dos escores quando comparados pré e pós- intervenção.

Tabela 25 – Análise dos resultados dos escores de ansiedade e depressão acima do ponto de corte no momento pré e pós-intervenção por sexo em uma escola de um município do sul de Minas Gerais, 2020.

Sexo	Momento	Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão	valor-p
Feminino	Pré	Ansiedade	56,6	54,0	12,7	<i>0,2573*</i>
	Pós	Ansiedade	52,9	52,5	13,8	
	Pré	Depressão	26,4	26,0	6,5	0,0264**
	Pós	Depressão	25,2	22,0	8,2	
Masculino	Pré	Ansiedade	56,5	53,0	15,2	<i>0,0846*</i>
	Pós	Ansiedade	49,9	46,0	12,6	
	Pré	Depressão	22,8	21,0	6,0	<i>0,5142*</i>
	Pós	Depressão	20,5	20,5	2,9	

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: *p*: nível de significância; *test t; ** teste Wilcoxon

Ao analisar os efeitos da TCI sobre a ansiedade e depressão para aqueles adolescentes que apresentaram pontuações acima do ponto de corte com a variável sexo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa somente nos sintomas de depressão para o sexo feminino.

9 DISCUSSÃO

No presente estudo, no que se refere à caracterização da amostra, verificou-se um predomínio de adolescentes do sexo feminino, matriculados no ensino médio, solteiros, com idade média de 15 anos, pertencentes a classes econômicas B2 e C1 e a maioria não exerciam atividade laboral.

Com relação ao sexo e idade, esses dados corroboram com os encontrados em uma pesquisa realizada com adolescentes em quatro escolas públicas da cidade de Tunja na Colômbia, da amostra de 289 adolescentes a idade média foi de 15,7 anos e mais da metade eram do sexo feminino (MACÍAS; MENDOZA; CAMARGO, 2017).

Notou-se uma maior participação das meninas no estudo, o que assemelha com a investigação realizada com adolescentes em Londrina e Pelotas-RS e (NUNES *et al.*, 2015). Resultados similares foram encontrados em outra pesquisa que abordou diferentes faixas etárias em que se avaliou o perfil da utilização das PICS no Brasil, a porcentagem de participação das mulheres foi de 62,6% (RIBEIRO; RODRIGUES; ARAÚJO, 2019).

Segundo Botton; Cúnico; Strey (2017) as mulheres sempre foram foco de intervenção e de autocuidado, isso pode ser explicado pela trajetória histórica e cultural de formatação sobre modos de ser e de viver e tem relação direta com as questões de gênero. Desde muito cedo vão sendo produzidas práticas de autocuidado intenso para mulheres, já que são vistas como mais vulneráveis, por outro lado para os homens essas práticas são deixadas de lado, além disso, se perpetuam os estereótipos de gênero relacionados a eles, como força e virilidade. Além disso, o gênero feminino se mostra mais colaborativo e sensível a fatores psicológicos e emocionais (SARCHIAPONE *et al.*, 2014).

No que tange a variável socioeconômica, a maior parte dos adolescentes foram classificados economicamente entre as classes B2 e C1. Em pesquisa realizada no sul de Minas Gerais com adolescentes entre 12 e 17 anos encontrou que 63,8% dos participantes foram classificados economicamente nas classes C e D (FELIPE *et al.*, 2019). Na investigação realizada por Leme; Prette; Coimbra (2015) com 454 adolescentes do primeiro e segundo anos do ensino médio de três escolas

públicas de um município mineiro evidenciou-se que a maioria dos participantes pertencia às classes econômicas B1 (28,4%) e B2 (41,4%).

Alguns autores referenciam a classe C como a “nova classe média brasileira” e ela surgiu devido aos recentes avanços sociais e econômicos ocorridos nas últimas décadas. Isso provavelmente se deu devido à introdução de políticas públicas voltada para a proteção social e redução das desigualdades sociais com uma maior distribuição de renda (KOPPER; DAMO, 2018; OLIVEIRA, 2013; SCALON; SALATA, 2012).

No que se refere ao contexto familiar, menos da metade dos adolescentes vivem com ambos os pais (42,9%) e cerca de um terço vivem com somente um dos pais (32,1%), os mesmos relataram que os pais viviam juntos, mas se separaram (73,5%).

Em outros países a porcentagem de adolescentes que vivem com ambos os pais foram superiores. Por exemplo, em Portugal verificou-se que 75,7% dos adolescentes vivem em agregados familiares intactos, 11,9% em famílias pós-divórcio, 10,4% vivem em famílias reconstituídas e 1,9% integram famílias monoparentais (PORTUGAL; ALBERTO, 2015). Dados de uma pesquisa transversal envolvendo 2068 adolescentes em idade escolar (13 a 18 anos) na África Subsariana encontrou dados similares no qual 61% viviam com ambos os pais, 20,2% com mãe, 13,1% com parentes, 5,2% com pais adotivos e 0,5% com outros (ADDAE, 2020).

Em um estudo realizado em um município mineiro com adolescentes escolares identificou que 44,9% viviam em famílias nucleares (com a mãe e pai), 31,5 % em famílias separadas e 28,6% em famílias recasadas (LEME; PRETTE; COIMBRA, 2015).

Segundo o IBGE, novos arranjos familiares vêm se configurando nos domicílios brasileiros. O modelo tradicional (pai-mãe-filho) ainda está presente, mas novas formas de configurações familiares vêm surgindo ao longo dos anos. Desde 2005, o perfil tradicional deixou de ser maioria nos domicílios brasileiros. Em 2015, este perfil passou a representar 42,3% dos lares entrevistados (IBGE, 2017).

Apesar da maioria dos adolescentes não exercer atividade laboral a porcentagem destes que trabalham merece uma atenção, uma vez que 26,8% conciliam a escola com o trabalho remunerado.

Esses dados são semelhantes ao encontrado por Reis e Oliveira (2015), no qual 23,2% dos adolescentes de 13 a 17 anos de escolas públicas em município do interior brasileiro trabalhavam. Em outro estudo realizado com 74.589 adolescentes de 12 a 17 anos em 1.251 escolas de diversos municípios brasileiros a taxa de adolescentes que trabalhavam foi de 18,1%(FIGUEIREDO *et al.*, 2016). Em um município do Rio Grande do Sul a taxa de trabalho na adolescência foi superior, aproximadamente 68,0% dos jovens de 10 a 19 anos estudantes de escolas rurais relataram exercer atividade remunerada (RAPHAELLI *et al.*, 2020).

O ECA preconiza a leis que garantem aos adolescentes direito a profissionalização e a proteção no trabalho, sendo proibido o trabalho a menores de 14 anos, salvo em condição de aprendiz (BRASIL, 2012a). Segundo o último senso do IBGE realizado em 2010 a porcentagem de adolescentes de 14 e 15 anos no Brasil que tinham uma ocupação correspondia a 12,4% e na faixa etária de 16 e 17 anos de 26,6% (IBGE, 2010).

O trabalho é uma realidade para muitos adolescentes brasileiros, a experiência de trabalho está relacionada com a independência, a conquista da autonomia e o delineamento de projetos de futuro (CARRANO; MARINHO; OLIVEIRA, 2015). O trabalho pode ser um fator protetor para a saúde mental dos adolescentes (FELIPE *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2020) e pode representar um tipo de atividade que limita a ociosidade e a exposição a ambientes de risco, podem ser importantes para o desenvolvimento de habilidades de organização, responsabilidade, autonomia, concentração, memorização entre outros (PESTANA *et al.*, 2016).

Por outro lado, surgem algumas preocupações com a inserção precoce do adolescente em uma atividade laboral no que se refere a realização de trabalho em locais insalubres que podem representar uma ameaça a sua segurança, a sua saúde física e emocional (RAUSCHER; RUNYAN, 2012; SHOMAN; MOSTAFA; MUSSLEM, 2015), além do que adolescentes trabalhadores consumiam mais drogas lícitas (FELIPE *et al.*, 2019).

Alguns aspectos relacionados à prática de religião, participação de grupos religiosos e crença em Deus foram investigados no presente estudo. Um número expressivo acredita em Deus e costumava rezar ou orar frente a um problema, as religiões católica e evangélica foram as mais prevalentes e mais da metade

participava de grupos religiosos. Outras pesquisas realizadas com adolescentes também apresentaram resultados similares.

Em um estudo realizado com escolares em seis escolas públicas na região metropolitana de Brasília e no Vale do Ribeira/São Paulo a religião mais prevalente foi a católica, seguida pela evangélica/protestante. Quanto à religiosidade 70% dos adolescentes declararam que a religião era muito importante e 40,2% frequentavam templos semanalmente ou mais de uma vez na semana (PAIVA; ANTUNES; SANCHEZ, 2020).

A partir da análise de um banco de dados conjunto que agrupou os resultados de pesquisas realizadas durante os anos de 2009 a 2012 em escolas públicas de diferentes locais do país com adolescentes de 12 a 18 anos, constatou que 43,3% eram católicos e 28,5% evangélicos e que eles costumavam pedir ajuda a Deus para resolver seus problemas e fazer orações em momentos difíceis (JAHN; DELL'AGLIO, 2017).

O comportamento autolesivo também foi investigado no presente estudo, a autolesão foi relatada por grande parte dos adolescentes (87,5%), mais da metade não estavam pensando em se matar e não estavam sob efeito de álcool e outras drogas. Relataram sentir pouca ou nenhuma dor e as idades mais prevalentes foram 15,16 e 12 anos respectivamente. Entre os tipos de autolesão mais frequentes estão: cutucar ferimentos, bater em si mesmo e cortar a pele. As razões mais referidas pelos adolescentes para a prática de autolesão foram: para aliviar a sensação de vazio ou indiferença, a fim de parar sentimentos ou sensações ruins e para controlar uma situação.

A taxa do comportamento autolesivo encontrado na referida pesquisa foi superior ao verificado na literatura. Em uma revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão realizada no EUA que incluiu pesquisas realizadas em vários países (Ásia, Austrália / Nova Zelândia, Canadá, Europa, Reino Unido, EUA) entre os anos de 1993-2012 encontrou uma prevalência de autolesão não suicida de 17,2% (SWANNELL *et al.*, 2014). Em 11 estados dos EUA com amostra não clínicas de adolescentes do ensino médio a taxa de autolesão foi de 17,6% (MONTA; MCREE; DERYCK, 2018). Dados de uma pesquisa realizada com 1463 adolescentes com idade entre 14 e 22 anos de escolas públicas e privadas de Portugal apresentou uma taxa de autolesão mais alta, no qual 30% da amostra relatou a prática de comportamento autolesivo (CARVALHO *et al.*, 2017). Em um estudo realizado no

Brasil com adolescentes de 10 a 14 anos de escolas públicas a taxa de autolesão foi de 9,48% (FONSECA *et al.*, 2018).

Uma hipótese para essa alta porcentagem encontrada no presente estudo pode estar relacionada ao caráter epidêmico da autolesão que segue os padrões de epidemia em instituições, internet, sites, e também nas escolas que fazem parte desse contexto, permitindo a disseminação e divulgação desse comportamento (OTTO; SANTOS, 2016; WHITLOCK; ECKENRODE; SILVERMAN, 2006).

A adolescência foi identificada como um período de risco para o comportamento da autolesão com início em torno dos 13 a 15 anos de idade (GLENN; KLONSKY, 2009; HAWTON *et al.*, 2013; NOCK; PRINSTEIN, 2004; ZETTERQVIST, 2015), esses dados convergem com o presente estudo. Vale destacar que a autolesão pode gerar graves conseqüências físicas e psicológicas para os adolescentes e pode ser um comportamento de risco para o suicídio (CARVALHO *et al.*, 2017).

Em uma pesquisa qualitativa que investigou a intenção da prática da autolesão de 73 jovens latinas entre 11 e 19 anos de baixa renda que viviam em New York - EUA, identificaram que 18 (32%) das adolescentes realizavam a autolesão sem intenção suicida, 29 (52,7%) com intenção suicida, oito (14,5%) como uma combinação entre os dois e 18 foram excluídas (GULBAS *et al.*, 2015). No presente estudo observou-se que 63,3% dos adolescentes que praticavam a autolesão não referiram intenção suicida e 36,7% com ideação suicida.

Quanto aos tipos de autolesão mais frequentes relatadas pelos adolescentes da presente investigação encontram-se: cutucar ferimentos, bater em si mesmo e cortar a pele. Em outra pesquisa que investigou os métodos de autolesão foi evidenciado que os adolescentes optam por tipos de autolesão mais rápidas e que são menos criticáveis, como se morder por exemplo, sem a necessidade de esperar por uma oportunidade para ter instrumentos a sua disponibilidade e acessíveis (como facas, instrumentos cortantes) trazendo assim, alívio dos sofrimentos emocionais que tanto os afligem (CARVALHO *et al.*, 2017).

Os motivos relatados pelos adolescentes desse estudo para a prática da autolesão corroboram com uma investigação realizada com 517 adolescentes de 10 a 14 anos de escolas estaduais de um município de Minas Gerais no qual os principais motivos apontados para a autolesão foram: aliviar sensações de vazio ou indiferença e cessar sentimentos ou sensações ruins (FONSECA *et al.*, 2018).

As funções intrapessoais principalmente as relacionadas à regulação emocional e busca por alívio de sentimentos negativos (RAUPP; MARIN; MOSMANN, 2018; TAYLOR *et al.*, 2018), controle de pensamentos, emoções angustiantes e aversivas, por meio de fuga, evitação, substituição ou modificação desses estados estão relacionados à motivação da prática para o comportamento autolesivo (TAYLOR *et al.*, 2018).

Na avaliação da ansiedade entre os adolescentes, por meio do Questionário de Triagem de Ansiedade Infantil (SCARED), verificou-se um escore médio de 48,2 para os 56 adolescentes. Quando avaliado os escores daqueles que apresentaram ponto de corte igual ou acima de 34, a média dos escores subiu para 56,6. Dos 56 adolescentes, 43 (76,8%) apresentaram sintomas ansiosos, prevalência superior ao encontrado na literatura.

De acordo com uma avaliação realizada com 678 adolescentes da Índia, por meio da triagem com o SCARED, a prevalência de transtornos de ansiedade foi de 16,6%. O transtorno de ansiedade mais prevalente entre os participantes foi o transtorno de ansiedade social seguido por fobias específicas (MADASU *et al.*, 2019).

Em um estudo que utilizou o SCARED para a triagem de 1092 jovens (7 a 18 anos) com o objetivo de examinar os transtornos de ansiedade pediátrica no Instituto Nacional de Saúde Mental nos EUA, encontrou que 45,85 % procuravam tratamento para um transtorno de ansiedade e recebeu um diagnóstico primário de Transtorno de Ansiedade Generalizada, distúrbio de ansiedade de separação ou ansiedade social (BEHRENS *et al.*, 2019).

A ansiedade, a depressão, o estresse, o uso e dependência de drogas, os distúrbios alimentares, estão entre as principais necessidades de cuidado em saúde mental dos adolescentes (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Os transtornos de ansiedade foram classificados como o sexto maior contribuinte para a perda de saúde não fatal em todo o mundo em 2015 (OMS, 2017b).

Na avaliação da depressão entre os adolescentes, por meio do Inventário de Depressão Infantil (CDI), verificou-se um escore médio de 18 para os 56 adolescentes. Quando avaliado os escores daqueles que apresentaram ponto de corte igual ou superior a 17, a média dos escores subiu para 25,8. Dos 56 adolescentes, 30 (53,6%) apresentaram sintomas depressivos. Em outras pesquisas

realizadas em diversos países os escores de depressão encontrados foram inferiores.

Em um estudo realizado na Colômbia utilizou o CDI para avaliar a depressão em 289 adolescentes escolares de quatro instituições públicas (126 homens e 163 mulheres), com idades entre 14 e 17 anos de idade, encontrou que 9,0% apresentavam sintomas depressivos (MACÍAS; MENDOZA; CAMARGO, 2017). Na Coreia a taxa de adolescentes com sintomas depressivos foi de 13,5%, com escore médio de 12,03. Os escores médios dos grupos de pacientes que tiveram pontuação acima do ponto de corte do instrumento de avaliação de depressão foram três vezes maiores do que os demais (BANG; PARK; KIM, 2015). De acordo com SOKRATIS *et al.*, (2017), a taxa de sintomas depressivos entre os 439 escolares da ilha de Chipre no mediterrâneo, investigada por meio do CDI, foi de 10,25%.

Segundo a OMS (2017b) os transtornos depressivos são o maior contribuinte para a perda de saúde não fatal. A depressão é um problema de saúde mental comum e sério que tem impactos negativos para o indivíduo, para a família e para a sociedade. São várias as consequências para quem convive com a depressão incluindo: o declínio no desempenho acadêmico, a baixa produtividade, a sobrecarga familiar, a baixa autoestima e comportamento suicida (LÉPINE; BRILEY, 2011; OZONO *et al.*, 2019). Nesse sentido, ações de promoção e prevenção à saúde precisam ser mais exploradas com uma maior atenção a promoção da saúde direcionada a população jovem (CID *et al.*, 2019).

Mediante os dados apresentados, pode-se refutar a primeira hipótese, uma vez que a taxa de comportamento autolesivo, os escores de ansiedade e de depressão encontrado neste estudo foram superiores aos relatados pela literatura.

Observou-se também uma correlação entre a ansiedade e a depressão, confirmando a segunda hipótese, os escores de ansiedade aumentou à medida que os escores de depressão aumentaram. Segundo a OMS muitas pessoas vivenciam a ansiedade e depressão simultaneamente (comorbidades). No mundo estima-se que a depressão excedeu 300 milhões de pessoas em 2015 e grande parte também apresenta transtornos de ansiedade (OMS, 2017b). Existe um risco aumentado para ansiedade e depressão na adolescência e a presença dessas comorbidades de forma simultânea (CHAPLA *et al.*, 2016).

Em uma pesquisa realizada no Canadá buscou compreender as tendências na prevalência de doenças mentais em jovens de 12 a 24 anos entre os anos de

2011 a 2018, o qual encontrou um aumento na prevalência de saúde mental ruim/razoável percebida e de diagnósticos de transtornos de humor e ansiedade nessa faixa etária ao decorrer dos anos (WIENS *et al.*, 2020).

As profundas transformações que ocorrem na adolescência sejam elas; físicas, psíquicas, afetivas, sociais, alterações hormonais e morfológicas podem exacerbar os sentimentos de inquietação e as alterações do humor que podem levar ao surgimento da depressão e ansiedade (BRITO, 2011; OPAS, 2018; TURPYN *et al.*, 2015). Complementa-se que o *bullying* também está associado à depressão na adolescência (RAZAK *et al.*, 2019).

Essas comorbidades também podem ter relação com a genética, a hereditariedade, os fatores de risco familiares, os psicológicos, os neurobiológicos e os endócrinos (FILHO; SILVA, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; THAPAR *et al.*, 2012).

A presente investigação também encontrou uma diferença significativa entre os escores de ansiedade e depressão dos adolescentes que praticaram autolesão em relação aos que não praticaram, pode se observar que os escores de ansiedade e depressão são maiores nos que realizaram autolesão, sugerindo que existe uma associação entre essas comorbidades e o comportamento autolesivo, confirmando assim, a terceira hipótese.

Existem evidências que sugerem que a autolesão esteja associada a uma série de dificuldades psicológicas, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (APA, 2014; BENTLEY; NOCK; BARLOW, 2014; IZADI-MAZIDI *et al.*, 2019; WASSERMAN, 2016).

De acordo Carvalho *et al.*, (2017) os adolescentes que se autolesionaram tiveram pontuações mais altas de ideação suicida e também apresentaram associações mais fortes com depressão, vergonha, autocrítica moderada e severa, estresse e ansiedade.

A autolesão é considerada um marcador de gravidade de transtornos mentais e na predição de tentativa de suicídio (KIEKENS *et al.*, 2018). A autolesão é um comportamento preocupante, pesquisas evidenciam que ao longo do tempo pode ser necessário menos esforço do indivíduo para realizá-lo, podendo se tornar um comportamento crônico devido a sua repetição recorrente (LIU, 2017).

Os sintomas de ansiedade, depressão e o comportamento de autolesão encontradas neste estudo foram maiores nas meninas quando comparados com os meninos e elas também apresentaram maiores chances para o desenvolvimento dessas comorbidades (OR: 9,8 - sintomas ansiosos), (OR: 4,2 - depressivos) e (OR: 7,7- comportamentos de autolesão).

Esses dados corroboram com a literatura, vários estudos evidenciaram maior prevalência de tais comorbidades em mulheres. No Canadá foi observado um aumento na prevalência anual de distúrbios de humor e de ansiedade e essas tendências foram mais evidentes para mulheres (WIENS *et al.*, 2020). O sexo feminino está associado a transtornos de ansiedade e as meninas apresentam maiores chances para desenvolvê-lo em comparação aos meninos (MADASU *et al.*, 2019; ORELLANA *et al.*, 2020).

A depressão e a ansiedade aumentam na adolescência e principalmente entre mulheres (GOMEZ; VANCE, 2016; GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017). Em vários estudos que avaliaram a depressão entre os adolescentes relataram pontuações mais altas para as meninas quando comparados com os meninos (BANG; PARK; KIM, 2015; MACÍAS; MENDOZA; CAMARGO, 2017; ORELLANA *et al.*, 2020; SOKRATIS *et al.*, 2017)

Algumas pesquisas descobriram que as mulheres também são mais propensas do que os homens a se envolverem a autolesão (FONSECA *et al.*, 2018; MONTO; MCREE; DERYCK, 2018) e também apresentaram maiores chances de relatar pelo menos um incidente de autolesão (MONTO; MCREE; DERYCK, 2018); o que se assemelha ao presente estudo.

Os achados de uma revisão sistemática que abordava a autolesão em jovens na África sugerem que as regras culturais e familiares de comportamento e normas de obediência e respeito estão vinculadas à autolesão, entre elas estão à opressão social e religiosa e à discriminação exploratória principalmente com as meninas. As meninas tendem a se responsabilizar mais pelas tarefas domésticas, pelo cuidado com os demais membros da família, está mais sujeita ao abuso sexual e exploração, exclusão da educação, desemprego e exclusão na tomada de decisões (QUARSHIE; WATERMAN; HOUSE, 2020).

Essa maior prevalência de transtornos mentais nas mulheres pode ser explicado devido às diferenças entre os gêneros, entre elas estão às alterações hormonais que ocorrem no período da puberdade, do puerpério e do climatério

(COUTINHO *et al.*, 2015). Além disso, existem diferenças cerebrais de acordo com o sexo, com algumas características mais comuns nas mulheres do que nos homens (personalidade, atitudes, interesses e comportamentos) (JOEL *et al.*, 2015); e pode estar relacionada também a sobrecarga de trabalho doméstico, maiores responsabilidades com os filhos, a falta de tempo para o lazer (ARAÚJO, 2005), às altas taxas de violência que a mulher está sujeita, seja ela psicológica ou física (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2017; SANTOS; MONTEIRO, 2018) e fatores socioeconômicos (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Outro dado sociodemográfico que teve associação com a autolesão e com a depressão foi a variável trabalho, os adolescentes que não trabalhavam apresentaram 9,7 mais chances e maior frequência para desenvolver o comportamento autolesivo e maiores escores de depressão quando comparados com aqueles que trabalhavam.

Estes dados diferem da pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com adolescentes do ensino médio, no qual foi encontrado uma relação entre trabalho e estudo simultâneo, os alunos que estudavam a noite apresentaram maior nível de sintomas depressivos e de ansiedade, a hipótese levantada pelos autores é que esse achado poderia ser explicado pelo fato de que esses estudantes trabalhavam (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017).

Por outro lado, estudos evidenciam que os fatores de risco para o comportamento autolesivo podem estar relacionados a fatores sociais como o desemprego (FLIEGE *et al.*, 2009; SILVA; BOTTI, 2017), as dificuldades econômicas e crises financeiras (AGGARWAL *et al.*, 2017; SILVA; BOTTI, 2017; VALADARES, 2018).

De acordo com um estudo longitudinal realizado com adolescentes do Reino Unido foi encontrado uma associação entre a autolesão, saúde mental e piores resultados educacionais e de emprego no futuro. Do total de participantes, 19,0% relataram que se autolesionaram aos 16 anos, destes 24,0% não tinham formação profissional e emprego e 40,0% estava com depressão e ansiedade aos 19 anos (MARS *et al.*, 2014).

Conseguir o primeiro emprego pode ser uma experiência positiva para os adolescentes expandir seus círculos sociais, propiciar um manejo mais adequado a situações de estresse permitindo atenção e foco no trabalho (U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018).

O trabalho faz parte do cotidiano para a maioria das pessoas, fornecendo segurança financeira, identidade pessoal e uma oportunidade de contribuir de forma relevante para a sociedade sendo um importante recurso para a saúde mental do indivíduo podendo ter um impacto significativo sobre seu bem estar (OMS, 2000). Para o jovem, a atividade laboral pode ser o gatilho para mudanças positivas em suas vidas permitindo a realização e concretização de planos para o seu futuro, principalmente para aqueles em situação de vulnerabilidade social (PEREIRA; SALES, 2016).

Os adolescentes que não participam de grupos ligados à religião tiveram média dos escores de ansiedade inferiores quando comparados com os adolescentes que participam de grupos religiosos. Não há um consenso na literatura sobre os efeitos da religiosidade/espiritualidade sobre a saúde mental (THIENGO *et al.*, 2019).

Em uma pesquisa realizada na Inglaterra com uma amostra representativa da população familiar inglesa com 16 anos ou mais, evidenciou que as pessoas que tinham espiritualidade eram mais propensas do que aquelas que não tinham espiritualidade e religião de apresentar transtorno de ansiedade, fobias ou qualquer distúrbio neurótico. Ter uma compreensão religiosa também não foi um fator protetivo contra os transtornos mentais (KING *et al.*, 2013).

Alguns adolescentes frequentam os serviços religiosos porque muitos se veem pressionados pela família para praticar a religião, o que a arbitrariedade no exercício da crença religiosa pode resultar em se rebelar de alguma forma, por meio de comportamento prejudicial à saúde. Estes conflitos podem gerar sofrimento, ocorrendo uma desordem na regulação de suas emoções (MALINAKOVA *et al.*, 2019), afetando o seu bem-estar psicológico (ZIDKOVA *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado nos EUA, aqueles que acreditavam em Deus e apresentaram enfrentamento religioso negativo tiveram níveis mais altos de ansiedade (KENT *et al.*, 2020).

Segundo Zidkova *et al.*, (2020) o simples exercício da religião não está associado a menor chance de queixas de problemas de saúde, enquanto um maior nível de espiritualidade foi associado a menores chances relatadas pelos adolescentes.

Por outro lado, alguns autores evidenciaram efeitos positivos da religião e espiritualidade sobre a saúde (INOUE; VECINA, 2017), as atitudes, as condutas dos

adolescentes (REW; WONG, 2006) e comportamentos de risco a saúde (MALINAKOVA *et al.*, 2019). A espiritualidade pode promover o desenvolvimento saudável em adolescentes, aumentando sua capacidade de enfrentamento aos problemas, resultados positivos na saúde mental, bem-estar psicológico e desenvolvimento da capacidade de se adaptar as mudanças (KIM; ESQUIVEL, 2011; ZIDKOVA *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com adolescentes e jovens de 15 a 25 anos evidenciou que a espiritualidade/religiosidade estava associada a maior auto eficácia nos cuidados de saúde e pode desempenhar um papel de apoio fortalecendo o autocuidado. Esse cuidado não precisava necessariamente ser baseado na fé, o cuidado espiritual pode envolver atenção plena, meditação ou aconselhamento espiritual (MILLER *et al.*, 2017).

A espiritualidade e religiosidade estão ligadas à saúde mental, qualidade de vida e bem estar dos adolescentes e jovens. Elas podem atenuar o comportamento de risco nessa faixa etária, auxilia na diminuição da depressão, aumento da autoestima e bem estar (YONKER; SCHNABELRAUCH; DEHAAN, 2012). Influenciam também positivamente na qualidade de vida dos adolescentes, com fortalecimento dos laços sociais, sendo importante para proteção, promoção e recuperação da saúde em situações de insegurança, angústia e superação de doenças (FARINHA *et al.*, 2018).

Em relação a quarta hipótese, evidenciou-se que esta pode ser parcialmente aceita, uma vez que a ansiedade, a depressão e autolesão foram mais frequentes nas meninas, os adolescentes que não trabalhavam tiveram pontuações maiores para a depressão e maior proporção de autolesão e aqueles que participavam de grupos religiosos tiveram maiores escores para a ansiedade

Mediante os resultados do presente estudo a quinta hipótese pode ser parcialmente aceita, uma vez que existe uma relação entre a ideação suicida, com maiores escores de depressão e com maior proporção de autolesão, no entanto, essa relação não foi encontrada nos escores de ansiedade.

Os adolescentes que se autolesionaram apresentaram maior proporção de ideação suicida do que aqueles que não praticavam a autolesão. Este dado está de acordo com a literatura, a autolesão aparece como um fator de risco preditor para o suicídio (EDMONDSON; BRENNAN; HOUSE, 2016; GEULAYOV *et al.*, 2019;

HAWTON *et al.*, 2015). O risco de suicídio, para aqueles que se autolesionam, é maior no primeiro ano após a autolesão (HAWTON *et al.*, 2015).

Edmondson; Brennan e House (2016) encontraram em sua revisão que cerca de 15,0% dos estudos relatavam que os participantes praticam a autolesão como forma de evitar o suicídio. O pensamento suicida era constante, mas praticar a autolesão era uma forma de lidar com a situação para não consumir o ato suicida.

Em relação a depressão, os adolescentes da presente pesquisa que relataram a ideação suicida apresentaram maiores escores quando comparados com os que não tinham ideação. Esse achado corrobora com a literatura, vários estudos têm demonstrado essa relação. Em uma pesquisa realizada com 1800 adolescentes em escolas da Malásia também encontraram uma associação entre depressão e ideação suicida (IBRAHIM *et al.*, 2017). Aliado a isso, destaca-se que a depressão pode levar a outros problemas psicológicos graves, como ideação suicida (RAZAK *et al.*, 2019).

Segundo a OMS (2017c) a depressão é a principal causa de mortes por suicídio e que chegam a quase 800.000 por ano. A depressão também aumenta o risco de suicídio (BRÅDVIK, 2018; THAPAR *et al.*, 2012) e mais da metade das vítimas adolescentes de suicídio apresentavam transtorno depressivo no momento da morte (HAWTON; VAN HEERINGEN, 2009).

A prevalência de comportamentos suicida é alta entre os adolescentes (SIMÕES; SANTOS; MARTINHO, 2019) e um sério problema de saúde pública, uma vez que é a segunda principal causa de morte entre jovens (OPAS, 2018). O comportamento suicida se refere a uma variedade de comportamentos, incluindo pensar em suicídio (ou ideação suicida), planejar o suicídio, tentar o suicídio e cometer suicídio (OMS, 2014b).

Observa-se um aumento na ocorrência de suicídio entre adolescentes o que pode gerar consequências negativas tanto para a família da vítima quanto para o seu círculo social. A taxa de ideação suicida entres os adolescentes no Brasil é alta o que pode estar relacionada a grande exposição aos fatores de risco que eles estão sujeitos (histórico de suicídio na família, alterações na saúde mental - depressão, exposição à violência, uso de álcool e outras droga e problemas familiares) (MOREIRA; BASTOS, 2015).

A OMS reconhece que a prevenção do suicídio como uma prioridade de saúde pública. Em 2014 foi lançado um relatório sobre o suicídio que teve como

objetivo conscientizar que o suicídio e as tentativas de suicídio são problemas sérios para a saúde pública e pretende-se fazer da prevenção uma alta prioridade na agenda global de saúde pública (OMS, 2014b). Orientam também a implementação de um sistema de vigilância de tentativas de suicídio e automutilação com o intuito de melhorar a qualidade dos dados podendo ajudar a orientar e priorizar intervenções e contribuir para implementação de estratégias eficazes para a prevenção do suicídio (OMS, 2016).

Nesta perspectiva, destaca-se que escola é um cenário propício para as ações de promoção da saúde mental e a prevenção dos fatores de risco para os problemas psicológicos dos adolescentes (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017). Sendo assim, a Terapia Comunitária Integrativa pode ser uma ferramenta relevante no contexto da saúde mental aos adolescentes, podendo auxiliar na regulação de suas emoções e ressignificação de seus sofrimentos.

Quanto à análise da efetividade da TCI com os adolescentes, evidenciou-se uma diminuição dos escores de ansiedade e depressão quando comparados às avaliações que foram realizadas pré e pós a prática da Terapia Comunitária Integrativa. Essa diminuição foi significativa tanto para a amostra geral quanto para aqueles adolescentes que tiveram escores acima do ponto de corte de 34 para a ansiedade e 17 para a depressão. Sendo assim, confirma-se a sexta hipótese, na qual os adolescentes apresentaram melhores resultados nos escores de ansiedade e depressão após participarem das rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

No entanto, quando realizado a análise por sexo houve uma diferença estatisticamente significativa na diminuição dos escores de ansiedade e depressão apenas nas meninas quando avaliado o total da amostra. Contudo, os meninos apresentaram uma redução na média dos escores quando comparados antes e após a intervenção, mas essa diferença não apresentou significância estatística.

Ao analisar os efeitos da TCI sobre a ansiedade e depressão para aqueles adolescentes que apresentaram pontuações acima do ponto de corte com a variável sexo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa somente nos sintomas de depressão para o sexo feminino.

Esses dados corroboram com outros estudos que abordaram diferentes populações e locais em relação à contribuição da TCI. A TCI também apresentou eficácia na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão após três (BRUM;

TEIXEIRA, 2020) e cinco (BOARETTO; SILVA; MARTINS, 2020) rodas quando realizada com universitários.

Em um estudo que avaliou a efetividade da TCI na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão em dependentes químicos do sexo masculino encontrou efeitos positivos da intervenção na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão após seis rodas de TCI (LEMES *et al.*, 2020). Destaca-se a necessidade de novos estudos mais robustos em relação às questões de gênero, a saúde mental e a contribuição da TCI.

Vários estudos com diferentes metodologias e amostras evidenciaram a importância da TCI para o cuidado em saúde mental. A TCI tornou-se uma prática integrativa complementar e mais um recurso a ser usado na Atenção Básica (REIS; GRANDESSO, 2014), sendo uma importante tecnologia de cuidado dentro do contexto da saúde mental (GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018), fortalecendo o empoderamento, o sentimento de pertencimento (MOURA *et al.*, 2017) e o poder resiliente (BRAGA *et al.*, 2013) atuando na prevenção do sofrimento emocional dos participantes (MOURÃO *et al.*, 2016). Portanto, a terapia comunitária acolhe os problemas e os sofrimentos emocionais e auxilia na sua ressignificação, estimula à participação, a fala, a construção de relações e um ambiente de confiança propício para criação de estratégias e de recursos para enfrentar as adversidades (DALLALANA, 2015).

Segundo Rocha *et al.*, (2013a) a TCI pode contribuir para a diminuição dos sofrimentos que trazem angústia, através dela é possível criar redes de apoio emocional, permitindo o fortalecimento de vínculos e da capacidade individual e grupal dos participantes para se adaptarem de forma positiva as diferentes mudanças, problemas e conflitos sendo uma importante estratégia de promoção à saúde mental e de cuidado. Destaca-se também como um método terapêutico, no qual ocorre a partilha de experiências, problemas, situações difíceis, dificuldades emocionais, vitórias e superações (GAETE; GOIS, 2020).

A TCI é uma prática que se destaca por fortalecer o modelo comunitário e essa característica é um ponto forte para a atenção psicossocial, através dela é possível estimular as redes sociais, uma vez que ela é implementada no território no qual as pessoas vivem ou passam grande parte do seu tempo (FERREIRA-FILHA; ROLANDO; BARRETO, 2015; MAY *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que a adolescência é uma fase em que as emoções estão afloradas e as habilidades de regulação emocional estão ainda em desenvolvimento. Essa dificuldade de regulação emocional dos adolescentes pode interferir negativamente no seu desenvolvimento psicossocial (TURPYN *et al.*, 2015), o que se evidenciou no presente estudo.

Nesse sentido, a TCI se destaca com uma estratégia de cuidado que pode servir de apoio emocional na fase da adolescência, fortalece o autoconhecimento, a autonomia e o amor próprio, que são características importantes para auxiliar nas suas escolhas e conquistas (MOURA *et al.*, 2012), o que coaduna com achados desta investigação.

Sabe-se que as estratégias focadas na aceitação emocional e no momento presente e que estimulam a reavaliação da situação estressora e a regulação das emoções são eficazes para os transtornos de humor e de ansiedade (HOFMANN *et al.*, 2012). Essas estratégias também são eficazes para indivíduos que se autolesionam diminuindo suas emoções negativas (BENTLEY; NOCK; BARLOW, 2014). Aqueles indivíduos com alta flexibilidade e com maiores diversidades de estratégias para regular suas emoções apresentam uma melhor qualidade de vida e um menor sofrimento emocional (CONROY *et al.*, 2019).

Complementa-se que a TCI vem ganhando espaço como política pública no Brasil. A sua metodologia acessível e participativa permite fortalecer os recursos pessoais e culturais – tais como autoconfiança, resgate da autoestima, autonomia, e criação de vínculos (ZEM IGESKI *et al.*, 2020), buscando promover uma reorganização das ideias e pensamentos, fortalecendo os seus recursos individuais para o enfrentamento de seus problemas (OLIVEIRA CEZÁRIO *et al.*, 2015).

A Terapia Comunitária Integrativa auxilia os adolescentes na criação de um ambiente propício para expressar suas emoções sem julgamentos (tristezas, angústias, raivas, alegrias e problemas nos seus relacionamentos), o que visa a promoção da saúde mental e a integralidade no cuidado (CAMAROTTI; SANTOS; MELO, 2012), atua também como uma estratégia de transformação de situações de risco (crises de identidade, baixa autoestima, violência, conflitos familiares, entre outros) e na promoção da saúde no âmbito escolar (CUNHA; OLIVEIRA, 2020).

As intervenções psicoemocionais dirigidas a adolescentes são eficazes na prevenção da depressão, do suicídio, da desesperança, na repetição de ideação e

de comportamentos suicida e na redução da autolesão (SIMÕES; SANTOS; MARTINHO, 2019).

Complementa-se que o enfermeiro é um profissional capaz de propor atividades que previnam as alterações na saúde mental, uma vez que, o mesmo consegue avaliar e identificar as necessidades e vulnerabilidades dos adolescentes (NUNES *et al.*, 2020; TOMÉ *et al.*, 2017). Além do que o enfermeiro é um dos profissionais capaz de agir como interlocutor entre a saúde e a educação (SILVA; REIS; GREINERT, 2016), a literatura tem referenciado que a área de formação dos pesquisadores com maior destaque nos estudos de intervenção da TCI foi a enfermagem (ZEM IGESKI *et al.*, 2020). Acredita-se que este fato esteja relacionado ao processo de formação deste profissional de saúde, uma vez que um dos pilares da formação é o olhar holístico e a integralidade no cuidado voltado não apenas as questões biomédicas, mas também para os aspectos psicoemocionais do viver humano.

Enfim, cabe ressaltar, que a assistência do enfermeiro direcionada aos adolescentes focam-se em ações de educação em saúde, atividades em grupos, terapias, buscando atividades que fortalecem o relacionamento interpessoal, além de atividades que envolvem a sua a família, seus pares e a escola (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

10 CONCLUSÃO

No que tange ao objetivo caracterizar os participantes da pesquisa em relação às variáveis sociodemográficas e educacionais, concluiu-se que:

- a) A maior parte dos adolescentes é do sexo feminino, com média de idade de 15 anos, solteiros, pertencentes às classes econômicas B2 e C1, matriculados no ensino médio e não exerciam atividade laboral;
- b) 60,7 % dos pais não vivem juntos, mas 73,5% reportaram que seus pais já viveram juntos e se separaram, 42,9% moravam com os pais;
- c) As religiões católicas e evangélicas foram as mais frequentes, a maioria dos adolescentes relataram praticar religião, não participar de grupos religiosos, acreditar em Deus e rezar ou orar frente a um problema.

Em relação ao objetivo específico, identificar a presença do comportamento autolesivo, sintomas de ansiedade e de depressão entre os adolescentes concluiu-se:

- a) 87,5% se autolesionaram no último ano, 76,8% apresentaram sintomas de ansiedade e 53,6% apresentaram sintomas de depressão.

Quanto ao objetivo, identificar se existe correlação entre a ansiedade e depressão, concluiu-se que:

- a) Existe uma correlação positiva entre as duas comorbidades, uma vez que a medida que um sintoma aumentava o outro também aumentava.

De acordo com o objetivo, verificar se existe associação entre o comportamento autolesivo com a ansiedade e depressão, concluiu-se que:

- a) Existe uma associação significativa com ambas, os adolescentes que se autolesionaram tiveram maiores escores tanto para a depressão quanto para a ansiedade.

No que se refere ao objetivo, avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas com a ansiedade, depressão e comportamento autolesivo entre os adolescentes concluiu-se que:

- a) A ansiedade, a depressão e a autolesão estão relacionadas com o sexo feminino, as meninas tiveram maiores escores de ansiedade e de depressão e maior frequência de comportamento autolesivo, além disso, apresentam maiores chances para desenvolverem tais comorbidades;
- b) A atividade laboral apresentou-se como um fator protetivo para a depressão e para o comportamento autolesivo. Os adolescentes que não trabalhavam apresentaram maiores chances para o desenvolvimento dessas comorbidades e maiores escores de depressão quando comparados com os escores dos adolescentes que trabalhavam;
- c) A participação em grupos religiosos não foi um fator protetivo para a ansiedade, os adolescentes que participavam de grupos ligados a religião tiveram média dos escores de ansiedade maiores quando comparados com os adolescentes que não participam de grupos.

No que diz respeito ao objetivo, verificar se existe relação entre a ideação suicida com a ansiedade, depressão e comportamento autolesivo, constatou-se:

- a) Uma relação com a depressão e com a autolesão, os adolescentes que relataram a ideação suicida apresentaram maiores escores de depressão e frequência de autolesão quando comparados com aqueles que não apresentavam pensamento suicida.

Por fim, quanto ao objetivo, comparar os efeitos da TCI nos escores de ansiedade e depressão antes e após a intervenção, pôde-se inferir que:

- a) A TCI foi uma intervenção efetiva na diminuição dos escores de depressão e de ansiedade após cinco intervenções, uma vez que houve uma redução significativa dos sintomas, principalmente no sexo feminino.

O estudo apresentou algumas limitações que precisam ser apontadas. Primeiramente, a TCI por ser uma prática relativamente recente, implementada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no ano de 2017, ainda é desconhecida pelos professores e funcionários da instituição de ensino, o que dificultou a disponibilização de um horário reservado para a condução da intervenção.

Observou-se também a falta de incentivo aos adolescentes para a participação nas rodas de TCI, muitas vezes deixavam de participar para o cumprimento das atividades escolares que eram propostas sem possibilidade de reposição.

Além disso, outra limitação a ser considerada, foi o fato de não ser possível avaliar o efeito da TCI em relação ao comportamento autolesivo, pois o instrumento FASM investiga a autolesão praticada no último ano e período de intervenção e avaliação usado neste estudo foi inferior.

Apesar das limitações apresentadas, o estudo ressalta a utilização da TCI como importante recurso interventivo e estratégia de cuidado para a promoção, prevenção e recuperação da saúde mental de adolescentes e um instrumento valioso para a prática da enfermagem, principalmente no contexto da ansiedade e depressão.

Sugere-se novas pesquisas e desenvolvimento de estudos com a TCI voltadas para os adolescentes nos diferentes contextos em que estão inseridos e com diferentes números de rodas para avaliar se a diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão depende do número de intervenções e se essa diminuição é progressiva e em relação as questões de gênero. A respeito da autolesão recomendam-se estudos que avaliem o efeito da TCI em relação a esse comportamento, uma vez que, é um problema significativo nos dias atuais e no contexto da saúde pública.

É válida a replicação dessa investigação com adolescentes, em que haja um grupo controle, para a comparação posterior com o grupo intervenção, em ensaios clínicos controlados e randomizados.

Os sintomas de ansiedade, depressão e a autolesão encontrados nesse estudo apresentaram altas prevalências, evidenciando que os participantes dessa pesquisa são bastante vulneráveis aos problemas de saúde mental, podendo interferir de forma negativa nas suas vidas.

Diante disso, é essencial a implementação de políticas públicas mais efetivas, que vão além das instituições de saúde, voltadas para a saúde mental de adolescentes no âmbito escolar que é um local onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo. São necessárias intervenções voltadas para a atenção psicossocial, promoção, prevenção de agravos e a recuperação da saúde mental dos adolescentes melhorando sua qualidade de vida e proporcionando um

desenvolvimento mais saudável. Acrescentam-se as políticas de incentivo a uma maior vinculação do enfermeiro nas instituições escolares atuando de maneira eficaz e conjunta com os educadores na gestão das questões psicoemocionais dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ABEP, A. B. DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**, 2016. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 3 jun. 2019.
- ADDAE, E. A. Socioeconomic and demographic determinants of familial social capital inequalities: a cross-sectional study of young people in sub-Saharan African context. **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 983, Jun. 2020. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09135-0>. Acesso em: 3 set. 2020.
- AGGARWAL, S. *et al.* Youth self-harm in low- and middle-income countries : Systematic review of the risk and protective factors. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 63, n. 4, p. 359–375, Mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28351292/>. Acesso em: 1 jul. 2020.
- ALMEIDA, R. S. *et al.* A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar / educacional. **Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, n. 3, p. 147–160, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/5322>. Acesso em: 1 jul. 2020.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, T. M. DE. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, jul./set. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010. Acesso em: 10 set. 2020.
- ATKINS, M. S. *et al.* Toward the integration of education and mental health in schools. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 37, n. 1–2, p. 40–47, Mar. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874625/>. Acesso em: 10 set. 2020.
- BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 359–366, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500004. Acesso em: 5 set. 2020.
- BANG, Y. R.; PARK, J. H.; KIM, S. H. Cut-off scores of the children's depression inventory for screening and rating severity in Korean adolescents. **Psychiatry Investigation**, v. 12, n. 1, p. 23–28, Jan. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310917/>. Acesso em: 3 ago.2020.
- BARBOSA, G. A.; BARBOSA, A. G. **Apontamentos em psicopatologia infantil**. 1. ed. João Pessoa: Idéia, 2001.

BARBOSA, G. A.; BARBOSA, A. G.; GOUVEIA, V. V. Transtorno de Ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. **Infanto- Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 1, n. 10, p. 34–47, 2002.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: LCR, 2008.

BARRETO, A. DE P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 5. ed. Fortaleza: LCR, 2019.

BARRETO, A. DE P.; LAZARTE, R. Uma introdução a terapia comunitária integrativa: conceitos, bases teóricas e método. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD, orgs. **Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa: UFBN, 2013.

BEHRENS, B. *et al.* The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Informant Discrepancy, Measurement Invariance, and Test–Retest Reliability. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 50, n. 3, p. 473–482, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7339086/>. acesso em: 2 fev.2020.

BENTLEY, K. H.; NOCK, M. K.; BARLOW, D. H. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. **Clinical Psychological Science**, v. 2, n. 5, p. 638–656, 2014. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2014-42460-010>. Acesso em: 1 jan. 2020.

BOARETTO, J. P.; SILVA, M. Z. DA; MARTINS, E. A. P. Ansiedade e depressão na universidade: contribuições da terapia comunitária integrativa. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. esp.1, p. 296–310, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14309>. Acesso em: 3 out. 2020

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7009/5608>. Acesso em: 3 out. 2020

BRÅDVIK, L. Suicide Risk and Mental Disorders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 9, p. 1–4, Sept. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165520/>. Acesso em: 2 set. 2020

BRAGA, L. A. V. *et al.* Terapia Comunitária e resiliência : história de mulheres. **Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 5, n. 1, p. 3453–71, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874/pdf_705. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, p. 1–15, 2017. Disponível

em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: abr.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> . Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf . Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf . Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9.ed.pdf . Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html#:~:text=Toda%20pesquisa%20com%20seres%20humanos,Sistema%20CEP%2FCONEP%20aos%20participantes. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 34. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 17 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à PNPIC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 25 out. 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2019.

BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 2, p. 208–214, 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-71032011000200010. Acesso em: 2 maio 2020.

BRUM, E. H. M. DE; TEIXEIRA, M. A. P. Adaptação acadêmica de alunos de psicologia ao ensino superior: proposta de intervenção e avaliação ACA. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 9, n. 14, p. 41–58, 2020. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1095>. Acesso em: 2 out. 2020.

CAMAROTTI, M. H.; SANTOS, P.; MELO, R. A Terapia Comunitária Integrativa aplicada aos jovens: parceria entre o MISMEC-DF e o programa jovem de expressão. **Temas em Educação e Saúde**, v. 8, p. 11–32, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9567>. Acesso em: 3 out. 2020.

CARRANO, P. C. R.; MARINHO, A. C.; OLIVEIRA, V. N. M. DE. Trajetórias truncadas, trabalho e futuro: Jovens fora de série na escola pública de ensino médio. **Educação e Pesquisa**, v. 41, n. especial, p. 1439–1454, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022015001001439&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 5 ago. 2020.

CARVALHO, C. B. *et al.* Biting myself so I don't bite the dust: Prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in azorean youths. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 3, p. 252–262, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000300010. Acesso em: 3 out. 2020.

CARVALHO, J. L. DA S.; NÓBREGA, M. DO P. S. DE S. N. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. 1–9, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400406&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 set. 2020.

CASPI, A. *et al.* The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? Avshalom. **Clinical Psychological Science** v. 2, n. 2, p. 119–137, Mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209412/pdf/nihms523372.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2020.

CHAPLA, A. L. *et al.* Correlação entre comportamentos de risco à saúde, ansiedade e depressão em adolescentes. **Caderno de educação física e esporte**, v. 14, n. 2, p. 29–36, 2016. Disponível em: <http://erevista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/view/16947>. Acesso em: 8 mar. 2020.

CID, M. F. B. *et al.* Saúde mental infantil e contexto escolar : as percepções dos educadores. **Pro-Posições**, v. 30, n. e20170093, p. 1–24, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100509

CISNEIROS, V. F. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação à Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v. 15, n. 4, p. 468–478, 2012. Acesso em: 8 mar. 2020.

CLARK, D. A.; BECK, A. . **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COATES, V.; BEZNOS, G.; FRANÇOZO, L. **Medicina do adolescente**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 577/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e lista as especialidades. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018_61172.html. Acesso em: 28 maio 2019.

COMER, J. S. *et al.* A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 26, n. 1, p. 40–49, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21917417/>. Acesso em: 12 maio 2019.

CONROY, K. *et al.* Emotion Regulation Flexibility in Generalized Anxiety Disorder. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 42, n. 1, p. 93–100, Dec. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337873335_Emotion_Regulation_Flexibility_in_Generalized_Anxiety_Disorder. Acesso em: 2 abr. 2020.

COUTINHO, M. DA P. DE L.; OLIVEIRA, M. X. DE; PEREIRA, D. R. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. **Avaliação Psicológica**, v. 13, p. 269–276, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a14.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

COUTINHO, M. E. M. *et al.* Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 1, p. 49–57, 2015. Disponível em: <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/131>. Acesso em: 10 set. 2020.

CUNHA, D. P. DA; OLIVEIRA, M. T. DE. Práticas integrativas de cuidado em saúde no contexto do ensino médio: a experiência da Terapia Comunitária Integrativa – TCI. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. esp.1, p. 311–326, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14311>. Acesso em: 30 set. 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DALLALANA, T. M. Terapia comunitária - do sofrimento difuso para a construção de significados: um modelo de acolhimento, aplicação e treinamento no campo da saúde mental. **Temas em Educação e Saúde**, v. 11, n. 0, p. 153–162, 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9174>. Acesso em: 30 set. 2020.

EDMONDSON, A. J.; BRENNAN, C. A.; HOUSE, A. O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. **Journal of Affective Disorders**, v. 191, p. 109–117, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26655120/>. Acesso em: 10 set. 2020.

ERSE, M. P. Q. DE A. *et al.* Depressão em adolescentes em meio escolar : Projeto + Contigo. **Revista de Enfermagem Referência**, n.9, p. 37-45, abr./jun.2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15026>. Acesso em: 19 out. 2020.

ESSWEIN, G. C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma revisão integrativa da literatura Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, jan. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-em-saude-mental-infantil-no-contexto-da-atencao-basica-do-sistema-unico-de-saude-sus-uma-revisao-integrativa-da-literatura-brasileira/17496?id=17496>. Acesso em: 19 ago. 2020.

FARINHA, F. T. *et al.* Correlação entre espiritualidade , religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 567–573, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422018000400567&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2020.

FELICIANO, M. D. C.; MORETTI, L. H. T. Depressão , suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental. **O portal dos Psicólogos**, p. 1–33, 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

FELIPE, A. O. B. *et al.* Atividade laboral de adolescentes e associação com consumo de drogas, saúde mental e problemas enfrentados. **Advances in Nursing and Health**, v. 1, p. 52–66, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341694485_Atividade_laboral_de_adolescentes_e_associacao_com_consumo_de_drogas_saude_mental_e_problemas_enfrentados. Acesso em: 2 set. 2020.

FERREIRA-FILHA, M. DE O.; ROLANDO, L.; BARRETO, A. DE P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 172–173, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37270>. Acesso em: 3 fev. 2020.

FIGUEIREDO, V. C. *et al.* ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/erica-prevalencia-de-tabagismo-em-adolescentes-brasileiros/>. Acesso em: 3 out. 2020.

FILHO, O. C. DA S.; SILVA, M. P. DA. Transtornos de ansiedade em adolescentes: Considerações para a pediatria e hebiatria. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. supl. 3, p. 31–41, out. 2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=413. Acesso em: 2 jan. 2020.

FLIEGE, H. *et al.* Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior : A systematic review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 66, n. 6, p. 477–493, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19446707/>. Acesso em: 2 jan. 2020.

FONSECA, P. H. N. DA *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 3, p. 246–258, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017. Acesso em: 2 jan. 2020.

FORTES, I.; MACEDO, M. M. K. Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, v. 20, n. 38, p. 353–367, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-963566>. Acesso em: 30 jan. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRODL, T. *et al.* Childhood stress, serotonin transporter Gene and Brain structures in major depression. **Neuropsychopharmacology**, v. 35, n. 6, p. 1383–1390, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20147891/>. Acesso em: 2 fev.2020.

GAETE, A. E. G.; GOIS, M. J. S. DE M. DE. A terapia comunitária integrativa na abordagem da saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. esp.1, p. 483–497, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14314>. Acesso em: 10 out. 2020.

GARCIA, B. N.; TAVARES, A. V. M. T.; ASSUNÇÃO, M. F. Terapia comunitária integrativa em saúde mental: por uma atenção dialógica, por um cuidado extramuros. **Revista de Psicologia**, v. 37, n. 2, p. 183–188, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/32944>. Acesso em: 10 out. 2020.

GEULAYOV, G. *et al.* Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 12, p. 1021–1030, Dec. 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30402-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30402-X/fulltext) Acesso em: 10 out. 2020.

GIUSTI, J. S. **Automutilação : características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>. Acesso em: 20 abr.2019.

GLENN, C. R.; KLONSKY, E. D. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. **Personality and Individual Differences**, v. 46, n. 1, p. 25–29, Jan. 2009. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886908003097>. Acesso em: 20 abr.2019.

GOMES, L. B. *et al.* As Origens do Pensamento Sistêmico : Das Partes para o Todo. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 2, p. 3–16, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002. Acesso em: 10 abr. 2019.

GOMEZ, R.; VANCE, A. Children's Depression Inventory: Testing Measurement Invariance for the Hierarchical Factor Model Across Children and Adolescents in a Clinic-Referred Sample. **Journal of Childhood & Developmental Disorders**, v. 2, n. 3, p. 1–8, 8 Aug. 2016. Disponível em: <https://childhood-developmental-disorders.imedpub.com/childrens-depression-inventory-testing-measurement-invariance-for-the-hierarchical-factor-model-across-children-and-adolescents-in.php?aid=10065>. Acesso em: 15 maio 2020.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Inventario de depressão infantil-CDI: estudo de adaptação com escolares de Joao Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.44, n.7, p. 345–349, 1995. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa. Acesso em: 2 abr.2019.

GROLLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 87, jan./jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100007. Acesso em: 2 abr.2019.

GULBAS, L. E. *et al.* An exploratory study of nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in adolescent latinas. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 85, n. 4, p. 302–314, 8 jun. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26052816/>. Acesso em: 2 abr. 2019.

HARRO, J.; KIIVE, E. Droplets of black bile? Development of vulnerability and resilience to depression in young age. **Psychoneuroendocrinology**, v. 36, n. 3, p. 380–392, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20206449/>. Acesso em: 2 abr. 2019.

HAWTON, K. *et al.* Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 3, p. 821–830, Dec. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24091302/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

HAWTON, K. *et al.* Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 175, p. 147–151, 8 Jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25617686>. Acesso em: 10 jul. 2019.

HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. Suicide. **The Lancet**. Elsevier, 18 Apr. 2009.

Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S014067360960372X/fulltext>. Acesso em: 24 ago. 2020

HOFMANN, S. G. *et al.* Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. **Depression and Anxiety**, v. 29, n. 5, p. 409–416, 16 Mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22430982/>. Acesso em: 24 ago. 2020

IBGE. **Censo - Trabalho Infantil**. [S.l.]: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23226>. Acesso em: 4 ago. 2020.

IBGE. Novos arranjos familiares. **Retratos - A Revista do IBGE**, n. 6, p. 16–19, dez. 2017. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/3ee63778c4cfdcbbe4684937273d15e2.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

IBGE. **Cidades e Estados**. [S.l.]: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/alfenas.html>. Acesso em: 4 mar. 2019.

IBRAHIM, N. *et al.* Prevalence and predictors of depression and suicidal ideation among adolescents attending government secondary schools in Malaysia. **Medical Journal of Malaysia**, v. 72, n. 4, p. 221–227, Aug. 2017. Disponível em: <http://www.e-mjm.org/2017/v72n4/depression-and-suicidal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **Revista de Ciências da Religião**, v. 35, n. 2, p. 127–30, 2017. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/caminhos/article/view/6939>. Acesso em: 10 out. 2020.

IZADI-MAZIDI, M. *et al.* Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Factor analysis of functional assessment of self-mutilation among adolescents. **Iranian Journal of Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 184–191, Jul. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6778602/>. Acesso em: 10 out. 2020.

JAHN, G. M.; DELL'AGLIO, D. D. A Religiosidade em Adolescentes Brasileiros. **Revista Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 38–54, 2017. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1541>. Acesso em: 10 out. 2020.

JATAI, JOSÉ M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família : relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 691–695, jul./ago, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400021&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2020.

JOEL, D. *et al.* Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 112, n. 50, p. 15468–15473, 15 Dec. 2015. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/112/50/15468>. Acesso em: 10 fev. 2020.

JUNIOR, F. B. A.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

KIEKENS, G. *et al.* The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. **Journal of Affective Disorders**, v. 239, p. 171–179, 30 Jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30014957/>. Acesso em: 5 out. 2020.

KIM, S.; ESQUIVEL, G. B. Adolescent spirituality and resilience: theory, research, and educational practices. **Psychology in the Schools**, v. 48, n. 7, p. 755–765, 15 Jun. 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pits.20582>. Acesso em: 5 out. 2020.

KING, M. *et al.* Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. **British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 68–73, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bjp.12136>. Acesso em: 10 out. 2020.

KENT, B. V. *et al.* Private religion/spirituality, self-rated health, and mental health among US South Asians. **Quality of Life Research**, v. 29, n. 2, p. 495–504, Feb. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31650305/>. Acesso em: 10 out. 2020

KOPPER, M.; DAMO, A. S. A emergência e evanescência da nova classe média brasileira. **Horizontes Antropológicos**, v. 24, n. 50, p. 335–376, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832018000100335&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2020.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003.

LEME, V. B. R.; PRETTE, Z. A. P. P.; COIMBRA, S. Social skills, social support and well-being in adolescents of different family configurations. **Paideia**, v. 25, n. 60, p. 9–17, jan./abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2015000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 28 out. 2020.

LEMES, A. G. *et al.* Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. 1–8, 9 Abr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300208. Acesso em: 28 out. 2020.

LÉPINE, J. P.; BRILEY, M. The increasing burden of depression. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 7, p. 3–7, 31 May. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/>. Acesso em: 28 out. 2020.

LIU, R. T. Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 80, p.

159–165, Sept. 2017. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763417301483>. Acesso em:
 15 out. 2020.

LLOYD, E. E. **Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents**. 1997.116f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Louisiana State University, Louisiana, 1997. Disponível em:
https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=7545&context=gradschool_disstheses. Acesso em: 25 abr.2019.

LUTTERBACH, M. G. C. **A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial**. 2017.116f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Nova Friburgo-RJ, 2017. Disponível em: [https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4283/1/Marise Gama Correa Lutterbach.pdf](https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4283/1/Marise%20Gama%20Correa%20Lutterbach.pdf). Acesso em: 20 abr.2019.

MACÍAS, E. F. S.; MENDOZA, I. X. F.; CAMARGO, Y. S. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. **Pensamiento Psicológico**, v. 15, n. 1, p. 51–61, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612017000100004&script=sci_abstract&lng=e. Acesso em: 20 abr.2019.

MADASU, S. *et al.* Prevalence and determinants of anxiety disorders among adolescents in a rural community from northern India. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 33, p. 137–142, June 2019. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201818308797>. Acesso em: 20 out. 2020.

MALINAKOVA, K. *et al.* “I am spiritual, but not religious”: Does one without the other protect against adolescent health-risk behaviour? **International Journal of Public Health**, v. 64, n. 1, p. 115–124, 29 May 2019. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-018-1116-4> Acesso em: 20 out. 2020.

MARS, B. *et al.* Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. **BMJ (Online)**, v. 349, n. g5954, p. 1–13, Oct. 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5954>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MAY, R. G. V. DE *et al.* Impacto de las ruedas vinculantes en el contexto universitario y comunitario. **Temas em Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 335–347, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6461361>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MILLER, K. A. *et al.* Supporting long-term follow-up of young adult survivors of childhood cancer : Correlates of healthcare self-efficacy. **Pediatric Blood Cancer**, v. 64, n. 2, p. 358–363, 2017. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27567026/>. Acesso em: 20 set. 2020.

MIOT, H.A. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**. v.17, n.4, p. 275-279. out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jvb/v17n4/1677-5449-jvb-1677-5449174118.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MONTO, M. A.; MCREE, N.; DERYCK, F. S. Nonsuicidal self-Injury among a representative sample of US adolescents, 2015. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 8, p. 1042–1048, Aug. 2018. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2018.304470>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MOREIRA, L. C. DE O.; BASTOS, P. R. H. DE O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445–453, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572015000300445&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 abr. 2020.

MOURA, S. G. DE *et al.* A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 1, p. 329–338, 2012. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/529>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MOURA, S. G. DE *et al.* Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e55067, 29 jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200401&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

MOURÃO, L. F. *et al.* Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **Sanare**, v. 15, n. 2, p. 129–135, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MUKAKA, M. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal**, v. 24, n. 3, p. 69–71, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>. Acesso em: 2 abr. 2020.

NANDA, I. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, n. 5, p. 885–890, Oct. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15482046/>. Acesso em: 2 abr. 2020.

NUNES, B. P. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 420–411, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00411.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

NUNES, C. K. *et al.* Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. e20180432, p. 1–9, 17 Out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100442&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 abr. 2020.

NUNES, C. K. *et al.* Cuidado intersetorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde. **Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 12, p. 233–238, dez./ jan 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048000>. Acesso em: 2 set. 2020.

OLIVEIRA CEZÁRIO, P. F. *et al.* Integrative Community Therapy and its benefits for primary care: an integrative review. **International Archives of Medicine**, v. 8, n. 267, p. 1–9, 2015. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1422>. Acesso em: 2 set. 2020.

OLIVEIRA, M. DE *et al.* A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental : o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964–970, 2009. Disponível em: http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v11/n4/v11n4a22.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

OLIVEIRA, S. M. DE *et al.* Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 7, n. 4, p. 712–724, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20299>. Acesso em: 10 set. 2020.

OLIVEIRA, U. R. J. A controvérsia da nova classe média brasileira. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 3, n. 2, p. 7–20, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1307>. Acesso em: 15 fev. 2020.

OMS. **Mental Health and Work: Issues and Perspectives Mental Health and Work**, 2000. Disponível em: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/mental_health_work.pdf#page=278.. Acesso em: 2 jun. 2019.

OMS. **Adolescent mental health - Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations**. Geneva, 2012a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44875>. Acesso em: 2 jun. 2019.

OMS. **Depression. A Global Public Health Concern**. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012b. Disponível em: http://who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

OMS. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência**, 2014a. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2014. Disponível em:

<http://www.deakin.edu.au/hmnbs/who-obesity/research/projects.php>. Acesso em: 12 maio.2019.

OMS. **Prevención del suicidio: Un imperativo global**, 2014b. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/. Acesso em: 12 maio.2019.

OMS. **Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm**, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf;jsessionid=5A3D7C8C2A3C5F61C4E9F326033BA2BE?sequence=1. Acesso em: 2 jun. 2019.

OMS. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents. Guidance to Support Country Implementation Global**, 2017a. Disponível em: www.who.int/life-course. Acesso em: 22 maio. 2019.

OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**, 2017b. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 2 maio. 2020.

OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. p. 24, 2017c. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 2 jun. 2019.

OPAS. **Saúde Mental dos adolescentes**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839%3E. Acesso em: 13 fev. 2020.

ORAM, S.; KHALIFEH, H.; HOWARD, L. M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 159–170, 1 Feb. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)30261-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)30261-9.pdf). Acesso em: 13 fev. 2020.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 2, p. e00154319, 31 jan. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000205001&script=sci_arttext. Acesso em: 13 out. 2020.

OTTO, S. C.; SANTOS, K. A. DOS. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas : o caráter epidêmico da autolesão. **Psicologia Revista**, v. 25, n. 2, p. 265–288, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24537>. Acesso em: 2 fev. 2020.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. **British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 3, p. 193–199, Sept. 2002. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12204922/>. Acesso em: 2 fev. 2020.

OZONO, S. *et al.* Reliability and validity of the Children's Depression Inventory–Japanese version. **Pediatrics International**, v. 61, n. 11, p. 1159–1167, 25 July 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ped.13984>. Acesso em: 2 fev. 2020.

PAIVA, V.; ANTUNES, M. C.; SANCHEZ, M. N. The right to aids prevention in times of policy reversals: Religiosity and sexuality in brazilian schools. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 24, p. 1–17, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832020000100401&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 2 out. 2020.

PATIAS, N. D.; HEINE, J. A.; DELL'AGLIO, D. D. Bem-estar subjetivo, violência e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 4, p. 468–477, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n4/11.pdf>. Acesso em: 2 out. 2020.

PEREIRA, E.; SALES, M. M. Os sentidos do trabalho protegido para os jovens em situação de vulnerabilidade social. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 1, n. 2, p. 111–130, 1 dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/13614>. Acesso em: 2 out. 2020.

PESTANA, L. *et al.* Repercussões das atividades domésticas e de Lazer no rendimento escolar dos adolescentes. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n. N°2, p. 347–358, 2016. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/581/0>. Acesso em: 2 out. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, DENISE F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PORTUGAL, A. P. M.; ALBERTO, I. M. M. Caracterização da comunicação entre progenitores e filhos adolescentes: Estudo das variáveis sociodemográficas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1389–1400, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000501389&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 out. 2020.

PURPER-OUAKIL, D.; MICHEL, G.; MOUREN-SIMÉONI, M.-C. La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. **L'ENCÉPHALE**, v. 28, n. 3, p. 234–240, 2002.

QUARSHIE, E. N. B.; WATERMAN, M. G.; HOUSE, A. O. Self-harm with suicidal and non-suicidal intent in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 234, n. 20, p. 1–26, 14 May 2020. Disponível em:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02587-z>. Acesso em: 25 out. 2020.

RAPHAELLI, C. DE O. *et al.* Estudo transversal sobre trabalho e comportamentos de risco à saúde entre escolares de zona rural do Rio Grande do Sul, 2010.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 3, p. 1–11, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000300304&script=sci_arttext. Acesso em: 15 set. 2020.

RAUPP, C. S.; MARIN, A. H.; MOSMANN, C. P. Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 2, p. 209–308, 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652018000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2020.

RAUSCHER, K.; RUNYAN, C. Adolescent occupational fatalities in north carolina (1990-2008): An investigation of child labor and osha violations and enforcement.

New Solutions, v. 22, n. 4, p. 473–488, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/NS.22.4.f>. Acesso em: 2 mar. 2020.

RAZAK, M. A. A. *et al.* Being Bullied Is Associated With Depression Among Malaysian Adolescents: Findings From a Cross-Sectional Study in Malaysia. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 31, n. 8, p. 30S-37S, 12 Aug. 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1010539519867796>. Acesso em: 2 mar. 2020.

REIS, T. G. DOS; OLIVEIRA, C. M. L. DE. Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 13–24, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2015000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 mar. 2020.

REIS, M. L. DE A.; GRANDESSO, M. O significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa na vida dos terapeutas comunitários. **Temas em Educação e Saúde**, v. 10, p. 89–116, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9617>. Acesso em: 20 set. 2020.

RESENDE, C. *et al.* Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? **Revista de pediatria do centro hospitalar do Porto**, v. XXII, n. 3, p. 145–150, set. 2013.

Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003. Acesso em: 15 fev. 2020.

REW, L.; WONG, Y. J. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. **Journal of Adolescent Health**, v. 38, n. 4, p. 433–442, Apr. 2006. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16549305/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

RIBEIRO, I. B. DA S. *et al.* Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 4, p. 1–9, 13 jan. 2020.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102020000100202&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2020.

RIBEIRO, L. S.; RODRIGUES, Q. P.; ARAÚJO, T. C. Perfil de utilização das práticas integrativas e complementares no Brasil – um estudo de base populacional.

Cientefico, v. 19, n. 40, p. 1–16, 2019. Disponível em:

<https://cientefico.emnuvens.com.br/cientefico/article/view/673>. Acesso em: 3 out. 2020.

ROCHA, I. A. DA *et al.* Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista**

Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 2, p. 155–162, set. 2013a. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020. Acesso em: 3 out. 2020..

ROCHA, T. B. M. *et al.* Mood disorders in childhood and adolescence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. suppl 1, p. S22–S31, 2013b. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000500004&script=sci_abstract)

[44462013000500004&script=sci_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000500004&script=sci_abstract). Acesso em: 3 out. 2020.

RODRIGUES-PALUCCI, C. M.; LOUREIRO, S. R. Indicators of problems evaluated by parents and children stratified by birth weight crianças estratificadas pelo peso ao nascer. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 1, p. 107–118, jan./mar. 2017. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000100107. Acesso em: 3 out. 2020.

ROSSO, I. M. *et al.* Amygdala and hippocampus volumes in pediatric major

depression. **Biological Psychiatry**, v. 57, n. 1, p. 21–26, 1 jan. 2005. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322304011072?via%3Dihub>. Acesso em: 10 fev. 2020.

RUDOLPH, K. D. **Adolescent depression**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2009.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, A. G. DOS; MONTEIRO, C. F. DE S. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, v. 26, n. e3099, p. 1–12, 29 nov. 2018. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100385&script=sci_arttext&tlng=pt)

[11692018000100385&script=sci_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100385&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 10 fev. 2020.

SARCHIAPONE, M. *et al.* Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. **Sleep Medicine**, v. 15, n. 2, p. 248–254, Feb. 2014. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945713020248?via%3Dihub>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SCALON, C.; SALATA, A. Uma nova classe média no Brasil da última década? O debate a partir da perspectiva sociológica. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, p. 387–407, maio./ago. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200009. Acesso em: 10 fev. 2020.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S. DE; BARROS, M. B. DE A. Common mental disorders in adult women: Identifying the most vulnerable segments. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000802543&script=sci_abstract. Acesso em: 10 fev. 2020.

SHEGG, K. Self-harm. **The Lancet**, v. 366, n. 9495, p. 1471–1483, 2005.

SIMÕES, R. M. P.; SANTOS, J. C. P.; MARTINHO, J. Eficácia das intervenções psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário: revisão integrativa da literatura. **Journal of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência)**, v. Série IV, n. 20, p. 139–148, jan./fev./mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn20/serIVn20a15.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SHOMAN, A. E.; MOSTAFA, N. S.; MUSSLEM, A. A. Nutritional status and parasitic infestation among working children in a village in Egypt: A comparative study. **Journal of the Egyptian Public Health Association**, v. 90, n. 2, p. 80–84, 1 jun. 2015.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 18, n. 18, p. 67–76, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300010. Acesso em: 10 fev. 2020.

SILVA, A. C. L. *et al.* Integrative therapies and additional : reflections on the acceptance and applicability praxis in nursing. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 1, n. 3, p. 230–233, Sept./Dec. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/782>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SILVA, A. L. DA; REIS, E. C. DOS; GREINERT, B. R. M. Atuação do enfermeiro na promoção da saúde escolar. *In*: II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde, 2016, Santa Cruz do Sul. **Anais [...]**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/CBIPS/article/view/16087/3974>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOARES, F. C. *et al.* Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 475–480, Setp./Oct. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000500475. Acesso em: 28 out. 2020.

SOKRATIS, S. *et al.* Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: A cross-sectional descriptive correlational study. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 11, n. 1, p. 1–11, 2 Feb. 2017. Disponível em: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0145-8>. Acesso em: 28 out. 2020.

SUN, S.; WANG, S. The Children's Depression Inventory in Worldwide Child Development Research: A Reliability Generalization Study. **Journal of Child and Family Studies**, v. 24, n. 8, p. 2352–2363, 2015. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2014-37146-001>. Acesso em: 28 out. 2020.

SWANNELL, S. V. *et al.* Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 44, n. 3, p. 273–303, 1 jun. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24422986/>. Acesso em: 28 out. 2020.

TABOADA, N. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 3, p. 104–113, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012. Acesso em: 2 fev.2020.

TARDIVO, L. S. DE L. P. C. *et al.* Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 157 - 169, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a02v39n97.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. DE. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787–796, dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600006. Acesso em: 2 ago. 2020

TAYLOR, P. J. *et al.* Journal of Affective Disorders Review article A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 759–769, Feb. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717315227>. Acesso em: 2 ago. 2020

TEIXEIRA, L. A. *et al.* Necessidades De Saúde Mental De Adolescentes E Os Cuidados De Enfermagem : Revisão Integrativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, p. 1–15, 13 mar. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100505&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avancados**, v. 30, n. 86, jan./abr. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099. Acesso em: 2 ago. 2020

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336–350, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020

THAPAR, A. *et al.* Depression in adolescence. **The Lancet**, v. 379, p. 1056–1067, Mar. 2012.

THIENGO, P. C. D. S. *et al.* Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>. Acesso em: 20 set. 2020

TOMÉ, G. *et al.* Promoção da saúde mental nas escolas - Projeto ES'COOL. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 8, n. 1, p. 173–184, 2017. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/38430/1/ES_COOL.pdf. Acesso em: 20 set. 2020

TOWNSEND, E. Self-harm in young people. **Evidence-Based Mental Health**, v. 17, n. 4, p. 97–99, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101840>. Acesso em: 20 set. 2020

TOWNSEND, E. *et al.* Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS). **Journal of Affective Disorders**, v. 206, p. 161–168, Dec. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.004>. Acesso em: 20 set. 2020

TURPYN, C. C. *et al.* A Person-Centered approach to adolescent emotion regulation: associations with psychopathology and parenting. **Physiology & behavior**, v. 136, n. 1–16, p. 1–26, Aug. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4424138/>. Acesso em: 20 set. 2020

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Office of Adolescent Health, Adolescent Development Explained, Washington, D.C: U, S. Government Printing Office**, 2018. Disponível em: www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/explained/. Acesso 10 out. 2020.

VALADARES, S. F. V. D. S. **Fatores psicossociais associados a Comportamentos autolesivos e a ideação suicida em adolescentes**. 2018. 63f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)- Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva- Comportamental e Integrativa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37929/1/ulfpie053320_tm.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

WASSERMAN, D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in Young europeans on the basis of the results from the eu-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. **Psychiatria Polska**, v. 50, n. 6, p. 1093–1107, 2016. Disponível em: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2016/1093Wasserman_Psych

iatrPol2016v50i6.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix, 1967.

WEISSMAN, D. G. *et al.* Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. **Anxiety and Depression**, v. 37, n. 9, p. 916–925, May. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.23062>. Acesso em: 10 set. 2020.

WHITLOCK, J.; ECKENRODE, J.; SILVERMAN, D. Self-injurious behaviors in a college population. **Pediatrics**, v. 117, n. 6, p. 1939–1948, June 2006. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/1939.long>. Acesso em: 10 set. 2020.

WIENS, K. *et al.* A growing need for youth mental health services in Canada: Examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, n. e115, p. 1–9, 17 Apr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S204579602000028>. Acesso em: 10 set. 2020.

YONKER, J. E.; SCHNABELRAUCH, C. A.; DEHAAN, L. G. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults : A meta-analytic review. **Journal of Adolescence**, v. 35, n. 2, p. 299–314, Apr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.08.010>. Acesso em: 10 set. 2020.

ZEM IGESKI, T. P. *et al.* Análise da efetividade da terapia comunitária integrativa na saúde biopsicossocial de diferentes populações: uma revisão integrativa. **Temas em Educ. e Saúde**, v. 16, n. esp.1, p. 271–285, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.13737>. Acesso em: 10 out. 2020.

ZETTERQVIST, M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 9, n. 31, p. 1–13, 28 Sept. 2015. Disponível em: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0062-7>. Acesso em: 10 out. 2020.

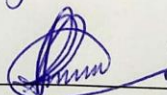
ZIDKOVA, R. *et al.* Spirituality, religious attendance and health complaints in czech adolescents. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, p. 1–9, 30 Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072339>. Acesso em: 10 out. 2020.

APÊNDICE A – Termo de Anuência Institucional**APÊNDICES****APENDICE A - Termo de Anuência Institucional (TAI)**

Eu, Alexandre Flausino da Silva, diretor da escola Estadual Judith Vianna na cidade de Alfenas estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada, **EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ADOLESCENTES** pela aluna pesquisadora Mariane Inaraí Alves sob orientação do Prof. Dr. Denis da Silva Moreira e Coorientação da Profa. Dra. Adriana Olímpia Barbosa Felipe

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo, e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Alfenas, 05 de Julho de 2019



Alexandre Flausino da Silva
DIRETOR
MASP 389330-2

Assinatura da direção da escola

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Seu filho (a) ou o menor sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – **“EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ADOLESCENTES”**.

A participação dele não é obrigatória, e, a qualquer momento, ele poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e participação.

TÍTULO DA PESQUISA: EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) SOBRE OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ADOLESCENTES.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mariane Inaraí Alves

PESQUISADORA ORIENTADOR: Prof. Dr. Denis da Silva Moreira

ENDEREÇO: Av. Jovino Fernandes Sales, 2600. Bairro Santa Clara - Alfenas/MG

TELEFONE: (35) 3701 1994

OBJETIVOS: Avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre os sintomas de depressão e ansiedade em adolescentes, caracterizar os participantes da pesquisa em relação às características sociodemográficas; identificar a presença de sintomas de depressão, ansiedade e de comportamento autolesivo entre os adolescentes; verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, com as medidas de ansiedade, depressão e de comportamento autolesivo entre os adolescentes e comparar os escores dos níveis de ansiedade, depressão antes e após intervenção. Para descobrir se a terapia tem efeito temos que testá-la.

JUSTIFICATIVA: Este trabalho pode contribuir com evidências científicas que possam promover o conhecimento a respeito da TCI como uma ferramenta de intervenção, prevenção do sofrimento emocional dos adolescentes e rede de apoio psicossocial.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Após a sua autorização e de seu filho ou adolescente sob sua responsabilidade, ele terá que responder a 5 questionários. Os instrumentos de coletas de dados (auto aplicáveis) serão coletados em 2 momentos:

- 1) A primeira coleta será realizada antes da intervenção por meio da aplicação do Questionário de caracterização dos participantes e Questionário de classificação econômica, a Escala de comportamento de autolesão (FASM) , Inventário de depressão Infantil (CDI) e o Questionário para triagem de ansiedade (SCARED) (pré-teste).

- 2) No segundo momento após a realização de 5 rodas de TCI;

- 3) No terceiro momento após a última sessão de intervenção da TCI, será aplicado novamente os instrumentos CDI e SCARED (pós teste).

Se seu filho ou adolescente sob sua responsabilidade for selecionado para participar do estudo ele será encaminhado para participar da Terapia Comunitária Integrativa. Serão realizadas 10 sessões de TCI com duração de 1 hora e meia.

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa será desenvolvida de acordo com as seguintes fases preconizadas por Barreto (2008):

- 1- Acolhimento - No Acolhimento o terapeuta comunitário vai dar boas-vindas ao grupo, pedir para que eles se apresentem, colocar os participantes à vontade e confortáveis e pedir para sentar em círculo. Uma música poderá ser cantada para deixar o clima leve entre os participantes. Nesse momento será apresentado uma síntese do que é a Terapia Comunitária Integrativa e será explicado sobre as regras da terapia.

- 2- Escolha do tema - Na Escolha do Tema a fala ficará aberta para os participantes falarem de seus sofrimentos, angústia, tristeza vivenciada na própria vida. Após a exposição dos problemas, serão identificados os temas e o grupo vai votar para a escolha do tema daquela roda e justificar o porquê da escolha.

- 3- Contextualização – Nesta fase a pessoa cujo tema foi escolhido irá falar sobre o problema ou situação apresentada. Quando ela descrever a situação, será aberto para todos fazer perguntas para esclarecer e entender melhor a questão. Então o terapeuta deverá extrair dos depoimentos da pessoa escolhida uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo – o mote.

- 4- Problematização – Na fase de Problematização o mote é conduzido para o grupo. Nessa fase, o grupo se colocará atendendo à solicitação do mote, sempre falando de sua própria experiência, se viveu algo parecido e como fez para superar.

5- Encerramento - No Encerramento o terapeuta fará rituais de agregação e conotações positivas, ressaltando o lado positivo, permitindo que o grupo possa refletir, aprender e se prevenir e também reforçando a autoestima. Será aberto um espaço para os participantes falarem sobre o que aprenderam e estão levando do momento partilhado durante a roda. A sessão da TCI terminará com os agradecimentos dos terapeutas e com convite para os próximos encontros.

RISCOS, DESCONFORTOS E MEDIDAS: Ressaltamos que a participação do seu filho (a) oferece risco baixo, ou seja, ele poderá sentir algum tipo de desconforto, relacionado as perguntas do questionário ou durante as sessões da terapia, sendo que a qualquer momento pode retirar o seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas de tais riscos prevê-se: abordagem cautelosa a participante considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro durante a avaliação. Como medidas minimizadoras dos riscos serão garantidos o anonimato e sigilo em relação às respostas. Se o mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras as participantes apresentarem algum tipo de desconforto/constrangimento as mesmas serão lembradas da possibilidade de retirarem o consentimento prévio e será amparada pela equipe executora, que poderá prestar suporte emocional e/ou avaliar a necessidade de encaminhamento ao serviços da rede municipal de saúde

O instrumento de coleta de dados e a terapia será aplicada em local reservado de acordo com a disponibilidade da participante e em nenhum momento da pesquisa seus nomes serão divulgados.

BENEFÍCIOS: A participação nas sessões de TCI poderá auxiliar no desenvolvimento de habilidades psicossociais e na superação dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, a pesquisa poderá ajudar os professores e profissionais de saúde na implementação da TCI para ajudar os adolescentes nessa fase.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com a participação de seu filho e/ ou adolescente sob sua responsabilidade e ele também não receberá nenhum pagamento com a participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Você tem assegurado que todas as informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo, não serão divulgados os nomes dos participantes da

pesquisa. Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional.

CONTATO - Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar agora ou depois fazer as perguntas. Eu escrevi um número de telefone e endereço onde você pode nos localizar ou, se você estiver por perto, você poderá vir e nos ver. Se você quiser falar com outra pessoa tal como o professor do seu filho ou médico ou algum parente, não tem problema.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mariane Inaraí Alves

PESQUISADOR ORIENTADOR: Prof. Dr. Denis da Silva Moreira

ENDEREÇO: Av. Jovino Fernandes Sales, 2600. Bairro Santa Clara - Alfenas/MG

TELEFONE: (35) 3701-1994

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora – Mariane Inaraí Alves – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu relacionamento com a instituição de ensino. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: Alfenas, _____, 20__

(Nome por extenso) (Assinatura)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: assinatura de 2 testemunhas não ligadas ao pesquisador

APÊNDICE C - Termo de Assentimento

(Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Assentimento informado para adolescentes matriculados na Escola Estadual Judith Vianna com idade entre 12 e 17 anos e que estamos convidando para participar da pesquisa **“EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ADOLESCENTES”**

Nome do adolescente _____

INTRODUÇÃO

Meu nome é Mariane Inaraí Alves estou cursando o mestrado em enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas e o meu trabalho é pesquisar a ação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Com a Terapia podemos ajudar você na diminuição da ansiedade e sintomas depressivos. Queremos saber se essa terapia faz com que os sinais de ansiedade e depressão diminuam e achamos que essa pesquisa pode nos ajudar a confirmar isso. Você pode escolher participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e ele sabe que estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas, se você não desejar fazer parte da pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem. Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar e pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

OBJETIVOS – Avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre os sintomas de depressão e ansiedade em adolescentes, Caracterizar os participantes da pesquisa em relação as características sociodemográficas; Identificar a presença de sintomas de depressão, ansiedade e de comportamento autolesivo entre os adolescentes; Verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, com as medidas de ansiedade, depressão e de comportamento autolesivo entre os

adolescentes e comparar os escores dos níveis de ansiedade, depressão antes e após intervenção. Para descobrir se a terapia tem efeito temos que testá-la.

ESCOLHA DOS PARTICIPANTES - Estamos testando esta terapia em adolescentes que são da sua idade entre 12 e 17anos, por que há cada dia mais casos de ansiedade e depressão nessa idade.

VOLUNTARIEDADE DE PARTICIPAÇÃO - Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu relacionamento com a escola. Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

INFORMAÇÃO SOBRE A TCI – A TCI é uma prática integrativa que tem o objetivo de acolher, escutar e cuidar das pessoas e de seus sofrimentos fortalecendo a troca de experiências entre os participantes. É uma prática de prevenção e promoção da saúde.

PROCEDIMENTOS - Após a sua autorização e de seus pais você terá que responder a 5 questionários. Os instrumentos de coletas de dados (auto aplicáveis) serão coletados em 3 momentos:

- 1) A primeira coleta será realizada antes da intervenção por meio da aplicação do Questionário de caracterização dos participantes e Questionário de classificação econômica, a Escala de comportamento de autolesão (FASM) , Inventário de depressão Infantil (CDI) e o Questionário para triagem de ansiedade (SCARED) (pré-teste).
- 2) No segundo momento após a realização de 5 rodas de TCI;
- 3) No terceiro momento após a última sessão de intervenção da TCI, será aplicado novamente os instrumentos CDI e SCARED (pós teste).

Se você for selecionado para participar do estudo você será encaminhado para participar da Terapia Comunitária Integrativa. Serão realizadas 10 sessões de TCI com duração de 1 hora e meia.

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa será desenvolvida de acordo com as seguintes fases preconizadas por Barreto (2008):

- 1- Acolhimento - No Acolhimento o terapeuta comunitário vai dar boas-vindas ao grupo, pedir para que eles se apresentem, colocar os participantes à vontade e confortáveis e pedir para sentar em círculo. Uma música poderá ser cantada para deixar o clima leve entre os participantes. Nesse momento será apresentado uma síntese do que é a Terapia Comunitária e será explicado sobre as regras da terapia.

2- Escolha do tema - Na Escolha do Tema a fala ficará aberta para os participantes falarem de seus sofrimentos, angústia, tristeza vivenciada na própria vida. Após a exposição dos problemas, serão identificados os temas e o grupo vai votar para a escolha do tema daquela roda e justificar o porquê da escolha.

3- Contextualização – Nesta fase a pessoa cujo tema foi escolhido irá falar sobre o problema ou situação apresentada. Quando ela descrever a situação, será aberto para todos fazer perguntas para esclarecer e entender melhor a questão. Então o terapeuta deverá extrair dos depoimentos da pessoa escolhida uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo – o mote.

4- Problematização – Na fase de Problematização o mote é conduzido para o grupo. Nessa fase, o grupo se colocará atendendo à solicitação do mote, sempre falando de sua própria experiência, se viveu algo parecido e como fez para superar.

5- Encerramento - No Encerramento o terapeuta fará rituais de agregação e conotações positivas, ressaltando o lado positivo, permitindo que o grupo possa refletir, aprender e se prevenir e também reforçando a autoestima. Será aberto um espaço para os participantes falarem sobre o que aprenderam e estão levando do momento partilhado durante a roda. A sessão da TCI terminará com os agradecimentos dos terapeutas e com convite para os próximos encontros.

RISCOS E DESCONFORTOS - Ressaltamos que a sua participação oferece risco baixo, ou seja, você poderá sentir algum tipo de desconforto relacionado as perguntas do questionário ou durante as sessões da terapia, sendo que a qualquer momento pode retirar o seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas de tais riscos prevê-se: abordagem cautelosa considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro durante a avaliação. Como medidas minimizadoras dos riscos serão garantidos o anonimato e sigilo em relação às respostas. Se o mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras as participantes apresentarem algum tipo de desconforto/constrangimento as mesmas serão lembradas da possibilidade de retirarem o consentimento prévio e será amparada pela equipe executora, que poderá prestar suporte emocional e/ou avaliar a necessidade de encaminhamento ao serviços da rede municipal de saúde. O instrumento de coleta de dados e a terapia será aplicada em local reservado de acordo com a disponibilidade da participante e em nenhum momento da pesquisa seus nomes serão divulgados.

BENEFÍCIOS – A participação nas sessões de TCI poderá auxiliar você no desenvolvimento de habilidades psicossociais e na superação dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, a pesquisa poderá ajudar os professores e profissionais de saúde na implementação da TCI para ajudar os adolescentes nessa fase.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Não serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa. Informamos que somente os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional.

DIREITO DE RECUSA OU RETIRADA DO ASSENTIMENTO INFORMADO – Você não tem que estar nesta pesquisa. Ninguém ficará irritado ou desapontado com você se você disser “não”: a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer "sim" agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem.

CONTATO - Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar agora ou depois fazer as perguntas. Eu escrevi um número de telefone e endereço onde você pode nos localizar ou, se você estiver por perto, você poderá vir e nos ver. Se você quiser falar com outra pessoa tal como o seu professor ou médico ou algum parente, não tem problema.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mariane Inaraí Alves

PESQUISADOR ORIENTADOR: Prof. Dr. Denis da Silva Moreira e Profa.Dra. Adriana Olimpia Barbosa

ENDEREÇO: Av.Jovino Fernandes Sales, 2600. Bairro Santa Clara - Alfenas/MG

TELEFONE: (35) 3701-1994

CERTIFICADO DO ASSENTIMENTO

Eu entendi que a pesquisa é sobre o efeito da Terapia Comunitária Integrativa e que as sessões da terapia serão realizadas aqui na escola e sobre seus riscos e benefícios que ela pode trazer. Você irá assinar 2 (duas) vias, uma para o pesquisador e outra para o participante da pesquisa. Portanto, você

receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Assinatura do adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis _____

Assinatura do Pesquisador: _____

LOCAL E DATA: Alfenas, _____, 20____

ANEXO A - Autorização formal do autor para a utilização do Questionário de Caracterização da Amostra

Boa noite Mariane,

Em anexo está o instrumento que foi utilizado na pesquisa. Como foi elaborado há cerca de 20 anos, será necessário atualiza-lo (quanto aos nomes/tipos de drogas, critério de classificação socioeconômica, etc) - por isso optei por enviar um arquivo tipo doc em vez de pdf.

Para os alunos do 2o grau (ensino médio), o questionário continha também o SRQ20.

A questão 114 corresponde a drogas inexistentes (nomes falsos) para testar a veracidade das respostas.

Agradeço o interesse, espero que lhe seja útil, pode utilizar sem problemas!

Bom trabalho!

Beatriz

*Dra. Beatriz Franck Tavares
Psiquiatra - Depto. de Saúde Mental
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas (UFPe)*

Em seg, 3 de jun de 2019 às 19:09, Mariane Inaraí Alves <mariane.alves@unifal-mg.edu.br> escreveu:

Dra Beatriz, boa noite!

O meu nome é Mariane Inaraí Alves, sou Enfermeira e mestrandando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas.

Após uma busca na literatura encontrei seu artigo e dos demais autores, intitulado "Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares", gostaria de usar o instrumento que vocês usaram para realizar uma parte do meu estudo. A versão do instrumento a qual tenho acesso está presente em uma tese de doutorado efetuada em 2015, na Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto da autoria da pesquisadora Dra. Adriana Olímpia Barbosa Felipe intitulada "Saúde Mental, consumo de drogas, problemas na vida e suporte familiar entre adolescentes. Caso me autorize a utilização do instrumento, gostaria de saber se poderia me enviar o instrumento original. A autoria será expressa na dissertação e no artigo realizado.

ANEXO B - Questionário de Caracterização da Amostra

IDENTIFICADOR: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome Completo:
2. Teu sexo é: (1) Masculino (2) Feminino
3. Em que ano da escola você se encontra ?
4. Estado civil : (1) solteiro (2) casado (3) Viúvo com Companheiro (4) separado/divorciado (5) viúvo(a)
5. Qual a sua religião? (1) Não tenho (6)Religiões afro-brasileiras
 (2) Católica (7)Outra. Qual? _____
 (3) Espírita
 (4) Protestante
 (5) Evangélica
6. Pratica a sua religião? (1)Não (2)Sim
7. Participa de algum grupo ligado a sua religião? (1)Não (2)Sim
8. Acredita em Deus? (1)Não (2)Sim
9. Costuma rezar ou orar quando tem algum problema? (1)Não (2)Sim
10. Seus pais vivem (moram) juntos? (1)Não (2)Sim
11. Se seus pais não vivem juntos agora, eles já viveram juntos?
 (1)Não (2)Sim, mas se separaram/divorciaram (3)Sim, mas um deles morreu (ou os dois)
12. Quem mora na sua casa com você? (Assinale todas as alternativas corretas)
 (1) Mãe (2) Pai (3)Madastra (4) Padastro (5) Irmãos/ Irmãs) (6) Avô/ avó
 (7) Outros . Especifique: _____
13. Você tem algum trabalho pelo qual recebe salário?
 (1) Não (2) Sim Qual? _____
14. Participou de alguma sessão de Terapia Comunitária Integrativa ou outra terapia nos último 3 meses? (1) Não (2) Sim
15. Faz uso de medicamentos para depressão e/ou ansiedade? (1) Não (2) Sim

ANEXO C - Questionário de Critério de Classificação Econômica - ABEP

Marque com um X na resposta correta. Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

	Quantidade que possui				
	Não possui	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos que trabalham pelo menos 5 dias por semana					
Automóveis de uso particular					
Microcomputador desconsiderar tablets, palms ou smartphones					
Lava Roupa excluindo tanquinho					
Geladeira					
Freezer independente ou parte da geladeira duplex					
Lava louça					
DVD					
Microondas					
Motocicleta de uso particular					
Secadora de roupa (lava e seca)					

Qual o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
Analfabeto/Fundamental I incompleto	()
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	()
Fundamental II/ Médio incompleto	()
Médio Completo/ Superior incompleto	()
Superior completo	()
Considerando o trecho da rua do seu domicílio você diria que a rua é:	
Asfaltada ()	
Terra/cascalho ()	
A água proveniente do seu domicílio é proveniente de:	
Rede geral de distribuição()	
Poço ou nascente()	
Outro()	

ANEXO D - Inventário de Depressão Infantil – CDI

Nome: _____ sexo ()F ()M Idade _____ anos

Por favor responda aos itens assinalando com um “X” a opção que você julga ser a mais adequada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, considerando as últimas duas semanas e do que você realmente acha. Se você tiver alguma dúvida pode perguntar. Seja sincero nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. () Eu fico triste de vez em quando
() Eu fico triste muitas vezes
() Eu estou sempre triste

2. () Para mim tudo se resolverá bem
() Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
() Nada vai dar certo para mim

3. () Eu faço bem a maioria das coisas
() Eu faço errado a maioria das coisas
() Eu faço tudo errado

4. () Eu me divirto com muitas coisas
() Eu me divirto com algumas coisas
() Nada é divertido para mim

5. () Eu sou mau de vez em quando
() Eu sou mau com frequência
() Eu sou sempre mau

6. () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
() Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam
() Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão

7. () Eu gosto de mim mesmo
() Eu não gosto de mim mesmo
() Eu me odeio
8. () Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
() Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
() Tudo de mau que acontece é por minha culpa
9. () Eu não penso em me matar
() Eu penso em me matar, mas não o faria
() Eu quero me matar
10. () Eu sinto vontade de chorar esporadicamente
() Eu sinto vontade de chorar frequentemente
() Eu sinto vontade de chorar diariamente
11. () Eu me sinto entediado esporadicamente
() Eu me sinto entediado frequentemente
() Eu me sinto sempre entediado
12. () Eu gosto de estar com as pessoas
() Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas
() Eu não gosto de estar com as pessoas
13. () Eu tomo decisões facilmente
() É difícil para mim tomar decisões
() Eu não consigo tomar decisões
14. () Eu tenho boa aparência
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos
() Eu sou feio
15. () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim

- Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
 - Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16. Eu durmo bem à noite
- Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente
 - Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17. Eu me canso de vez em quando
- Eu me canso frequentemente
 - Eu estou sempre cansado
18. Eu como bem
- Alguns dias eu não tenho vontade de comer
 - Quase sempre eu não tenho vontade de comer
19. Eu não temo sentir dor
- Eu temo sentir dor com frequência
 - Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20. Eu não me sinto sozinho
- Eu me sinto sozinho com frequência
 - Eu sempre me sinto sozinho
21. Eu me divirto na escola frequentemente
- Eu me divirto na escola de vez em quando
 - Eu nunca me divirto na escola
22. Eu tenho muitos amigos
- Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais
 - Eu não tenho muitos amigos
23. Meus trabalhos na escola são bons
- Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes

- Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom
24. Meu nível é tão bom quanto o dos outros colegas
 Meu nível pode ser tão bom quanto o dos outros colegas, se eu quiser
 Meu nível nunca é tão bom quanto o dos outras colegas
25. Eu tenho certeza que sou amado por alguém
 Eu não tenho certeza se sou amado por alguém
 Ninguém gosta de mim realmente
26. Eu sempre faço o que me mandam
 Eu faço o que me mandam com frequência
 Eu nunca faço o que me mandam
27. Eu não me comunico bem com as pessoas
 Eu me envolvo em brigas com frequência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

ANEXO E – Questionário de Triagem de Ansiedade Infantil -SCARED

Abaixo se encontra uma lista de itens que descreve como as pessoas se sentem em determinadas situações. Para cada questão faça um “X” na resposta que descreve você nos últimos 3 meses.

01 – Quando eu fico com medo eu tenho dificuldade de respirar

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

02 – Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

03 – Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

04 – Eu fico com medo de dormir fora de casa

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

05 – Eu me preocupo saber se agrado bem as pessoas

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente

Sempre

06 – Quando eu fico com medo, sinto como se fosse desmaiar

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

07 – Eu sou nervoso(a)

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

08 – Eu sigo a minha mãe ou meu pai aonde eles vão

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

09 – As pessoas me dizem que eu pareço nervoso

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

10 – Eu fico nervoso(a) quando estou com pessoas que não conheço bem

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

11 – Eu tenho dor de (estômago) barriga quando estou na escola

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

12 – Quando eu fico com medo, acho que vou enlouquecer

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

13 – Eu tenho medo de dormir sozinho

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

14 - Eu me preocupo em ser tão bom como os demais colegas

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente

15 – Quando eu fico com muito medo, sinto como se as coisas não fossem reais

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

16 – Eu tenho pesadelo com coisas ruins acontecendo com meus pais

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

17 – Eu fico preocupado quando tenho que ir à escola

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

18 – Quando eu fico com medo, meu coração bate mais rápido

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

19 – Quando eu fico nervoso(a), eu tremo de medo

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

20 – Eu tenho pesadelo com alguma coisa ruim acontecendo comigo

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

21 – Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo pra mim

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

22 – Quando eu fico com medo transpiro muito

- Nunca ou raramente

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

23 – Eu sou muito preocupado(a)

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

24 – Eu fico com muito medo sem nenhum motivo

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

25 – Eu fico com medo de estar sozinho em casa

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

26 – Eu tenho dificuldade de falar com pessoas que não conheço bem

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

27 – Quando eu fico com medo, sinto como se não pudesse engolir

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

28 – As pessoas dizem que me preocupo demais

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

29 – Eu não gosto de estar longe da minha família

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

30 – Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico)

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

31 – Eu tenho medo de que algo de ruim possa acontecer com meus pais

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

32 – Eu fico envergonhado(a) quando estou com pessoas que não conheço

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

33 – Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

34 – Quando eu fico com medo, sinto vontade de vomitar

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

35 – Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

36 – Eu tenho medo de ir a escola

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

37 – Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

38 – Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto(a)

Nunca ou raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

ANEXO F – Escala de Comportamento de Autolesão - FASM

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos(responda todos os itens):	Sim	Não	Quantas vezes	Foi necessário algum tratamento médico
1. Cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele				
2. bateu em você mesmo propositalmente				
3. arrancou seus cabelos				
4. fez alguma tatuagem em você mesmo				
5. cutucou um ferimento				
6. queimou sua pele(por ex: com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)				
7. inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele				
8. mordeu você mesmo (por ex: sua boca ou lábio)				
9. beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar				
10. fez vários arranhões em sua pele propositalmente				
11. esfolou sua pele propositalmente				
12. outros:				

13. Se não ocorreu no ano passado, você alguma vez na vida já teve algum comportamento acima descrito? _____sim _____não

Quando fez algum dos atos acima, você estava tentando se matar?

_____sim _____não

Quanto tempo você gasta pensando em fazer o (s) ato (s) acima antes de realmente executá-los?_____

Você teve algum destes comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool? _____sim _____não

Você sentiu dor enquanto se feria? _____dor intensa _____dor moderada _____pouca dor _____ não sentiu dor

Quantos anos você tinha quando se feriu dessa forma pela primeira vez? _____

Você já se agrediu por alguma das razões listadas abaixo?(marque todas as alternativas que já aconteceram)

0 1 2 3
(Nunca) (Raramente) (Às vezes) (Frequentemente)

RAZÕES:	FREQUÊNCIA
1. para não ir a escola, trabalho ou outras atividades	
2. para aliviar a sensação de vazio ou indiferença	
3. para chamar a atenção	
4. para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor	
5. para evitar ter que fazer algo chato, que você não queria fazer	
6. para controlar uma situação	
7. para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	
8. para receber mais atenção dos seus pais ou amigos	
9. para evitar estar com outras pessoas	
10. para se castigar	
11. para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	
12. para se parecer alguém que se respeita	
13. para evitar ser punido ou assumir as consequências	
14. para parar sentimentos/ sensações ruins	
15. para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	
16. para se sentir fazendo parte de um grupo	
17. para fazer seu pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você	
18. para fazer algo quando está sozinho	
19. para fazer algo quando está com os outros	
20. para pedir ajuda	
21. para deixar os outros com raiva	
22. para sentir-se relaxado	
23. outro:	

ANEXO G - Autorização formal do autor para a utilização da Escala de Comportamento de Autolesão

02/07/2019

Gmail - FASM scale



mariane alves <naneinarai@gmail.com>

FASM scale

Elizabeth Richardson <elizabeth.richardson@umassd.edu>

18 de junho de 2019 17:03

Para: mariane alves <naneinarai@gmail.com>

Hi Mariane, thanks for your interest in using the FASM for your masters thesis research. I'm attaching the most recent version, in English. I don't believe any substantive changes have been made since the version you mentioned was created in Portuguese. I am the sole author and you are welcome to use the measure for your research. Please let me know if I can be of assistance in any way. All best wishes,
Elizabeth

Elizabeth E. Lloyd-Richardson, Ph.D.
Associate Professor, Department of Psychology
University of Massachusetts Dartmouth
N. Dartmouth, Massachusetts

Ativar o Wi

ANEXO H – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SOBRE OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ADOLESCENTES

Pesquisador: Denis da Silva Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17780719.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.509.507

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 15 de Agosto de 2019

Assinado por:
Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador(a))