

DANIELA MARIA LADEIRA REIS

PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES
ESCOLARES:
EFEITO DO TREINAMENTO COGNITIVO
PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G)**

Salvador
2019



**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

DANIELA MARIA LADEIRA REIS

**MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES
ESCOLARES:
EFEITO DO TREINAMENTO COGNITIVO
PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G)**

Salvador
2019

DANIELA MARIA LADEIRA REIS

**MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES
ESCOLARES:
EFEITO DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM
GRUPO (TCP-G)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador
2019

Dados internacionais de catalogação-na-publicação (CIP) Brasil

Reis, Daniela Maria Ladeira

Maus-tratos na infância e sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes escolares: efeito do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) / Daniela Maria Ladeira Reis -- Salvador, 2019.

86 f. il.:tab

Tese (Doutorado – Programa de pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA),2019.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

1. Crianças - Maus-tratos. 2. Terapia Cognitiva Processual. 3. Terapia Cognitivo-Comportamental. 4. Adolescência. I. De Oliveira, Irismar Reis. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDD 362.76

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

DANIELA MARIA LADEIRA REIS

**Maus-Tratos na Infância e Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes Escolares:
Efeito do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G)**

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF DR IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (Universidade Federal da Bahia)

PROFA DRA CÉLIA REGINA THOMÉ (Universidade Federal da Bahia)

PROF DR EDUARDO PONDÉ DE SENA (Universidade Federal da Bahia)

PROF DR MARIO FRANCISCO PEREIRA JURUENA (Universidade de São Paulo)

PROFA DRA CAMILA MAGALHÃES SEIXAS DE CARVALHO (Universidade Ruy Barbosa)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha mãe, Ignez Ladeira, ao meu pai, Raimundo Ladeira (in memoriam) e à minha avó, Marina (in memoriam), por terem me proporcionado uma infância e uma adolescência saudáveis. Dedico também ao meu marido Roberto e aos meus filhos, Lucas, Roberto e Vitor. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira, pela credibilidade a mim atribuída, pela oportunidade de participar do seu grupo de pesquisa e pela disponibilidade em me orientar nas várias dúvidas ao longo deste percurso. Fazer parte de sua equipe representa, para mim, constantes desafios e evolução pessoal e profissional.

À banca de qualificação e defesa: Dra. Amanda Galvão, Dra. Camila Seixas, Dra. Célia Regina Thomé, Dr. Eduardo Pondé e Dr. Mario Juruena, pelas excelentes contribuições para a construção desta tese.

À coordenação e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, por terem contribuído para que eu me tornasse maior. A todos os funcionários da secretaria, pela atenção e pelo comprometimento.

Ao Colégio da Polícia Militar de Salvador, na ocasião, representado pelos Srs. TC PM Jailton de Oliveira Souza, Cap.- PM Alex Seixas Rêgo, Cap.-PM Ramsés de Freitas Ventura e pela Sra. Edileusa José Brito Araújo Lima que acreditaram no projeto e proporcionaram condições favoráveis à realização da pesquisa. Aos familiares e aos adolescentes participantes, sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

À Dra. Mônica Ribeiro, coordenadora da pesquisa, por sua dedicação e pelos ensinamentos.

Ao meu amigo, Curt Hemanny, por todo o seu apoio, principalmente na estatística desta tese.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa: Camila Seixas, Isabella Couto, Cláudia Luísa, Cybele Cypriano, Ana Cristina Botelho, Dagoberto Bonavides e Nina Vasconcelos, pela parceria e dedicação.

Ao meu marido, Roberto Reis, que vibra com as minhas conquistas e é incansável em apoiar os meus projetos.

Aos meus filhos, Lucas, Roberto e Vitor, por compreenderem a minha ausência em muitos momentos, principalmente nos últimos sete meses que antecederam à

defesa, por vibrarem e torcerem por mim e por retribuírem aos meus ensinamentos com tanto amor.

Acima de tudo, agradeço a DEUS. Tenho muita fé!

REIS, Daniela Maria Ladeira. **Maus-tratos na infância e sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes escolares: efeito do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G)**. Orientador: Irismar Reis de Oliveira. 2019. 86 f. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2019.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Entre 10 e 20% de crianças e adolescentes apresentam transtornos mentais, resultando em prejuízos ao funcionamento sócio-ocupacional e à saúde integral. A presença de maus-tratos aumenta os riscos do desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão. **OBJETIVOS:** Analisar a efetividade do treinamento cognitivo processual em grupo, aplicado de forma universal, na redução de sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes escolares. Averiguar a associação entre maus-tratos e a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos. **MÉTODOS:** Em uma escola militar, localizada em Salvador, Bahia, 684 adolescentes divididos em 28 turmas, foram avaliados sobre a presença de maus tratos, sintomas ansiosos, sintomas depressivos, qualidade de vida e comportamentos de risco. Em seguida, essas turmas foram randomizadas para o grupo do referido treinamento ou grupo controle (sem intervenção). O grupo ativo durou 18 semanas, no qual os adolescentes foram treinados para desenvolver habilidades cognitivas e comportamentais para redução de sintomas de ansiedade e depressão. Doze meses após o fim da intervenção, ocorreu a avaliação de seguimento. As medidas primárias foram: a escala revisada de ansiedade e depressão para crianças e o inventário sobre traumas na infância. As medidas secundárias foram: a escala multidimensional de satisfação com a vida do estudante, inventários sociodemográficos e perguntas sobre a prática ou sofrimento de *bullying*, uso de álcool, maconha e outras drogas e sobre comportamentos de autolesão. **RESULTADOS:** Após o período de intervenção, não ocorreu redução estatisticamente diferente entre os grupos nos dados basais da escala revisada de ansiedade e depressão. Os resultados também não indicaram melhora nos escores da escala multidimensional de satisfação com a vida em nenhum dos domínios. Em conformidade com estudos anteriores, os dados mostraram que intervenções universais possuem limitações para a redução de sintomas internalizantes em adolescentes escolares. A tese também identificou que a maior parte dos maus-tratos sofridos são abuso emocional, abuso físico e negligência emocional. Ter sofrido esses maus-tratos, tanto estava associado com a presença de maiores níveis de sintomas ansiosos e depressivos, quanto aumentou a probabilidade de ocorrerem esses sintomas. **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou que o treinamento cognitivo processual em grupo não foi efetivo para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, provavelmente, pela sua aplicação em formato universal e provavelmente pela limitação do tempo na aplicação do treinamento. Também, maus-tratos na infância são frequentes e produzem sintomas ansiosos e depressivos, aumentando o risco do desenvolvimento de transtornos mentais.

Palavras-chave: Terapia cognitiva processual. Terapia cognitivo-comportamental. Maus-tratos. Adolescência.

REIS, Daniela Maria Ladeira. **Child maltreatment and symptoms of anxiety and depression in school adolescents: Effect of trial-based cognitive training (TBCT-G)**. Advisor: Irismar Reis de Oliveira. 2019. 86f s. Thesis (Doctorate) - Postgraduate Program in Interactive Processes of Organs and Systems - Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, 2019.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Between 10 and 20% of children and adolescents have mental disorders, resulting in impaired socio-occupational functioning and integral health. Presence of abuse increases the risks of developing symptoms of anxiety and depression. **OBJECTIVE:** The first objective of this thesis was to analyze the effectiveness of trial-based cognitive training in group (TBCT-G) applied universally in reducing anxiety and depression symptoms in school adolescents. The second objective was to investigate the association between abuse and the occurrence of anxious and depressive symptoms. **METHODS:** At a military school located in Salvador, Bahia, 684 adolescents, divided in 28 classes, were evaluated for the presence of maltreatment, anxious symptoms, depressive symptoms, quality of life and risk behaviors. These classes were then randomized to either the TBCT-G group or the control group (without intervention). The active group lasted 18 weeks, in which adolescents were trained to develop cognitive and behavioral skills to reduce psychological symptoms. Twelve months after the end of the intervention, follow-up evaluation was performed. Primary measures were the revised Anxiety and Depression Scale for Children (RCADS) and the Child Trauma Inventory (QUEST). Secondary measures were the multidimensional student life satisfaction scale (MSLSS), socio-demographic inventories and questions about the practice or suffering of bullying, use of alcohol, cannabis and other drugs, and self-harm behaviors. **RESULTS:** After the intervention period, there was no statistically different reduction between groups in baseline RCADS data. The results also did not indicate improvement in MSLSS scores in any of the domains. In line with previous studies, data have shown that universal interventions have limitations for reducing internalizing symptoms in school adolescents. The thesis also identified that most of the maltreatment suffered is emotional abuse, physical abuse and emotional neglect. Having suffered such maltreatment was both associated with the presence of higher levels of anxious and depressive symptoms and increased probability of these symptoms occurring. **CONCLUSION:** The study showed that TBCT-G training was not effective in reducing anxiety and depression symptoms, probably because of its universal application and probably because of the time limitation in the training application. Also, childhood maltreatment is frequent and produces anxious and depressive symptoms, increasing the risk of developing mental disorders.

Keywords: Cognitive Process Therapy. Cognitive Behavioral Therapy. Mistreatment. Adolescence.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	34
Tabela 2 - Estatísticas descritivas e GEE dos grupos ao longo do tempo de acordo com a RCADS e MSLSS com ITT e IM, em clusters	34

Artigo 2

Tabela 1 - Características clínicas e sociodemográficas da amostra	50
Tabela 2 - Prevalências de maus-tratos na amostra	51
Tabela 3 - Correlações bivariadas entre os tipos de maus-tratos	52
Tabela 4 - Variáveis descritivas e correlações com os tipos de maus-tratos	53
Tabela 5 - Associação entre os tipos de maus-tratos e os sintomas de ansiedade e depressão	55
Tabela 5.1 - Associação entre os tipos de maus-tratos e os sintomas de ansiedade e depressão	56
Tabela 6 - Regressão logística binária da predição da probabilidade de comportamentos de risco baseada nos maus-tratos	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CN	Crença Nuclear
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GEE	Equações de Estimativa Generalizada
IM	Imputação Múltipla
ITT	Intenção de Tratar
MSLSS	Escala de Satisfação com a Vida do Estudante
OMS	Organização Mundial da Saúde
QUESI	Questionário sobre Traumas na Infância
RCADS-47	Escala de Ansiedade e Depressão Infantil revisada – 47 itens
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TCP-G	Treinamento Cognitivo Processual em Grupo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVOS GERAIS	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	MÉTODO	19
3.1	DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	19
3.2	PROCEDIMENTOS	19
3.3	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	20
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	21
4	ARTIGO 1: Efeito do Treinamento Cognitivo Processual em grupo universalmente aplicado, na redução de sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes escolares	23
5	ARTIGO 2: Correlações entre maus-tratos na infância e a presença de sintomas de ansiedade, depressão e comportamentos de risco em adolescentes escolares	43
6	DISCUSSÃO DA TESE	66
7	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	74
	A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	B - TERMO DE ASSENTIMENTO	76
	C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE EMENDA DO PROJETO	77
	D – TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL NA ESCOLA – CADERNO DO ALUNO	79
	ANEXOS	82

A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	83
B – RCADS	84
C – QUESI	85
D – MSLSS	86

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de significativas transformações biológicas, psicológicas e sociais¹. Embora inicialmente essa fase possa ser notada pelas mudanças físicas², há muitas controvérsias sobre o conceito de adolescência. Por exemplo, o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade³. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, essa é uma fase que vai dos 10 aos 19 anos. Já para as Ciências Humanas, esse conceito vai além da cronologia e fisiologia, abrangendo as funções psíquicas que norteiam a estrutura da identidade e que discutem as transições da adolescência a partir da reestruturação de papéis aprendidos na infância, assim como do protagonismo que o adolescente exerce na sociedade^{5,1}. Portanto, adolecer vai além de ser um processo de transição da infância para a idade adulta.

Em um contexto geral, essa etapa é parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida, em que o sujeito se encontra em constante intercâmbio com outros agentes e, ao mesmo tempo em que exerce influência no ambiente, é influenciado por ele⁶. Esta interação favorece o desenvolvimento de crenças que, por sua vez, estão relacionadas com a forma de perceber a si mesmo, ao outro e ao mundo^{7, 8}.

Os vínculos formados com a família e o contexto social em que os adolescentes estão inseridos propiciam importantes contribuições para a formação da identidade e da personalidade desses sujeitos⁹. Por exemplo, Bolwby (1984)^{10,11}, em sua teoria do apego, afirmou que o indivíduo constrói seus modelos de funcionamento com o mundo a partir das representações, com as suas figuras de apego. Ou seja, crianças, cujos pais foram responsivos e comprometidos no âmbito das etapas do seu desenvolvimento, têm maior probabilidade de desenvolver um *self* seguro e relações mais adaptativas com o mundo. Ao contrário, aquelas que sofreram abuso emocional, negligência, abuso físico e abuso sexual são significativamente vulneráveis a problemas de saúde, principalmente de saúde mental na adolescência e na vida adulta¹⁰.

Nas últimas décadas, as neurociências produziram importantes avanços na compreensão mais precisa a respeito da etiologia das psicopatologias. Nesse sentido, diversas pesquisas estão sendo desenvolvidas, corroborando a ideia de que os

transtornos mentais surgem a partir da interação entre fatores biológicos e fatores ambientais¹²⁻¹³.

Percebe-se uma ampla literatura apontando a correlação positiva entre maus tratos na infância e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na adolescência e vida adulta¹⁴⁻¹⁵.

No entanto, ainda se discute se os tipos de maus tratos exercem efeitos comuns ou específicos sobre a saúde mental. Além disso, nota-se um crescente índice de transtornos psiquiátricos na adolescência, sendo a ansiedade e a depressão os mais prevalentes, atingindo cerca de 10% das crianças até os 16 anos, tendendo a persistir na vida adulta¹⁶.

Outro fator que merece atenção é a carência de políticas públicas para atender a essa demanda na promoção, prevenção e tratamento em saúde. Embora a literatura aponte resultados satisfatórios relacionados a projetos preventivos, principalmente os desenvolvidos em sala de aula e baseados na terapia cognitivo-comportamental (TCC)¹⁷⁻¹⁸, ainda há controvérsias sobre intervenções aplicadas no formato universal em sala de aula se são eficazes na redução de sintomas psicológicos na adolescência^{19,20}. Entende-se por intervenção universal aquela realizada para toda a população de alunos de uma determinada sala ou escola, independente da presença ou não de sintomas²¹. Na última década, uma nova abordagem tem sido desenvolvida, a Terapia Cognitiva Processual, que, através de técnicas que simulam um processo jurídico, proporciona a mudança de crenças nucleares (CN) sobre si mesmo, demonstrando eficácia clínica em vários transtornos^{22,23}

Esta tese investigou o efeito do Treinamento Cognitivo Processual em grupo (TCP-G), aplicado em adolescentes no ambiente escolar, visando à redução de sintomas de ansiedade e depressão. Este trabalho resultou no Artigo 1 e também correlacionou a ocorrência de maus-tratos na infância com a presença de sintomas de ansiedade, depressão e comportamentos de risco na adolescência, cujos resultados foram descritos no Artigo 2.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar a efetividade da TCP-G, aplicada universalmente em adolescentes no ambiente escolar, para a redução de sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com um grupo controle sem intervenção;
- Averiguar a associação entre maus-tratos na infância e a presença de sintomas de ansiedade e depressão, variáveis sociodemográficas e comportamentos de risco na adolescência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar sintomas de ansiedade, depressão e os índices de satisfação com a vida na amostra;
- Descrever a prevalência dos tipos de maus-tratos e suas respectivas gravidades;
- Identificar a ocorrência da prática e do sofrimento de *bullying*;
- Mensurar a ocorrência de comportamentos autolesivos.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

Para dar cumprimento aos objetivos estabelecidos, adotaram-se os seguintes procedimentos metodológicos.

3.1 DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Trata-se de um ensaio clínico, randomizado em *clusters*, aberto, que comparou a TCP-G (em formato universal em sala de aula) com um grupo controle (sem intervenção). As turmas [*clusters*] elegíveis para a randomização estavam entre o 7º e o 2º ano dos turnos matutino e vespertino, totalizando 28 turmas. Os alunos dessas turmas apresentavam idade entre 11 e 17 anos e estavam matriculados em um colégio público militar na cidade de Salvador, Bahia. Os que não aceitaram participar; aqueles cujos pais não consentiram; e os que não entregaram os termos de consentimento e assentimento não foram incluídos no estudo, no entanto, tiveram a opção de permanecer em sala de aula. Os alunos foram avaliados com uma bateria de escalas e inventários em três momentos: na avaliação inicial, ao final da intervenção de 18 semanas e no seguimento de 12 meses. O período da pesquisa foi entre abril de 2017 e outubro de 2018.

3.2 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, a equipe da pesquisa explicou aos pais o objetivo do estudo e lhes apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento (Apêndices A e B), a serem assinados pelos participantes. As turmas do colégio receberam uma visita da equipe de psicólogos e dos coordenadores da pesquisa, quando foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o programa. As turmas [*clusters*] foram randomizadas por sorteio simples, para o grupo TCP-G ou para grupo controle, o qual consistiu na participação dos alunos da disciplina Instrução Militar, caracterizada por treinamentos para aptidão física e educativa, cursada regularmente, visando à atuação militar. Em seguida, todos os estudantes preencheram as escalas de avaliação inicial, aplicadas pela equipe de pesquisadores.

O TCP-G foi realizado em um horário fixo semanal, com duração de 45 minutos, cedido pela escola em conformidade com o calendário acadêmico. Os adolescentes

foram reavaliados após 18 semanas, período de duração do TCP-G e no seguimento de 12 meses.

A TCP-G dispõe de um protocolo estruturado em 18 encontros e é baseado na TCP²². Suas técnicas para modificar os três níveis de cognição foram adaptadas a uma linguagem mais acessível e lúdica para a melhor compreensão dos adolescentes. A sua aplicação é feita em quatro etapas: 1) **Detetive da mente**: fase em que são investigados os três níveis de pensamento, identificando acontecimentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos; nesta fase chega-se à crença nuclear (CN), descrita como uma autoacusação que será levada a julgamento; 2) **Advogado da mente**: etapa em que os adolescentes simulam um processo jurídico, no qual são estimulados a desenvolver CN positivas; 3) **Juiz da mente**: etapa em que os adolescentes aprendem sobre como sua cognição funciona, adquirindo mais controle sobre seus pensamentos; 4) **Mestre da mente**: nesta etapa, os adolescentes aprendem habilidades sociais para lidar de maneiras mais efetivas nas relações interpessoais.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Dados sociodemográficos e psicológicos: os participantes responderam a um questionário de entrevista estruturada, criada para o próprio estudo.

Sintomas internalizantes: a medida primária dos sintomas ansiosos e depressivos foi a *Escala de ansiedade e depressão infantil revisada (RCADS-47)*²⁴. Esta escala autoaplicável tem 47 questões sobre a presença de sintomas de ansiedade e depressão, com itens pontuados de 0 (nunca) a 3 (sempre), e é subdividida em seis subescalas: fobia social, ansiedade de separação, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior. Sua pontuação total bruta (soma de sintomas ansiosos e depressivos ou sintomas internalizantes) é convertida em um escore T, cujos valores acima de 65 indicam sintomas limítrofes e acima de 70 indicam sintomas clínicos.

A medida secundária utilizada foi a *Escala multidimensional de satisfação com a vida (MSLSS)*²⁵, que avalia o índice de bem-estar e satisfação, em cinco domínios: família, amigos, escola, ambiente onde mora e *self*. Possui 40 questões, graduadas de 1 (nunca) a 4 (quase sempre). Escores mais altos (domínios individuais ou pontuação total) indicam maior satisfação com a vida.

Inventário de maus-tratos: foi utilizado o *Questionário sobre Traumas na infância (QUESI)*, instrumento retrospectivo com 28 itens que avaliam presença de abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física, aplicável a adolescentes e adultos. A escala apresenta um escore de gravidade, que varia de mínimo a extremo, para cada abuso e negligência^{26,27}.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (Parecer nº 3.024.360; CAAE nº 42264315.0.0000.5543), de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (Anexo A).

4 ARTIGO 1

Efeito do Treinamento Cognitivo Processual em grupo universalmente aplicado na redução de sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes escolares

Daniela Ladeira Reis, Mônica Ribeiro, Curt Hemanny, Cybele Cypriano, Ana Cristina Botelho, Camila Seixas, Claudia Luisa Sena, Dagoberto Bonavides, Isabela Couto, Nina Maia, Irismar Reis de Oliveira

RESUMO

INTRODUÇÃO: A saúde mental de adolescentes constitui-se em um problema mundial de saúde pública. Os problemas mais frequentes nessa população são os transtornos de humor e de ansiedade. **OBJETIVO:** Este artigo tem como objetivo analisar a efetividade do treinamento cognitivo processual em grupo, aplicado de forma universal, na redução de sintomas de ansiedade e depressão, em adolescentes escolares. **MÉTODO:** Em uma escola militar de Salvador, foi realizado um ensaio clínico, randomizado em *clusters*, aberto, que comparou o treinamento cognitivo processual com um grupo controle sem intervenção, em uma amostra de 28 turmas, totalizando 655 adolescentes, na faixa etária de 11 a 17 anos. As variáveis sociodemográficas foram avaliadas por entrevista estruturada, criada para o próprio estudo. Para as medidas primárias, utilizou-se a Escala de Ansiedade e Depressão Infantil Revisada e, para as secundárias, a Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida do Estudante. **RESULTADOS:** Após as 18 semanas de treinamento e os 12 meses de seguimento, não houve diferença estatisticamente significantes entre os grupos nas variáveis clínicas de ansiedade e depressão aferidos pela Escala de Ansiedade e Depressão. O treinamento cognitivo processual também não foi diferente do grupo controle nos escores da Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida. **CONCLUSÃO:** O Treinamento Cognitivo Processual em Grupo, no formato universal, não foi diferente do grupo controle na redução dos sintomas de ansiedade e depressão e nem na melhora dos índices de satisfação com a vida. Alguns estudos também indicam que programas de prevenção universal não foram eficazes da redução de sintomas depressivos. Sugerem-se outras pesquisas, utilizando métodos de intervenções seletivas ou indicadas, além de um maior tempo para aplicação do treinamento com os alunos.

Palavras-Chave: Terapia Cognitiva Processual. Terapia Cognitivo-Comportamental. Adolescência. Ansiedade. Depressão. Prevenção.

Effect of trial-based cognitive training in group universally applied in reducing anxiety and depressive symptoms in school adolescents

Daniela Ladeira Reis, Mônica Ribeiro, Curt Hemanny, Cybele Cypriano, Ana Cristina Botelho, Camila Seixas, Claudia Luisa Sena, Dagoberto Bonavides, Isabela Couto, Nina Maia, Irismar Reis de Oliveira

ABSTRACT

INTRODUCTION: Adolescent mental health is a worldwide public health problem. The most frequent problems in this population both are mood and anxiety disorders. **OBJECTIVE:** This study aims to analyze the effectiveness of trial-based cognitive training in group (TBCT-G) universally applied in reducing anxiety and depression symptoms in school adolescents. **METHODS:** We conducted a randomized in cluster, open, clinical trial comparing CPT-G with a control group without intervention in a sample of 28 classes, in a total amount of 655 adolescents aged 11 to 17 years, students from a military school in Salvador. Sociodemographic variables were assessed by structured interviews created for this study. For primary measures, the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) was used. And for the secondary ones, the Multidimensional Student Life Satisfaction Scale (MSLSS) was used. **RESULTS:** After 18 weeks of training and after 12 months of follow-up, there was no statistically significant difference between groups in the clinical variables of anxiety and depression measured by RCADS. TBCT-G was not different from the control group in any domain in the MSLSS scores as well. **CONCLUSION:** Regarding in reducing anxiety and depression symptoms or improving life satisfaction rates, universal-format TBCT-G was not different from the control group. Some studies also indicate that universal prevention programs have not been effective in reducing depressive symptoms. Further research using selective or indicated intervention methods is suggested as well as a longer time for training with students.

Keywords: Trial-based cognitive therapy. Cognitive behavioral therapy. Adolescence. Anxiety. Depression. Prevention. Adolescence. Anxiety. Depression. Prevention.

Contribuição dos autores:

REIS, D. L. R - Revisão da literatura, coleta dos dados, construção do banco de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, condução do TCP-G.

RIBEIRO, M. - Concepção do estudo, definição do desenho de estudo, coordenação e participação na coleta de dados, organização e construção do banco de dados.

HEMANNY, C. - Organização do banco de dados e análise estatística do artigo.

CYPRIANO, C; BOTELHO, A. C.; SEIXAS, C.; SENNA, C. L; BONAVIDES; D.; COUTO, I.; MAIA, N. - Coleta dados e condução do TCP-G.

DE OLIVEIRA, I. R. - Concepção do estudo, coordenação do ensaio clínico, criação do protocolo do treinamento cognitivo processual, supervisão da condução do TCP-G, condução do treinamento organização do banco de dados, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa decisiva do desenvolvimento humano e é marcada por intensa atividade intelectual, emocional e social. Contudo, também é considerada uma fase vulnerável, uma vez que o adolescente tende a questionar os valores e regras aprendidos nas experiências vividas, principalmente nas relações parentais, assim como a buscar constantemente autonomia e identidade, a partir das relações com seus pares. Esta fase, portanto, apresenta riscos para o desenvolvimento de comportamentos considerados desadaptativos^{1, 2, 3, 4}.

A saúde mental de crianças e adolescentes se constitui em um problema mundial de saúde pública. Entre 10 e 20% dessa população apresenta transtornos psiquiátricos, os quais, em sua maioria, iniciam-se entre o final da infância e o início da adolescência, resultando em prejuízo à saúde como um todo¹.

Os problemas de saúde mental mais frequentes na adolescência são os transtornos de humor e de ansiedade^{5,6,7,8}. Os transtornos de ansiedade são caracterizados por sintomas de medo, ansiedade e comportamentos de evitação excessivos e desadaptativos⁹. É comum que ocorram estratégias compensatórias, como por exemplo, o comportamento de esquiva, com a finalidade de diminuir o medo ou ansiedade^{9,10}. Esses transtornos afetam 10% das crianças até os 16 anos, frequentemente persistem na vida adulta, são geralmente comórbidos a outros transtornos, como os transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade^{11,12}.

Entre as síndromes ansiosas estão o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade social, o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno obsessivo-compulsivo, embora não seja mais classificado como um transtorno ansioso, também apresenta vários sintomas de ansiedade associados aos pensamentos obsessivos e

rituais disfuncionais^{13,9}. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos ansiosos estão a exposição a eventos estressores, a superproteção parental e o aumento da percepção de estímulos ansiosos pela mãe¹⁴.

Os transtornos depressivos se caracterizam, principalmente, por humor rebaixado, irritabilidade e redução da capacidade de experienciar prazer, levando a sintomas fisiológicos específicos e prejuízo em várias áreas da vida^{9,15}. A prevalência desses transtornos aumenta na adolescência, sobretudo a do transtorno depressivo maior¹⁶. Isso se dá principalmente pelo fato de esta fase caracterizar-se pela imaturidade nas habilidades sociais, assim como pelos inúmeros desafios enfrentados pelos jovens nos diversos domínios da vida, o que pode gerar conflitos internos e ativação de esquemas desadaptativos, favorecendo o desenvolvimento de quadro depressivo^{16,1}.

A depressão na adolescência surge geralmente entre os 13 e os 19 anos de idade. É a principal doença incapacitante nessa faixa etária, com índice de suicídio significativamente alto, sendo a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos^{16, 9}. Apesar disso, o tratamento ainda não é prioridade nas políticas públicas e os sintomas são muitas vezes confundidos com comportamentos considerados normais dessa etapa do desenvolvimento. A irritabilidade, por exemplo, está entre os principais sintomas de transtorno depressivo maior na adolescência, sendo muitas vezes confundida com alterações de humor características da fase^{3, 9}. Assim, muitos adolescentes não sabem que têm alterações importantes no humor e iniciam o tratamento apenas quando a doença atinge um nível mais grave, piorando o prognóstico¹⁷. A história familiar e os aspectos psicossociais estão entre os principais fatores de risco para esse transtorno⁹.

Os principais tratamentos para ansiedade e depressão são o farmacológico e a psicoterapia. O uso de fármacos antidepressivos e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) são os tratamentos de primeira escolha^{9, 18, 19}, que podem ser combinados ou isolados, de acordo com a indicação clínica baseada na gravidade dos sintomas, assim como também na idade do paciente²⁰.

Embora a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos entre adolescentes seja alta e os tratamentos existentes sejam eficazes, ainda há carência de políticas públicas voltadas para programas de tratamento²¹. Dessa forma, é relevante o desenvolvimento de práticas preventivas voltadas para essa população. Estudos apontam resultados satisfatórios quando avaliam projetos de cunho

preventivo em saúde mental com crianças e adolescentes, principalmente os programas baseados em TCC^{22,23}. Por exemplo, intervenções em sala de aula com essa população indicam bons resultados na melhora de sintomas ansiosos e depressivos^{24,25}. Esses programas atuam na prevenção primária e podem ser divididos em três formatos: I - universal, cujas intervenções são realizadas para toda a população de alunos de uma determinada sala ou escola, independente da presença ou não de sintomas; II - seletivo, com intervenções na população exposta a fatores de risco para desenvolvimento de transtornos; III - intervenção indicada, que ocorre especificamente em estudantes que apresentam sintomas ou transtornos mentais²⁶.

O método *FRIENDS*²⁷ é um tipo de intervenção empiricamente validada, cujo protocolo é derivado da TCC, considerada padrão ouro entre as intervenções voltadas à promoção da saúde mental, especialmente na redução de sintomas ansiosos e depressivos. O *FRIENDS* foi desenvolvido na Austrália, na década de 1990²¹, e seu protocolo, aplicado na população brasileira no ano de 2012. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica esse programa, cujo objetivo é desenvolver habilidades sociais, emocionais, resiliência e comportamentos adaptativos para a vida saudável de crianças e adolescentes²¹.

Nos últimos anos, uma abordagem, também derivada da TCC, a terapia cognitiva processual (TCP)²⁸, vem ganhando destaque nos cenários acadêmico e clínico, nacional e internacional, devido ao seu formato próprio de conceitualização cognitiva e às técnicas, principalmente “o processo”, que se propõe a lidar intensamente com as características rígidas e inflexíveis das crenças disfuncionais. A TCP é considerada uma abordagem baseada em evidências, uma vez que a sua eficácia foi comprovada em ensaios clínicos para o tratamento de vários transtornos^{29,30,31}. Em 2015, foi feita uma adaptação do protocolo da TCP para uma linguagem apropriada para intervenções em adolescentes, denominada de treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G). Este modelo de treinamento tem caráter preventivo e objetiva modificar as crenças nucleares e disfuncionais dos adolescentes.

Este ensaio clínico randomizado aberto em *cluster* analisou a efetividade do TCP-G, aplicado em formato universal, na redução dos sintomas ansiosos e depressivos em adolescentes escolares, em comparação com um grupo controle. O objetivo secundário foi comparar o efeito do TCP-G com o grupo controle, na melhora da satisfação com a vida.

MÉTODO

Desenho do estudo e participantes

Realizou-se um ensaio clínico aberto, randomizado em *clusters*, que comparou o TCP-G (em formato universal em sala de aula) com um grupo controle (sem intervenção). As turmas [*clusters*], elegíveis para a randomização, estavam entre o 7º ano do ensino fundamental e o 2º ano do ensino médio dos turnos matutino e vespertino, totalizando 28 turmas. As idades estavam entre 11 e 17 anos e esses alunos estavam matriculados em um colégio público militar, na cidade de Salvador, Bahia. Os que não aceitaram participar, aqueles cujos pais não consentiram; e os que não entregaram os termos de consentimento e assentimento não foram incluídos no estudo, no entanto, eles não foram impedidos de permanecer em sala de aula. Os alunos foram avaliados com uma bateria de escalas e inventários em três momentos: na fase inicial, ao final da intervenção de 18 semanas e no seguimento de 12 meses. O período da pesquisa foi entre abril de 2017 e outubro de 2018.

Procedimentos

Inicialmente, a equipe explicou aos pais sobre o objetivo da pesquisa e lhes apresentou os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento, a serem assinados pelos participantes. Em seguida, as turmas foram randomizados por método simples pelos coordenadores da pesquisa para o grupo TCP-G ou para grupo controle, que consistiu na participação dos alunos da disciplina Instrução Militar, caracterizada por treinamentos para aptidão física e educativa voltada para a sua futura atuação.

Após a randomização, os grupos receberam uma visita da equipe de psicólogos e dos coordenadores da pesquisa e foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o programa. Os encontros foram realizados em um horário fixo semanal, com duração de 45 minutos, cedido pela escola, em conformidade com o calendário acadêmico. Em seguida, todos os estudantes preencheram as escalas de avaliação inicial, aplicadas pela equipe de pesquisadores.

Instrumentos de avaliação

Dados sociodemográficos e psicológicos: os dados sociodemográficos foram avaliados mediante entrevista estruturada, criada para o próprio estudo, com questões sobre sexo, cor ou raça, com quem reside, estrutura familiar e comportamentos de risco: ferir-se, consumo de drogas e *bullying*.

Sintomas internalizantes: a medida primária do estudo de avaliação dos sintomas ansiosos e depressivos foi a *Escala de Ansiedade e Depressão Infantil Revisada (RCADS-47)*, indicada para crianças e adolescentes de até 17 anos^{32,33}. Esta escala autoaplicável possui 47 questões com perguntas sobre a presença de sintomas de ansiedade e depressão, com itens pontuados de 0 (nunca) a 3 (sempre). A RCADS-47 é subdividida em 6 subescalas: fobia social, ansiedade de separação, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada (essas subescalas somadas constituem um escore de ansiedade total) e transtorno depressivo maior. Sua pontuação total bruta (soma de sintomas ansiosos e depressivos ou sintomas internalizantes) é convertida em um escore T, cujos valores acima de 65 indicam sintomas limítrofes e acima de 70 indicam sintomas clínicos.

A medida secundária utilizada foi a *Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida do Aluno (MSLSS)*³⁴. A MSLSS avalia o índice de bem-estar e satisfação em cinco domínios: família, amigos, escola, ambiente onde mora e *self*. Possui 40 questões, graduadas de 1 (nunca) a 4 (quase sempre). Escores mais altos (domínios individuais ou pontuação total) indicam maior satisfação com a vida.

Intervenção

O manual da TCP-G foi desenvolvido pelo criador da abordagem e coordenador deste estudo, Dr. Irismar Reis de Oliveira. Foi estruturado para 18 encontros e consiste em uma adaptação da TCP, modelo de psicoterapia empiricamente validado que conta com várias técnicas as quais enfatizam a reestruturação de crenças nucleares que, por sua vez, são responsáveis pelos sintomas psicopatológicos. Na TCP-G, as técnicas para modificar os três níveis de cognição trabalhados na TCP foram adaptadas com metáforas para melhor compreensão pelos alunos: 1) detetive da mente; 2) advogado da mente; 3) juiz da mente; e 4) mestre da mente. A etapa do detetive da mente ocorre do 1º ao 6º encontro e o principal objetivo é ensinar os adolescentes a investigarem os três níveis de cognição, identificando acontecimentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos (primeiro

nível de cognição). Essa etapa mostra aos alunos que esses eventos estão interrelacionados. No segundo nível de cognição (composto por pressupostos subjacentes), a técnica de detetive da mente ensina os adolescentes a descreverem as distorções cognitivas e a questionarem os pensamentos automáticos, pela identificação de evidências que sustentam ou não sustentam a distorção. No terceiro nível, o detetive da mente investiga o pensamento mais quente, responsável por emoções, pensamentos e comportamentos específicos. Nessa etapa, é utilizada a metáfora do ‘vulcão’, através da qual os estudantes associam os pensamentos calmos a um vulcão emitindo uma pequena quantidade de fumaça. O pensamento quente (crença nuclear, uma autoacusação, por exemplo: “sou um fracasso”) é metaforizado como um vulcão em erupção, visto que provoca reações comportamentais e emocionais intensas. Essa crença é levada a julgamento²⁸, dando início à segunda etapa do programa TCP-G, que vai do 7º ao 11º encontro, cujo objetivo é treinar os adolescentes para o papel de advogados da mente. Nessa etapa, os estudantes vivenciam, através de encenações, um processo jurídico. Um voluntário assume os papéis de réu, advogado, promotor e júri; plateia e testemunhas são representados pelos demais alunos; e o facilitador do grupo faz o papel de juiz. Durante essa fase, o aluno desenvolve crenças nucleares positivas, que são fortalecidas em etapas posteriores (que refletem recurso da acusação em favor da crença negativa). Espera-se que as crenças nucleares negativas não sejam amparadas por provas ou evidências consistentes, o que faz com que todos os recursos apresentados em favor da crença nuclear sejam negados, levando à reflexão de que o promotor é incompetente e abusivo. Com a finalização dessa fase, espera-se que os estudantes apresentem maior consciência sobre como sua cognição funciona (consciência metacognitiva), adquirindo mais controle e flexibilidade sobre seus comportamentos e pensamentos. Do 14º ao 17º encontro, ocorre a quarta e última fase: o mestre da mente que objetiva aplicar planos de ações e tomadas de decisões diante de circunstâncias, dando ênfase ao comportamento, último elemento do modelo cognitivo. O 18º encontro é destinado a uma pequena confraternização, momento em que os adolescentes recebem o diploma de “Mestre da Mente”.

As intervenções foram realizadas por oito psicólogos treinados e certificados em TCP, os quais receberam treinamento por quatro semanas para uso do protocolo do TCP-G, pelo psiquiatra e criador da abordagem, Dr. Irismar Reis de Oliveira. Foram utilizados recursos audiovisuais e os alunos receberam um manual constando os

conteúdos de cada encontro. No referido manual, constam também tarefas de casa relacionadas ao que foi trabalhado nos encontros, de modo que os adolescentes pudessem reforçar o que aprenderam. O controle da frequência foi feito por lista de chamada. Duas faltas consecutivas ou três alternadas implicavam o desligamento do projeto.

Análise estatística

Realizou-se estatística descritiva das variáveis demográficas e clínicas na linha de base (frequência, média e desvio padrão). Os dados perdidos foram analisados com *Intenção de Tratar* (ITT) e *Imputação Múltipla* (IM)³⁵ com cinco bancos imputados, com base na idade, sexo e grupo de intervenção, assumindo-se o mecanismo de *Perdas ao Acaso* (MAR).

A análise estatística foi realizada pela *Equação de Estimativa Generalizada* (GEE), que comparou as diferenças entre as intervenções ao longo do tempo (avaliação inicial, avaliação final e seguimento). Essa análise produz um valor β , que indica a redução média dos escores de um grupo (TCP-G) em relação ao outro (controle).

Considerou-se a variável “Turma [*cluster*]” como efeito randômico no modelo misto (em inglês, *mixed model*) com o intuito de analisar a estrutura multinível do ensaio. Ou seja, dado que os participantes não são independentes da turma, a qual foi unidade de randomização, fez-se necessário analisar os efeitos considerando essa característica do desenho experimental. Como efeito fixo, adicionamos o status de alocação no nível do sujeito (controle vs. TCP) e as medidas repetidas covariância do tipo auto regressiva heterogênea. Ainda, como uma forma de análise de sensibilidade, verificou-se se possíveis diferenças entre os dois grupos estariam condicionadas ao passar do tempo, para tal, dois modelos de interação entre tempo e status de randomização foram rodados (um para cada desfecho).

Todas as análises foram rodadas no programa SPSS versão 24. E o nível de significância adotado foi 0,05.

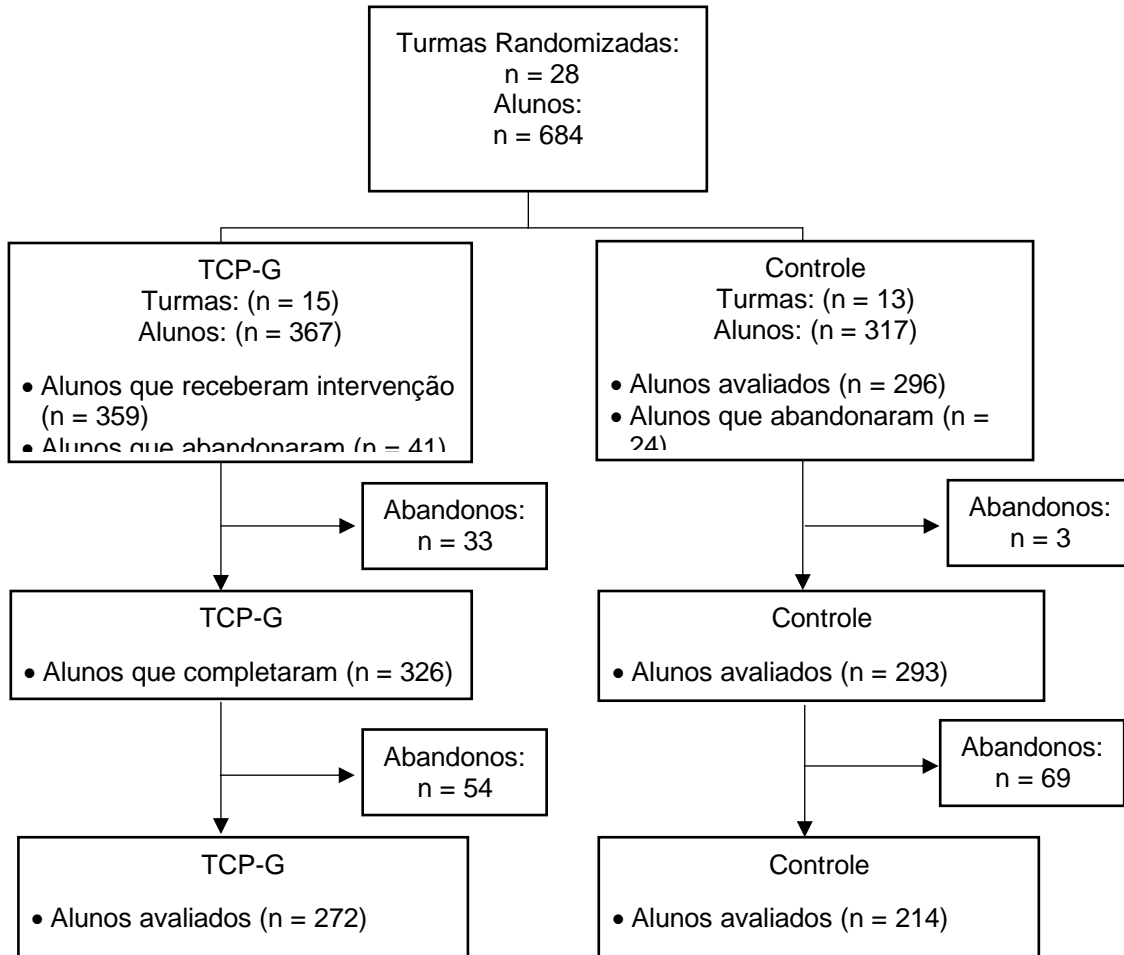
Este ensaio clínico foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (Parecer nº 3.024.360; CAAE nº 42264315.0.0000.5543).

RESULTADOS

Fluxograma dos participantes e perdas

Após a apresentação dos termos de assentimento e consentimento, a amostra de 28 turmas (TCP-G = 15; Controle = 13) e 684 estudantes (TCP-G = 367; Controle = 317) foi randomizada. Houve 65 (9.5%) abandonos entre a randomização e a avaliação final [TCP-G = 11,1% (n = 41); Controle = 7,5% (n = 24)] 198 abandonos no seguimento de 12 meses (TCP-G = 95; Controle = 103). Os motivos do abandono durante a intervenção se deram por mudança de escola ou recusa a participar do treinamento. O teste qui-quadrado de Pearson (X^2) não identificou diferença estatística no número de abandonos entre os grupos, durante a fase de intervenção [$X^2 (1) = 2,345, p = 0,126$]. A Figura 1 descreve o fluxograma do estudo.

Figura 1 – Fluxograma do ensaio clínico - TCP-G: Treinamento Cognitivo-Processual em Grupo



Fonte: Dados da pesquisa.

Características da amostra na linha de base

A amostra foi constituída de 357 participantes do sexo feminino (TCP-G = 174; Controle = 183) e 327 participantes do sexo masculino (TCP-G:193; Controle: 134). A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva das variáveis sociodemográficas. Os grupos não diferiram estatisticamente entre si com relação às variáveis categóricas: sexo [$X^2 (2) = 2,493, p = 0,287$]; cor ou raça [$X^2 (5) = 4,841, p = 0,436$]; com quem reside [$X^2 (6) = 6,283, p = 0,392$]; ter cama individual [$X^2 (2) = 0,892, p = 0,640$]; pensar em ferir-se [$X^2 (3) = 2,070, p = 0,558$]; ferir-se de propósito [$X^2 (2) = 1,361, p = 0,506$]; uso de maconha [$X^2 (1) = 0,107, p = 0,744$]; uso de outras drogas [$X^2 (2) = 1,780, p = 0,411$]; ter sofrido *bullying* [$X^2 (4) = 9,050, p = 0,060$]; praticar *bullying* [X^2

(5) = 9,888, $p = 0,078$]. Contudo, houve diferença entre os grupos no uso de álcool [$X^2(3) = 14,268, p = 0,003$]. A ANOVA de uma via mostrou que os grupos foram diferentes com relação à idade: [$F(1, 682) = 14,071, p < 0,0005$].

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

Características	TCP-G (n = 367)	Controle (n = 317)
Idade: (M/DP)	14,11 (1,79)	14,65 (1,96)
Sexo: n (% feminino)	174 (47,1)	183 (57,7)
Cor ou raça: n (%)		
Pardos	155 (42,2)	151 (43,3)
Negros	121 (32,9)	84 (26,4)
Branços	48 (13,0)	47 (14,8)
Amarelos	23 (6,26)	21 (6,6)
Indígenas	18 (4,9)	14 (4,4)
Com quem reside: n (%)		
Mãe e pai	178 (48,5)	197 (62,1)
Mãe	74 (20,1)	59 (18,6)
Um dos pais e seu novo cônjuge	29 (7,9)	33 (10,4)
Parentes e amigos	5 (1,3)	4 (1,2)
Outros*	62 (16,8)	42 (13,2)
Possui cama individual: n (% sim)	331 (90,1)	287 (90,5)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M: Média; DP: Desvio padrão; TCP-G: Terapia Cognitiva Processual em Grupo.

Resultados principais

As médias dos grupos ao longo das três avaliações estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2: Estatísticas descritivas e GEE dos grupos ao longo do tempo de acordo com a RCADS e MSLSS com ITT e IM, em clusters

Medidas do RCADS	Grupo	Avaliação Inicial	Avaliação Final	12 meses
		M(DP)	M(DP)	M(DP)
RCADS	TCP-G	9,24 (5,68)	8,94 (5,69)	9,08 (5,26)
	Controle	8,72 (5,09)	8,98 (5,62)	8,35 (5,51)
MSLSS	TCP-G	176,20(29,62)	156,92 (29)	161,62 (30,89)
	Controle	177,25 (27,7)	156,64 (26,9)	159,52 (32,64)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: Médias e desvios padrão ao longo das três avaliações nas escalas A e B.

Dada a estrutura em multinível, ressaltam-se os seguintes valores para coeficientes de correlação intraclasse (CCI) para os desfechos em suas medidas no momento inicial do ensaio: $CCI_{RCADS}=0,12$ [95% intervalo de confiança =0,049 até 0,204] e $CCI_{MSLSS}=0,12$, [95% intervalo de confiança =0,046 até 0,198]. Ou seja, 12% da variância dos desfechos no momento inicial do estudo advém da própria turma em que a criança está alocada.

Observou-se falta de evidências para a diferença entre os grupos no que tange o escore total do RCADS-47, sendo que o grupo controle obteve três pontos a menos na RCADS-47 em relação ao grupo intervenção ($b=-3,29$, [95% intervalo de confiança=-11,14 até 4,55], $p\text{-valor}=0,396$). Para a escala MSLSS, o grupo controle obteve sete pontos a menos que o grupo intervenção, sendo essa diferença, não estatisticamente significativa ($b=-7,37$, [95% intervalo de confiança=-25,79 até 11,05], $p\text{-valor}=0,418$).

Por fim, em termos de efeitos de interação entre tempo e grupo, temos falta de evidência para tais efeitos para RCADS ($F_{(1,1999)}=0,385$, $p\text{-valor}=0,535$) e MSLSS ($F_{(1,1990)}=0,305$, $p\text{-valor}=0,581$); ou seja, temos falta de evidência que o passar do tempo poderia modificar a trajetória dos escores entre os grupos.

DISCUSSÃO

Este ensaio clínico avaliou a eficácia da TCP-G, universalmente aplicada, na redução de sintomas internalizantes e na melhora da satisfação com a vida, encontrando resultados negativos na população estudada. Apesar de a literatura apontar estudos com resultados satisfatórios em programas universais em sala de aula, baseados em TCC para a redução de sintomas de ansiedade,²⁵ há também evidências de que esse método de intervenção é pouco eficaz para a redução de sintomas de depressão. Por exemplo, no Reino Unido, foi realizada uma intervenção universal em sala de aula, baseada em TCC, em adolescentes com sintomas depressivos. Os resultados não mostraram redução nas médias após a intervenção, nem diferença estatística entre a intervenção baseada em TCC e o grupo controle³⁷.

Outros estudos^{38,39} mostraram que a intervenção baseada em TCC, universalmente aplicada em sala de aula, não diferiu do grupo controle na redução dos sintomas depressivos e ansiosos. Os autores ressaltaram algumas dificuldades na aplicação da intervenção universal: os programas universais de prevenção não são

intensos e suficientemente focados para alcançar mudanças cognitivas em adolescentes de risco. Outro aspecto é a dificuldade de prevenir depressão em adolescentes, uma vez que há fatores biológicos, desenvolvimentais, hormonais, adversidades e estresse psicossocial a serem observados. Embora a população do presente estudo não seja considerada de alto risco, foi possível perceber algumas limitações: apesar de a escola ter oferecido um ambiente organizado e estruturado, favorecendo a realização da pesquisa, o tempo destinado à intervenção foi pequeno (45 minutos) em relação ao tempo habitual nos outros estudos, que é de uma hora⁴⁰. Dos 45 minutos, em média, 30 minutos eram voltados à intervenção em si, uma vez que era necessário preparar os equipamentos audiovisuais e recolhê-los a tempo, ao final do encontro, obedecendo ao horário acadêmico. Ressalta-se ainda o tempo necessário para acalmar os adolescentes para, só então, dar início ao treinamento. Desse modo, é possível que a intervenção não tenha atingido a intensidade suficiente para produzir efeitos. Também, as turmas poderiam ser menores, como aponta outro estudo³⁹ que realizou uma intervenção universal durante três anos e os resultados não indicaram redução significativa nos escores de depressão. Este estudo também ressalta a dificuldade de produzir mudanças em populações com sintomas subclínicos.

É possível que um dos desafios encontrados na realização deste ensaio clínico tenha sido, como apontam alguns estudos^{38,39}, o fato de que os objetivos da escola sejam mais voltados para os conteúdos acadêmicos do que para a educação socioemocional. Embora a escola onde foi aplicada a TCP-G tenha introduzido o programa em seu calendário acadêmico, a educação socioemocional ainda não faz parte da filosofia escolar, o que não é uma questão apenas da referida escola ou do Brasil e sim uma realidade observada no mundo³⁸.

É possível que o baixo tamanho de efeito encontrado nos resultados seja explicado pelo fato de que os adolescentes da amostra não cursavam com sintomas depressivos e ansiosos, clinicamente importantes na pré-intervenção, impedindo a redução substancial dos sintomas. O escore médio da RCDAS-47 deveria ser maior do que 15 pontos na subescala de depressão, para indicar sintomas clínicos³², mas a média da população estudada neste ensaio foi menor [TCP-G = 9,18 (5,63); Controle = 8,68 (5,04)]. Da mesma forma, o escore médio desta escala deveria ser maior do que 54 pontos na ansiedade total para indicar sintomas clínicos, mas a média dos grupos foi inferior [TCP-G = 38,53 (17,08); Controle = 40,77 (18,15)].

A literatura indica que programas realizados com intervenções seletivas e direcionadas, em vez de universais, oferecem efeitos maiores na redução dos sintomas^{41,42,43,44}. Embora existam resultados positivos em intervenções universais, uma revisão sistemática da literatura²⁴ indicou que a limitada eficácia apontada em alguns estudos pode dever-se a problemas metodológicos na condução dos programas de intervenção. Também se sabe que, quanto mais uma intervenção cognitiva modificar CN, mais abrangente e duradoura é a melhora sintomática^{45, 46} e as intervenções universais possivelmente não sejam o tipo de intervenção mais adequada para alcançar a modificação de crenças de forma satisfatória. A razão disso pode estar no fato de as CN não estarem ativadas, vez que os sintomas de ansiedade e depressão da amostra não se apresentarem clinicamente significativos. Além disso, a quantidade elevada de alunos na mesma classe pode impactar negativamente na assimilação das informações fornecidas pelo facilitador³⁹.

Da mesma forma, com relação à satisfação com a vida, ao final do treinamento, os resultados não apresentaram diferença estatística nos escores da MSLSS. Ao contrário, ao fim dos 18 encontros, houve uma ligeira redução da satisfação com a vida. No decorrer do ano, os estressores inerentes ao ano letivo (provas, dificuldades acadêmicas, notas, problemas interpessoais) podem ter colaborado com a redução dos escores da MSLSS. Destaca-se que, no seguimento de um ano após o fim do treinamento, os grupos não diferiram entre si tanto na RCADS-47 quanto na MSLSS. Dificilmente haveria diferença entre os grupos, uma vez que após o período ativo de intervenção não houve resultados preventivos.

Dentre as limitações do presente estudo estão: 1) o reduzido tempo para a intervenção (30-45 minutos); 2) a dificuldade de acessar níveis mais profundos de cognição; e 3) a amostra não apresentou sintomas, impedindo a intervenção de demonstrar o efeito terapêutico encontrado em outros ensaios clínicos.

CONCLUSÃO

A TCP-G, em formato universal, não foi diferente do controle na redução dos sintomas ansiosos e depressivos e nem na melhora dos índices da satisfação com a vida. Desse modo, não foi possível demonstrar a efetividade da intervenção na população estudada, semelhantemente a outros ensaios clínicos que avaliaram intervenções universais com o mesmo objetivo.

REFERÊNCIAS

1. Antaramian S, Kamble S V, Huebner ES. Life Satisfaction and Coping in Hindu Adolescents in India. *J Happiness Stud* [Internet]. 2016;17(4):1703–17. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10902-015-9666-0>
2. Engle PL, Castle S, Menon P. Child development: Vulnerability and resilience. *Soc Sci Med* [Internet]. 1996;43(5):621–35. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953696001104>
3. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
4. Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 12th ed. Porto Alegre: AMGH;
5. World Health Statistics. Monitoring health for SDGs [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>
6. Park N, Peterson C, Seligman MEP. Strengths of Character and Well-Being. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2004;23(5):603–19. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
7. Health W, Organization. Adolescents and mental health [Internet]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/
8. Asselmann E, Beesdo-Baum K. Predictors of the Course of Anxiety Disorders in Adolescents and Young Adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2015;17(2):7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-014-0543-z>
9. Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre; 2014.
10. Leahy RL. Livro de ansiedade. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.
11. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of Anxiety Symptoms in Children: Results From a Universal School-Based Trial. *Behav Ther*. 2012 Jun;43(2):450–64.
12. Hovens JGFM, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2012;126(3):198–207. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
13. Cordioli A V. TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o

- transtorno obsessivo-compulsivo. Porto Alegre: Artmed; 2007. 240 p.
14. Merikangas KR, Pine D. Genetic and other vulnerability factors for anxiety and stress disorders. In: Davis K, Charney D, Coyle J, Nemeroff C, editors. *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 868–82.
 15. Ingram RE. *The international encyclopedia of depression*: Springer Publishing Company. 2009.
 16. BESSEGHINI VH. Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1997 Jun;816(1 Adolescent Gy):94–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52133.x>
 17. Michaud P-A, Fombonne E. Common mental health problems. *BMJ* [Internet]. 2005;330(7495):835–8. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.330.7495.835>
 18. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 3rd ed. 2010;167(10).
 19. Parikh S V, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016;61(9):524–39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743716659418>
 20. Filho OCS, Silva MP. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Adolesc Saúde (Online)*. 2013;10(3):31–41.
 21. Zeggio L, Nico Y, Leonardi J. A experiência do Método FRIENDS: Uma possibilidade de prevenção e de promoção de “saúde mental” em larga escala no Brasil. *Bol Paradig*. 2015;10:20–4.
 22. Wong N, Kady L, Mewton L, Sunderland M, Andrews G. Preventing anxiety and depression in adolescents: A randomised controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioural therapy programmes. *Internet Interv* [Internet]. 2014;1(2):90–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221478291400013X>
 23. Stallard P, Simpson N, Anderson S, Carter T, Osborn C, Bush S. An evaluation of the FRIENDS programme: a cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. *Arch Dis Child*. 2005;90(10):1016 LP-- 1019.
 24. Mackenzie K, Williams C. Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(9):e022560. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-022560>
 25. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Phillips R, Daniels H, Anderson R, et al.

- Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(3):185–92.
26. Abreu S, Barletta JB, Murta SG. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: Murta SG, França CL, Santos KB, Polejack L, editors. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015. p. 54–74.
 27. Iizuka CA, Barrett PM, Gillies R, Cook CR, Miller D. The FRIENDS Emotional Health Program for Minority Groups at Risk. *J Sch Health* [Internet]. 2014;84(2):124–32. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/josh.12127>
 28. Oliveira IR. *Terapia cognitiva processual: manual para clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
 29. Powell VB, de Oliveira OH, Seixas C, Almeida C, Grangeon MC, Caldas M, et al. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2013;35(3):243–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000300243&lng=en&tlng=en
 30. de Oliveira IR, Hemmany C, Powell VB, Bonfim TD, Duran ÉP, Novais N, et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectr* [Internet]. 2012;17(1):16–23. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1092852912000399/type/journal_article
 31. Duran ÉP. *Eficácia da terapia cognitiva processual no transtorno de estresse pós-traumático* [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2016. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-20042016-163324/>
 32. Farrell LJ, Ollendick TH, Muris P. *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: improving access and outcomes*. Cambridge; 2019.
 33. Esbjørn BH, Sørhøvd MJ, Turnstedt C, Reinholdt-Dunne ML. Assessing the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in a National Sample of Danish Youth Aged 8–16 Years. Scott JG, editor. *PLoS One* [Internet]. 2012;7(5):e37339. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0037339>
 34. Huebner ES. *Manual for the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*. Columbia: University of South Carolina; 2001.
 35. Rubin DB. *multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York: Wiley; 2004.
 36. Cohen J. *Statistical Power Analysis*. *Curr Dir Psychol Sci* [Internet]. 1992

- Jun;1(3):98–101. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.ep10768783>
37. Stallard P. School-based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evid Based Ment Heal*. 2013;16(3):60–1.
 38. Stallard P, Phillips R, Montgomery AA, Spears M, Anderson R, Taylor J, et al. A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technol Assess*. 2013;17(47):vii.
 39. Sawyer MG, Pfeiffer S, Spence SH, Bond L, Graetz B, Kay D, et al. School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(2):199–209.
 40. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Anderson R, Ukoumunne OC, Daniels H, et al. A cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of a school-based cognitive-behavioural therapy programme (FRIENDS) in the reduction of anxiety and improvement in mood in children aged 9/10 years. *Public Heal Res*. 2015 Nov 18;3(14):1–88.
 41. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Heal A Cochrane Rev J* [Internet]. 2012;7(5):1409–685. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1002/ebch.1867>
 42. Spence SH, Shortt AL. Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2007 Jun;48(6):526–42. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2007.01738.x>
 43. Caley AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust* [Internet]. 2010 Jun;192(S11). Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03686.x>
 44. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T, Caird J, Tucker H, Harden A, et al. School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Heal Sociol Rev* [Internet]. 2009 Jun;18(1):61–78. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.5172/hesr.18.1.61>
 45. Beck AT, Alford B. *O Poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
 46. Rangé B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2011.

5 ARTIGO 2

5 ARTIGO 2

Correlações entre maus-tratos na infância e a presença de sintomas de ansiedade e depressão e comportamentos de risco em adolescentes escolares

Daniela Ladeira Reis; Curt Hemanny; Mônica Ribeiro;
Isabela Couto; Nina Maia; Dagoberto Bonavides;
Ana Cristina Botelho; Claudia Luisa Sena;
Irismar Reis de Oliveira

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os maus-tratos na infância são altamente prejudiciais à saúde, principalmente no que concerne ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ao longo da vida. No entanto, a literatura ainda é inconsistente ao explicar o que é mais prejudicial: se os tipos específicos de maus-tratos isoladamente sofridos ou se a quantidade sofrida simultaneamente. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência e os tipos de maus-tratos e investigar a associação entre maus-tratos com a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão, variáveis sociodemográficas e comportamentos de risco de uma amostra de adolescentes escolares. O estudo também buscou identificar quais variáveis são os maiores preditores dos sintomas de ansiedade e depressão. **MÉTODO:** A amostra foi constituída por 654 estudantes, na faixa etária de 11-17 anos. As medidas incluíram entrevista estruturada, a *Escala de Ansiedade e Depressão Infantil Revisada* para medir sintomas de ansiedade e depressão e o *Questionário de Maus-Tratos na Infância*. **RESULTADOS:** Em conformidade com estudos anteriores, os resultados apontaram que o abuso emocional e a negligência emocional são os tipos de maus tratos mais prevalentes. O abuso emocional foi a variável mais correlacionada e preditora de sintomas e ocorre simultaneamente com outros tipos de maus tratos. O abuso emocional e abuso sexual foram os maiores preditores para depressão e ansiedade total. Abuso emocional e negligência emocional estão associados com a prática e vitimização por *bullying*. **Conclusão.** As conclusões reforçam os achados em estudos anteriores quanto à compreensão sobre os efeitos dos maus-tratos e apontam o abuso emocional como principal preditor de sintomas de depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Maus-tratos. Depressão. Ansiedade. Saúde mental. Adolescência.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Child maltreatment is highly harmful to health, especially with regard to the development of lifelong psychiatric disorders. However, the literature is still inconsistent in explaining what is most damaging: whether the specific type of maltreatment suffered alone or the amount simultaneously suffered. The aim of this study was to describe the prevalence and types of maltreatment and to investigate the association between maltreatment and the presence of anxiety and depression symptoms, sociodemographic variables and risk behaviors of a school adolescent sample. The study also identified which variables are the major predictors of anxiety and depression symptoms. **METHOD:** The sample consisted of 654 students aged 11-18 years. Measures included structured interviewing, the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) to measure psychological symptoms, and the Child Abuse Questionnaire (QUESI). **RESULTS:** In line with previous studies, the results indicated that emotional abuse and emotional neglect are the most prevalent types of abuse. Emotional abuse was the most correlated and symptom-predicting variable and occurs simultaneously with other types of abuse. Emotional abuse and sexual abuse were the major predictors of depression and total anxiety. Emotional abuse and emotional neglect are associated with the practice and victimization of bullying. **CONCLUSION.** The conclusions reinforce findings in previous studies regarding understanding of the effects of abuse and point to emotional abuse as the main predictor of symptoms of depression and anxiety.

Keywords: Maltreatment. Depression. Anxiety. Mental health. Adolescence.

Contribuição dos autores:

REIS, D. L. R - Revisão da literatura, coleta dos dados, construção do banco de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

HEMANNY, C. - Organização do banco de dados e análise estatística do artigo.

RIBEIRO, M. - Concepção do estudo, definição do desenho de estudo, coordenação e participação na coleta de dados, organização e construção do banco de dados.

CYPRIANO, C.; BOTELHO, A. C.; SEIXAS, C.; SENNA, C. L.; BONAVIDES, D.; COUTO, I. e MAIA, N. - Coleta dados.

DE OLIVEIRA, I. R. - Concepção do estudo, organização do banco de dados, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo.

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos se referem a atos, omissões e ameaças, geralmente feitas pelos principais responsáveis, produzindo danos físicos, psicológicos e sexuais à criança e ao seu desenvolvimento¹. A literatura aponta cinco tipos de maus tratos: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. As experiências interpessoais de maus-tratos envolvem atos de ofensa, críticas, invalidações, sinalizam desamor e não pertencimento, além de castigos físicos, coerção sexual e negação de necessidades afetivas e fisiológicas da criança^{1,2,3-4}.

Crianças expostas a maus-tratos estão sujeitas a alterações neurobiológicas, sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais, o que as vulnerabiliza para o surgimento de doenças físicas, por exemplo, câncer, doenças autoimunes, asma, diabetes tipo 2, alterações metabólicas, doenças cardiovasculares⁵ e, principalmente, transtornos mentais, sendo a ansiedade, a depressão e o transtorno da personalidade *borderline* os mais documentados na literatura⁶⁻⁷. Essa população frequentemente apresenta dificuldade na regulação emocional e prejuízos funcionais nos relacionamentos interpessoais, na família e na escola^{8,9}.

Em 2015, cerca de 1,7 milhões de crianças em todo o mundo haviam experimentado violência interpessoal. No Brasil, foram identificados 17.900 casos de violência contra crianças, a maioria deles cometidos pelos pais¹⁰, embora a violência ocorra também com outros entes familiares, na escola, meios virtuais e na rua¹¹.

Estudos indicam que os transtornos da ansiedade e transtornos depressivos (transtornos internalizantes), transtornos por uso de substâncias, comportamento antissocial (transtornos externalizantes) e suicida são os mais associados e preditos pela ocorrência de abusos e negligências^{12, 7, 13-14}. A idade precoce de exposição a esses atos danosos produz maior cronicidade e duração dos sintomas^{15,16}.

Os sintomas que surgem em decorrência dos abusos e negligências são heterogêneos, variam em tipos de sintomas, forma de apresentação clínica, gravidade e evolução, de modo que é um desafio para a pesquisa correlacionar os maus-tratos aos diversos sintomas de ansiedade e depressão e, para a clínica, desenvolver as estratégias mais eficazes de tratamento¹⁴. A relação entre os abusos e os sintomas parece ser mediada por outros fatores de risco ou de proteção, como as características genéticas, história de vida, apego e características culturais^{2,17,18}.

Assim, a literatura também aponta casos de resiliência aos maus-tratos, ainda que sejam em menor proporção em comparação aos impactos negativos¹⁹.

A exposição aos maus-tratos ocorre de várias formas, o que influencia a heterogeneidade dos sintomas, sendo uma área de pesquisa abrangente¹². Isso ocorre devido aos dados ainda serem inconsistentes para explicar o que é mais prejudicial: se é a ocorrência de apenas um tipo específico de maus-tratos (por exemplo, ter sofrido apenas abuso emocional ou apenas abuso sexual); se a quantidade de maus-tratos sofridos simultaneamente (p. ex. ter sofrido concomitantemente abuso físico e abuso sexual); ou se o efeito dos maus-tratos dependente de número de maus-tratos sofrido^{6, 12}. Ainda não há consenso sobre se diferentes tipos de maus-tratos produzem transtornos externalizantes ou internalizantes²⁰⁻²¹. Por exemplo, existem associações de abuso físico com o desenvolvimento de transtornos e sintomas externalizantes, a saber: transtornos da conduta, impulsividade, raiva, agressividade, comportamento disruptivo e comportamentos criminosos^{22,14,23,24}. Outras pesquisas indicam que a ocorrência de abuso emocional produz mais transtornos de humor, como exemplos, o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar; e a ocorrência de abuso sexual prediz ocorrência de transtorno da personalidade *borderline*^{25,26}.

Dois trabalhos recentes, com populações distintas, contribuíram para tentar esclarecer se a ocorrência de sintomas está mais associada a tipos específicos de maus-tratos sofridos ou a ter dois ou mais maus-tratos sofridos concomitantemente. O primeiro estudo⁶ descreveu os efeitos específicos, cumulativos e compartilhados (todos os maus-tratos ajustados como covariáveis) na ocorrência de sintomas psiquiátricos. A amostra foi composta de 204 adolescentes e adultos jovens, com alto risco de exposição à violência, pobreza e drogas, no Reino Unido. Os resultados indicaram primeiro que todos os maus-tratos se correlacionavam uns com os outros e que o mais comum era que ocorressem simultaneamente. Segundo, quanto maior o número de abusos e negligências sofridos, mais graves eram os sintomas. Terceiro, o efeito compartilhado indicou que todos os maus-tratos se associam à ocorrência de sintomas psicológicos, mas o abuso emocional foi o dano mais preditor dos sintomas e mediado pela exposição à violência, sob a forma de vitimização por *bullying*. O estudo sugeriu replicações com outras populações para fortalecer os achados. Nessa direção, desenvolveu-se um estudo aplicando a mesma metodologia¹² com uma população de 347 adolescentes de alto risco em idade escolar, com exposição à

violência, pobreza, drogas e tráfico. Os resultados indicaram, em consonância com o estudo prévio, que os diferentes maus-tratos frequentemente ocorrem em conjunto; que há uma relação direta entre quantidade de diferentes maus-tratos e gravidade dos sintomas; e que o abuso emocional foi o principal indicador de ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão. Os autores discutem limitações associadas à especificidade do abuso emocional e vieses de amostra.

Com base na necessidade de estudos em uma população vulnerável a maus-tratos frequentes associados à ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão, o presente estudo, além de replicar parte da metodologia dos dois estudos anteriormente citados, buscou: I) Identificar a prevalência dos tipos de maus-tratos, numa amostra de adolescentes escolares de baixo risco; II) Descrever as principais correlações entre os diferentes tipos de maus-tratos e os sintomas psicológicos; III) Identificar quais maus-tratos aumentam a probabilidade da ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão.

MÉTODO

Desenho de estudo e participantes

Trata-se de um estudo transversal, que coletou dados sobre variáveis demográficas, sintomas de ansiedade e depressão, frequência e tipos de maus-tratos na infância. A amostra foi composta por alunos de um colégio público militar da cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil. O colégio localiza-se em uma região não periférica da cidade e o nível socioeconômico dos alunos varia entre classe baixa e média. A amostra de alunos é de “risco baixo”, visto que estão afastados de variáveis sociais como pobreza extrema e violência¹², ao contrário de outras escolas públicas.

Procedimentos

Trata-se de uma replicação de outro estudo, com a mesma metodologia, conduzido com estudantes de alto risco, devido a exposição à violência e o consumo de drogas no bairro em que o colégio estava localizado¹². O objetivo do procedimento foi avaliar a prevalência dos maus-tratos e sua correlação com sintomas de ansiedade e depressão e variáveis sociais, em adolescentes em idade escolar.

Os dados foram coletados durante o primeiro e o segundo semestre do ano de 2017. Primeiramente, contatou-se o diretor educacional. Em seguida, o projeto foi

apresentado para os professores e pais dos alunos. Os pais receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Então aos alunos também foram apresentados ao projeto, esclarecendo-se suas dúvidas e convidados a assinar o termo de assentimento. Por fim, os alunos responderam, em sala de aula, a uma bateria de questionários e escalas para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, aplicados por profissionais e psicólogos treinados.

Instrumentos de avaliação

Variáveis sociodemográficas e comportamentos de risco: Foi aplicada entrevista estruturada, criada para o próprio estudo, com questões sobre sexo, cor ou raça, com quem reside, estrutura familiar e comportamentos de risco: ferir-se, consumo de drogas e *bullying*.

Sintomas de ansiedade e depressão: Foram avaliados através da *Escala de Ansiedade e Depressão Infantil Revisada (RCADS-47)*²⁷ Essa escala autoaplicável tem 47 questões com perguntas sobre a presença de sintomas de ansiedade e depressão, com itens pontuados de 0 (nunca) a 3 (sempre). A referida escala é subdividida em seis subescalas: fobia social, ansiedade de separação, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada (cuja soma constitui um escore de ansiedade total) e transtorno depressivo maior. Sua pontuação total bruta (soma de sintomas ansiosos e depressivos ou sintomas internalizantes) é convertida num escore T, cujos valores acima de 65 indicam sintomas limítrofes e acima de 70 indicam sintomas clínicos.

Maus-tratos: foi utilizado o *Questionário de Maus-tratos na Infância (QUESI)*²⁸, traduzido e adaptado para a população brasileira²⁹. Trata-se de uma escala com 28 perguntas, com itens variando de 1 a 5 pontos. As perguntas são subdivididas em cinco tipos de maus-tratos: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. Cada ocorrência de maus-tratos é classificada de acordo com o escore e com as gravidades: nenhuma ou mínima; baixa ou moderada; moderada a grave e grave a extrema.

Análise estatística

Foram realizadas estatísticas descritivas demográficas e clínicas da amostra (n, porcentagem, média e desvio padrão). Também foram feitas correlações bivariadas entre os tipos de maus-tratos e as variáveis clínicas (sintomas de ansiedade e depressão) e demográficas (idade, sexo e cor/raça). As variáveis sexo e cor/raça foram categorizadas como dicotômicas para avaliar frequências e para proceder a correlação. Realizou-se a descrição da prevalência de cada tipo de maus-tratos reportado pela amostra: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. Avaliou-se também a gravidade de cada tipo de abuso e negligência: mínima, moderada, grave e extrema. Também foram quantificados quantos jovens sofreram um ou mais tipos de abuso ao mesmo tempo.

Através da regressão linear múltipla, foram analisadas as interações entre todos os tipos de maus-tratos (variáveis preditoras) em cada sintoma de ansiedade e de depressão. Essa análise foi realizada, em primeiro lugar, considerando cada tipo de maus-tratos isoladamente como preditor. Para aumentar o poder de identificação dos maus-tratos mais fortemente preditores, as análises incluíram todos os maus-tratos como covariáveis. Para avaliar os maus-tratos como preditores de uso de maconha, álcool e outras drogas, a prática de *bullying* e comportamentos de autolesão (variáveis dicotômicas), realizaram-se análises de regressão logística binária, tendo como todos os maus-tratos, idade, gênero e etnia como covariáveis. Todas as análises de regressão utilizaram sexo, idade e etnia como covariáveis. O nível de significância estatística estabelecido foi de 0,05, com intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas com SPSS, v.25³⁰.

Aspectos éticos

Este estudo integra uma pesquisa maior, que comparou a eficácia do *Treinamento Cognitivo Processual em Grupo* (TCP-G) na redução de sintomas de ansiedade e depressão, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (Parecer nº 3.024.360).

RESULTADOS

Características da amostra

O quantitativo de participantes que assinou os termos de assentimento e consentimento foi de 684 estudantes, mas 30 deles (4,3%) não compareceram ou se recusaram a preencher os questionários. A amostra foi constituída por 654 estudantes, dos quais 52.9% (n = 346) eram do sexo feminino e a idade média foi 14,3 anos de idade. A Tabela 1 apresenta as características demográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - Características clínicas e sóciodemográficas da amostra

Idade: (M/DP)	14,34 (1,89)
Sexo: n (% feminino)	346 (52,9%)
Cor ou raça: n (%)	
Pardos	290 (44,4%)
Negros	194 (29,7%)
Branco	95 (14,5%)
Amarelos	43 (6,6%)
Indígenas	30 (4,6%)
Pensar em ferir-se:	
Nunca pensou	468 (71,7%)
Pensou uma ou duas vezes	122 (18,7%)
Três vezes ou mais	62 (9,5%)
Ferir-se intencionalmente:	
Nunca se feriu	549 (84,2%)
Feriu-se uma vez	60 (9,2%)
Feriu-se duas vezes ou mais	43 (6,6%)
Uso de álcool:	
Nunca usou	362 (55,4%)
Usou uma ou duas vezes	234 (35,8%)
Usou de 2 a 4 vezes no último mês	49 (7,5%)
Usou mais de uma vez por semana	9 (1,4%)
Uso de maconha:	
Nunca usou	643 (98,5%)
Usou uma ou duas vezes	10 (1,5%)
Sofreu <i>Bullying</i>:	
Nunca sofreu <i>bullying</i>	443 (67,7%)
Sofreu 1 ou 2 vezes	160 (24,5%)
Sofreu 2 a 3 vezes no último mês	24 (3,7%)
Sofreu 1 vez por semana	6 (0,9%)
Prática de <i>Bullying</i>:	

Nunca praticou <i>bullying</i>	495 (75,7%)
Praticou 1 ou 2 vezes	100 (15,3%)
Praticou 2 ou 3 vezes	21 (3,2%)
Praticou 1 vez por semana	17 (2,6%)
Praticou várias vezes por semana	21 (3,2%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M: média; DP: desvio padrão

Resultados principais: prevalência de maus-tratos

A Tabela 2 apresenta a prevalência dos abusos e negligências sofridos pelos estudantes. Também revela a quantidade de tipos de abusos sofridos concomitantemente. Foi observado que o tipo de maus-tratos grave mais frequente foi abuso emocional (8,9%). Os que não sofreram nenhum tipo de maus-tratos correspondem a menos da metade da amostra (35,9%).

Tabela 2 - Prevalências de maus-tratos na amostra

Tipos de maus tratos	Classificação do escore QUESI			
	Nenhum ou mínimo % (n)	Baixo a moderado % (n)	Moderado a grave % (n)	Grave a extremo % (n)
Abuso Emocional	57,6% (376)	24,2% (158)	9,3% (61)	8,9% (58)
Abuso Físico	85,2% (554)	7,8% (51)	4,3% (28)	2,6% (17)
Abuso Sexual	89,8% (583)	6,9% (45)	2,8% (18)	0,5% (3)
Negligência Emocional	61% (399)	27,4% (179)	7% (46)	4,6% (30)
Negligência Física	85,5% (553)	10% (65)	4% (26)	0,5% (3)
Quantidade de tipos de maus-tratos sofridos	Quantidade de adolescentes % (n)			
0	35,9% (225)			
1	26% (170)			
2	22,3% (146)			
3	10,9% (71)			
4	4,6% (30)			
5	0,3% (2)			

Fonte: Dados da pesquisa.

Resultados secundários: correlações entre maus tratos e as características clínicas e sociodemográficas

A Tabela 3 descreve as correlações estatísticas bivariadas entre os tipos de maus-tratos entre si e correlações bivariadas com as variáveis clínicas e sociodemográficas. Nota-se que a maioria dos maus-tratos correlacionam significativamente entre si, com exceção do abuso sexual com as negligências emocional e física. Os dados indicam que as maiores correlações são entre abuso emocional e negligência emocional (r de Pearson = 0,51, $p < 0,0005$), que variam em conjunto, assim como entre abuso emocional e abuso físico (r de Pearson = 0,38, $p < 0,0005$) e entre negligência emocional e negligência física (r de Pearson = 0,34, $p < 0,0005$).

Tabela 3 - Correlações bivariadas entre os tipos de maus-tratos

Tipos de maus-tratos	M (DP)	2. Abuso físico	3. Abuso sexual	4. Negligência emocional	5. Negligência física
1. Abuso emocional	9,00 (4,22)	0,38***	0,15***	0,51***	0,25***
2. Abuso físico	6,25 (2,01)	-	0,18***	0,24***	0,18***
3. Abuso sexual	5,25 (1,04)	-	-	0,008	0,02
4. Negligência emocional	9,18 (4,05)	-	-	-	0,34***
5. Negligência física	5,90 (1,60)	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: M: Média dos escores de maus-tratos; DP: Desvio padrão.

*** $p < 0,0005$

A Tabela 4 apresenta as correlações bivariadas entre os maus-tratos e as variáveis clínicas. Não houve correlações significativas entre a maioria das cores/raças e os tipos de maus-tratos. A única correlação foi entre aqueles que se consideraram asiáticos e o abuso sexual (r de Pearson = 0,10, $p < 0,05$), embora a correlação tenha sido fraca. O aumento da idade foi sutilmente correlacionado com aumento da exposição à negligência emocional (r de Pearson = 0,08, $p < 0,05$) e o sexo feminino foi correlacionado com abuso emocional (r de Pearson = 0,21, $p < 0,0005$), abuso sexual (r de Pearson = 0,08, $p < 0,05$) e negligência emocional (r de Pearson = 0,07, $p < 0,05$).

Todos os maus-tratos foram correlacionados estatisticamente com os sintomas internalizantes, depressivos e ansiosos. As maiores correlações encontradas estão entre os sintomas depressivos e abuso emocional (r de Pearson = 0,56, $p < 0,0005$);

entre sintomas internalizantes e abuso emocional (r de Pearson = 0,49, $p < 0,0005$) e entre sintomas ansiosos e abuso emocional (r de Pearson = 0,44, $p < 0,0005$).

Ferir-se de propósito foi correlacionado com todos os maus-tratos, em especial, abuso emocional (r de Pearson = 0,32, $p < 0,0005$). Ter sofrido *bullying* teve correlação positiva principalmente com abuso emocional (r de Pearson = 0,25, $p < 0,0005$). A prática de *bullying* teve correlação com abuso emocional (r de Pearson = 0,11, $p < 0,05$) e uma correlação mais fraca com negligência emocional (r de Pearson = 0,08, $p < 0,05$). Além de abuso emocional, os maus-tratos do tipo negligência emocional e o abuso físico tiveram correlações fortes com as variáveis psicológicas e sociodemográficas, o que pode ser verificado na Tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis descritivas e correlações com os tipos de maus-tratos

Variáveis	M (DP) dos escores ou prevalência (%)	Tipos de maus-tratos				
		Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	Negligência emocional	Negligência física
Cor ou raça ¹						
Brancos	14.5%	-0,01	-0,08*	0,003	0,003	-0,01
Negros	29.7%	-0,02	0,06	0,01	-0,01	-0,06
Pardos	44.3%	0,04	0,02	-0,07	0,04	0,03
Asiáticos	6.6%	-0,01	0,07	0,13**	-0,02	0,02
Índios	4.6%	-0,007	-0,04	0,02	-0,04	0,02
Sexo (feminino) ¹	52.2%	0,21***	-0,03	0,08*	0,07*	-0,03
Idade	14.3 (1.8)	0,07	0,12**	0,02	0,08*	-0,05
Sint. internalizantes	48.8 (22.0)	0,49***	0,22***	0,18***	0,22***	0,12**
Sintomas depressivos	9.0 (5.4)	0,56***	0,27***	0,16***	0,34***	0,19***
Sintomas ansiosos	39.8 (17.9)	0,44***	0,18***	0,17***	0,17***	0,09*
Ferir-se de propósito	16.1%	0,32***	0,18***	0,10**	0,20***	0,07*
Sofreu <i>bullying</i> ^{1,2}	32.3%	0,25***	0,14***	0,06	0,14***	0,05
Praticou <i>bullying</i> ^{1,3}	24.3%	0,11**	0,06	0,003	0,08*	-0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0005$; M: Média; DP: Desvio Padrão

¹Variáveis transformadas em dicotômicas.

²Sofreu *bullying* pelo menos 1 vez por semana.

³Praticou *bullying* pelo menos uma vez na semana.

As Tabelas 5 e 5.1 apresentam os resultados das análises de regressão linear múltipla. Nelas, cada tipo de maus-tratos foi isoladamente analisado (isto é, sem covariáveis) como preditor dos sintomas de ansiedade e depressão da RCADS-47. Em seguida, todos os maus-tratos foram assumidos ao mesmo tempo, como preditores dos sintomas, como meios de identificar os preditores mais fortes. Ambas as análises tiveram sexo e idade como covariáveis.

Tabela 5: Associação entre os tipos de maus-tratos e os sintomas de ansiedade e depressão

Sintomas psicológicos	Modelos de regressão							
	Apenas um tipo de maus-tratos como preditor				Todos os maus-tratos como preditores			
	β	β padronizado	IC de 95%		β	β padronizado	IC de 95%	
		LI	LS			LI	LS	
Ansiedade Social								
Abuso Emocional	0,37**	0,28	0,28	0,47	0,338***	0,25	0,21	0,45
Abuso Físico	0,57***	0,20	0,36	0,77	0,301**	0,10	0,07	0,52
Abuso Sexual	0,51*	0,09	0,11	0,91	0,23	0,04	-0,16	0,62
Negligência Emocional	0,16**	0,12	0,06	0,27	-0,03	-0,02	-0,15	0,08
Negligência Física	0,22**	0,06	-0,04	0,48	-0,06	-0,01	-0,34	0,20
Pânico								
Abuso Emocional	0,46***	0,38	0,38	0,54	0,45***	0,38	0,35	0,55
Abuso Físico	0,39***	0,15	0,21	0,57	-0,02	-0,008	-0,20	0,16
Abuso Sexual	0,64***	0,13	0,29	0,98	0,39*	0,08	0,07	0,72
Negligência Emocional	0,25***	0,18	0,13	0,31	-0,02	-0,01	-0,12	0,08
Negligência Física	0,37**	0,11	0,14	0,60	0,05	0,01	-0,16	0,28
Ansiedade de Separação								
Abuso Emocional	0,16***	0,21	0,10	0,21	0,15***	0,20	0,08	0,21
Abuso Físico	0,17**	0,11	0,06	0,28	0,02	0,01	-0,09	0,14
Abuso Sexual	0,34**	0,11	0,12	0,56	0,24*	0,08	0,02	0,46
Negligência Emocional	0,06*	0,08	0,006	0,12	-0,03	-0,04	-0,10	0,03
Negligência Física	0,20**	0,10	0,06	0,34	0,11	0,05	-0,03	0,26
Ansiedade Generalizada								
Abuso Emocional	0,32***	0,33	0,25	0,39	0,34***	0,35	0,25	0,43
Abuso Físico	0,33***	0,16	0,18	0,48	0,06	0,03	-0,09	0,22
Abuso Sexual	0,51**	0,13	0,22	0,80	0,29*	0,07	0,01	0,57
Negligência Emocional	0,10**	0,10	0,02	0,17	-0,08*	-0,08	-0,17	-0,003
Negligência Física	0,22*	0,08	0,02	0,41	0,02*	0,01	-0,16	0,22
Obsessivo-Compulsivos								
Abuso Emocional	0,33***	0,36	0,27	0,40	0,34***	0,36	0,26	0,43
Abuso Físico	0,29***	0,15	0,14	0,44	0,002	0,001	-0,15	0,15
Abuso Sexual	0,50***	0,13	0,22	0,79	0,31*	0,08	0,04	0,58
Negligência Emocional	0,13***	0,14	0,06	0,21	-0,05	-0,05	-0,13	0,03
Negligência Física	0,26**	0,10	0,07	0,45	0,05	0,02	-0,13	0,24

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0005$; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior

Tabela 5.1: Associação entre os tipos de maus-tratos e os sintomas de ansiedade e depressão

Sintomas psicológicos	Modelos de regressão							
	Apenas um tipo de maus-tratos como preditor				Todos os maus-tratos como preditores			
	β	β padronizado	IC de 95%		β	β padronizado	IC de 95%	
		LI	LS			LI	LS	
Depressão								
Abuso Emocional	0,67***	0,52	0,59	0,75	0,56***	0,43	0,46	0,66
Abuso Físico	0,74***	0,27	0,55	0,94	0,185	0,06	-0,001	0,37
Abuso Sexual	0,71***	0,13	0,33	1,09	0,334*	0,167	0,006	0,66
Negligência Emocional	0,43***	0,32	0,34	0,52	0,09	0,05	-0,005	0,19
Negligência Física	0,69***	0,20	0,44	,93	0,151	0,04	-0,07	0,37
Ansiedade Total								
Abuso Emocional	10,66***	0,39	1,37	1,95	1,63***	0,38	1,28	1,99
Abuso Físico	0,76***	0,19	1,12	2,41	0,37	0,04	-0,28	1,03
Abuso Sexual	20,51***	0,14	1,27	3,76	1,44*	0,08	0,027	2,62
Negligência Emocional	0,70***	0,15	0,38	1,02	-0,22	-0,05	-0,58	0,12
Negligência Física	10,29**	0,11	0,46	2,11	0,16	0,01	-0,64	0,98
Sintomas Internalizantes								
Abuso Emocional	20,33***	0,44	1,99	2,68	2,19***	0,42	1,77	2,62
Abuso Físico	20,51***	0,22	1,73	3,28	0,55	0,05	-0,22	1,37
Abuso Sexual	30,23***	0,15	1,72	4,74	1,82*	0,08	0,44	3,20
Negligência Emocional	10,13***	0,20	0,74	1,52	-0,13	0,215	-0,56	0,28
Negligência Física	1,98***	0,14	0,98	2,97	0,33	0,02	-0,61	1,29

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0005$; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior

Nota-se que, nos modelos com todos os maus-tratos como covariáveis, o maior preditor da ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão foi o abuso emocional: depressão ($\beta = 0,56$, $p < 0,0005$); ansiedade total ($\beta = 1,63$, $p < 0,0005$). Particularmente nos sintomas de ansiedade, o aumento de uma unidade na escala de abuso emocional (QUESI) prediz um aumento de 1,63 pontos no escore de ansiedade total aferidos pela RCADS-47. Há destaque também para o abuso sexual como um preditor, embora mais fraco, de sintomas de ansiedade total ($\beta = 1,44$, $p < 0,05$) e depressão ($\beta = 0,334$, $p < 0,05$).

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão logística binária, que avaliou o poder preditivo da ocorrência dos maus-tratos no uso de drogas, na prática de *bullying* e comportamentos de autolesão.

Tabela 6: Regressão logística binária da predição da probabilidade de comportamentos de risco baseada nos maus-tratos

Comportamentos de risco	B	Odds Ratio	IC de 95% para Odds Ratio	
			Lim. Inf.	Lim. Sup.
Uso de álcool				
Sexo (masculino)	0,11	1,12	0,79	1,57
Idade	0,43***	1,53	1,39	1,7
Abuso Emocional	0,05*	1,05	1,00	1,11
Abuso Físico	0,11*	1,12	1,02	1,24
Abuso Sexual	0,10	1,10	0,92	1,32
Negligência Emocional	0,007	1,00	0,95	1,05
Negligência Física	-0,08	0,91	0,81	1,03
Uso de maconha				
Sexo (masculino)	0,58	1,79	0,7	4,5
Idade	0,13	1,14	0,82	1,59
Abuso Emocional	0,03	1,04	0,88	1,22
Abuso Físico	-0,20	0,81	0,53	1,24
Abuso Sexual	0,22	1,24	0,82	1,89
Negligência Emocional	0,09	1,09	0,93	1,29
Negligência Física	-0,08	0,92	0,60	1,41
Uso de outras drogas				
Sexo (feminino)	0,53	0,58	0,05	5,9
Idade	-0,06	0,93	0,54	1,6
Abuso Emocional	0,18	1,20	0,94	1,52
Abuso Físico	-0,12	0,88	0,49	1,59
Abuso Sexual	0,09	1,10	0,57	2,1
Negligência Emocional	0,03	1,03	0,77	1,38
Negligência Física	-0,28	0,75	0,33	1,67
Ferir-se de propósito				
Sexo (feminino)	0,71**	0,49	0,3	0,8
Idade	-0,12*	0,88	0,77	0,99
Abuso Emocional	0,12***	1,13	1,06	1,2
Abuso Físico	0,10	1,1	0,99	1,23
Abuso Sexual	0,08	1,09	0,91	1,3
Negligência Emocional	0,05	1,05	0,99	1,12
Negligência Física	-0,05	0,95	0,82	1,09
Praticar bullying				
Sexo (masculino)	0,80***	2,24	1,53	3,27
Idade	0,05	1,05	0,95	1,16
Abuso Emocional	0,07***	1,07	1,02	1,13
Abuso Físico	0,008	1	0,91	1,1
Abuso Sexual	-0,00	0,99	0,83	1,19
Negligência Emocional	0,02	1,02	0,97	1,08
Negligência Física	-0,10	0,9	0,79	1,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0005$; IC: Intervalo de Confiança.

A regressão logística binominal indicou que algumas variáveis têm poder preditivo sobre comportamentos de usar álcool, ferir-se e praticar *bullying* entre os adolescentes, especialmente ter sofrido abuso emocional. O risco de os adolescentes usarem álcool aumentou em 1,53 vezes com o aumento da idade e aumentou em 1,05 a 1,12 vezes se tivessem sofrido abuso emocional ou físico, respectivamente.

O risco de os adolescentes ferirem-se propositalmente aumentou em 1,13 vezes, caso sofressem abuso emocional; aumentaram em 0,88 vezes caso fossem mais jovens e em 0,49 vezes, caso fossem do sexo feminino.

A prática de *bullying* teve risco aumentado de ocorrer em até 2,24 vezes entre os adolescentes do sexo masculino e aumentou em 1,07 vezes, caso tivessem sofrido abuso emocional.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que abuso emocional e negligência emocional são os tipos de maus-tratos mais frequentes na população estudada (42,4% e 39%, respectivamente). Essa população é considerada relativamente protegida, vez que está menos exposta a fatores de risco, como pobreza e violência, diferente da população do outro estudo¹², realizado na mesma cidade. O abuso emocional foi a variável mais correlacionada e preditora de sintomas de ansiedade e depressão e comportamentos de risco. Esses achados estão de acordo a literatura atual no que se refere aos efeitos deletérios ocasionados pelos tipos de maus-tratos na infância^{6, 12}.

Nossos achados também apontaram que o abuso emocional é inerente, isto é, ocorre simultaneamente com outros tipos de maus-tratos, podendo ser considerado um marcador não específico, ao que, portanto, deve ser dada ênfase no estudo de outros abusos, como o sexual e o físico¹⁴.

Por outro lado, outros estudos^{6,31,32} enfatizam o papel específico do abuso emocional no desenvolvimento de alterações psicológicas, o que reforça os dados aqui descritos. Também vários estudos, com diferentes culturas e populações^{6, 12, 33, 34}, indicam esta categoria como vulnerabilizante para o desenvolvimento de transtornos mentais. Nossos dados indicaram que, quanto maior o nível de abuso emocional, mais graves os sintomas de ansiedade, depressão, prática de *bullying* e comportamentos autolesivos, o que consiste nas maiores correlações dos dados coletados.

Além de abuso emocional, há evidência de que negligência emocional e abuso físico influenciam a ocorrência de sintomas depressivos. Outros estudos^{16,35} identificaram associação entre esses três tipos de abuso na infância e transtornos depressivos e ansiosos na vida adulta.

A prática de *bullying* ocorreu em conjunto com a presença de abuso emocional e negligência emocional, o que indica que a população (principalmente homens) praticante deste ato também precisa de atenção psicológica. Ter sofrido abuso emocional aumentou em mais de uma vez a chance de os homens praticarem esta violência. De forma semelhante¹², constatou-se que praticantes de atos de violência também tinham sofrido todos os tipos de maus-tratos. A população daquele estudo era mais exposta a riscos sociais, aumentando a correlação com os demais tipos de maus-tratos, o que não ocorreu com os dados do presente estudo.

Quando os maus-tratos e as variáveis sociais foram incluídos na análise como covariáveis para avaliar qual fator era o mais preponderante na predição das variáveis de interesse, foi encontrado que abuso emocional e abuso sexual foram os maiores preditores para depressão e ansiedade total. Desse modo, destacam-se os efeitos deletérios de sofrer abuso sexual e a necessidade de intervenção precoce na população afetada. O poder preditivo do abuso emocional foi encontrado em ambos os estudos^{6,12}, mas não o poder preditivo de abuso sexual. Provavelmente, porque o tamanho amostral deste estudo ($n = 654$) foi maior do que o daqueles ($n = 204$ e $n = 347$), além de que nossos dados indicaram maior relato de abuso sexual leve a moderado do que no dos trabalhos supracitados.

Os dados indicaram ainda que o sexo feminino estava correlacionado positivamente à ocorrência de abuso emocional, sexual e negligência. Dados de outros estudos enfatizam a ocorrência desses abusos sobre o sexo feminino, particularmente no Brasil e em países latinos^{36, 37}. De forma complementar, ser do sexo feminino é um fator que aumenta sutilmente o risco de ocorrência de automutilação, comportamento associado à desregulação emocional. Nessa população, que abrangeu a faixa etária de 11 a 17 anos, os mais jovens tinham maior chance de autolesão. Esses dados são exatamente compatíveis com outras pesquisas que indicam o sexo feminino como mais propenso a autolesões, bem como a idade precoce do início desses comportamentos de risco^{38,39,40,41}. Comportamentos de autolesão não suicida podem ter algumas funções, como autorregulação emocional para obtenção de alívio ou calma, como forma de raiva e punição dirigida a si mesmo,

para influenciar os pares a fazerem o mesmo e como um sinal social de sofrimento emocional⁴⁰.

CONCLUSÃO

O abuso emocional foi o mais prevalente, o mais correlacionado e o maior preditor da ocorrência de ansiedade, depressão e comportamentos de risco. Em segundo lugar, a negligência emocional e o abuso sexual merecem destaque como fatores de risco marcantes e vulnerabilizantes.

O estudo indicou que a população adolescente é muito exposta a maus-tratos, principalmente ao abuso emocional, desde a infância. Este fato reforça a necessidade de políticas públicas de atenção e promoção à saúde, voltadas para programas de intervenção de cunho preventivo, nos âmbitos educacional e familiar.

A pesquisa ainda confirmou que abusos tendem a ocorrer de forma simultânea e correlacionada e que, de fato, aumentam a probabilidade, independentemente do tipo, do desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão.

REFERÊNCIAS

1. Tawasha KAS. Estudo da prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica [Internet]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2016. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-27052015-170749/>
2. Cicchetti D. Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children - past, present, and future perspectives. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2013;54(4):402–22. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>
3. Cicchetti D, Toth SL. Child Maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2005;1(1):409–38. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
4. McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2010;51(10):1079–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x>
5. Szyf M. Epigenetics, DNA Methylation, and Chromatin Modifying Drugs. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2009;49(1):243–63. Available from:

<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-pharmtox-061008-103102>

6. Cecil CAM, Viding E, Fearon P, Glaser D, McCrory EJ. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 Jan;63:106–19. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341630285X>
7. Duarte DGG, Tscherbakowski T, Correa H. Associação entre trauma infantil, transtornos psiquiátricos e suicídio / Association between childhood trauma, psychiatric disorders and suicide. *Rev méd Minas Gerais*. 2012;22(supl. 7):13–21.
8. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen J, editors. *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; 2006. p. 129–201.
9. DE BELLIS MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2001;13(3):539–64. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579401003078/type/journal_article
10. Ministério da Saúde. Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN) [Internet]. Ministério da Saúde. 2018 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>
11. Hooks B. Ending Violence in Childhood: overview. *Glob Rep*. 2017;61–6.
12. de Oliveira IR, Matos-Ragazzo AC, Zhang Y, Vasconcelos NM, Velasquez ML, Reis D, et al. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: A replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2018 Jun;80:312–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341830125X>
13. PINTO VCP, ALVES JFC, MAIA ÂC. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estud Psicol* [Internet]. 2015;32(4):617–25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400617&lng=pt&tlng=pt
14. Petrenko CLM, Friend A, Garrido EF, Taussig HN, Culhane SE. Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2012;36(9):633–44. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341200138X>
15. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJH, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2009;122(1):66–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>

16. Hovens JGFM, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2012;126(3):198–207. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
17. Grossmann K, Grossmann K, Waters E. *Apego: da infância à idade adulta. Os principais estudos longitudinais*. São Paulo: Roca; 2008.
18. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. *Dev Psychopathol* [Internet]. 1994;6(4):533–49. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579400004673/type/journal_article
19. Walsh WA, Dawson J, Mattingly MJ. How Are We Measuring Resilience Following Childhood Maltreatment? Is the Research Adequate and Consistent? What is the Impact on Research, Practice, and Policy? *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. 2010 Jan;11(1):27–41. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838009358892>
20. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(2):113. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
21. Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA, Cicchetti D. Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov;72(11):1135. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
22. COHEN P, BROWN J, SMAILES E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2001;13(4):981–99. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579401004126/type/journal_article
23. Litrownik AJ, Lau A, English DJ, Briggs E, Newton RR, Romney S, et al. Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2005;29(5):553–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521340500102X>
24. van der Put CE, Lanctôt N, de Ruiter C, van Vugt E. Child maltreatment among boy and girl probationers: Does type of maltreatment make a difference in offending behavior and psychosocial problems? *Child Abuse Negl* [Internet]. 2015;46:142–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213415001921>
25. Nunes FL, de Rezende HA, Silva RS, Alves MM. Traumatic events in childhood, impulsivity, and borderline personality disorder. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2015;11(2). Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1808-5687.20150011>
26. Konradt CE, Jansen K, Magalhães PV da S, Pinheiro RT, Kapczinski FP, da Silva

- RA, et al. Early trauma and mood disorders in youngsters. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* [Internet]. 2013;40(3):93–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
27. Farrell LJ, Ollendick TH, Muris P. *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: improving access and outcomes*. Cambridge; 2019.
 28. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report*. Pearson Education; 1998.
 29. Brodski SK, Zanon C, Hutz CS. Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não-clínica. *Avaliação Psicológica*. 2010;9(3):499–501.
 30. Corp. S. *IBM SPSS statistics for windows, version 25.0*. IBM Corp. Armonk, NY; 2017.
 31. Martins CMS, Baes CVW, de Carvalho Tofoli SM, Juruena MF. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(11):774–82.
 32. Martins-Monteverde CMS, Baes CVW, Reisdorfer E, Padovan T, de Carvalho Tofoli SM, Juruena MF. Relationship between depression and subtypes of early life stress in adult psychiatric patients. *Front psychiatry*. 2019;10.
 33. Zhou Y, Liang Y, Cheng J, Zheng H, Liu Z. Child Maltreatment in Western China: Demographic Differences and Associations with Mental Health. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(19):3619. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/19/3619>
 34. Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, Link CL, Hall SA, McKinlay JB. Prevalence and Overlap of Childhood and Adult Physical, Sexual, and Emotional Abuse: A Descriptive Analysis of Results From the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Violence Vict* [Internet]. 2013;28(3):381–402. Available from: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/0886-6708.11-043>
 35. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(12):1007–20.
 36. Fornari LF, Sakata-So KN, Egry EY, da Fonseca RMGS. Gender and generation perspectives in the narratives of sexually abused women in childhood. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 Nov;26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100390&lng=en&tlng=en
 37. Newcomb MD, Munoz DT, Carmona JV. Child sexual abuse consequences in community samples of Latino and European American adolescents. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2009;33(8):533–44. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213409001628>

38. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Mar;19(3):20. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
39. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Nov;8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.01946/full>
40. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov;59(11):565–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371405901101>
41. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;17(1):160. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>

6 DISCUSSÃO DA TESE

6 DISCUSSÃO DA TESE

Este ensaio clínico gerou um segundo estudo, a partir do interesse dos pesquisadores em investigar o efeito dos maus-tratos na saúde mental do adolescente. Os resultados ampliaram a discussão em relação a uma lacuna levantada por diversos autores sobre se os tipos de maus-tratos influenciam o risco de transtornos psiquiátricos de maneira independente ou em conjunto e confirmaram os achados recentes de dois estudos, um no Reino Unido e outro no Brasil, desenvolvidos com populações de alto risco^{28, 29}, destacando o abuso emocional como um importante indicador de problemas em saúde mental. Isso possibilita o desenvolvimento de outros estudos que busquem respostas para avaliação de riscos, tratamento mais indicado e estratégias de prevenções efetivas^{30, 31}. As evidências também apontam a importância de avanços na educação de clínicos quanto às especificidades estudadas e a importância de aprimoramento quanto às intervenções mais direcionadas^{28, 29}. Outro fator que merece atenção é o que apontou o presente estudo em similaridade com outra pesquisa²⁹ sobre a correlação entre abuso emocional e negligência emocional, com vitimização e prática de *bullying*, indicando inclusive que indivíduos do sexo masculino que sofrem ou sofreram essa prática aumentaram em mais de uma vez a chance de praticar essa mesma violência. Esta é uma prática atualmente frequente entre adolescentes e o ambiente escolar tem sido palco de intimidação, perseguição, violência, opressão, assédio, ameaça, provocação, implicância, humilhação, dentre outras formas de agressões.³²⁻³⁴

A TCP-G foi aplicada, no formato universal, em uma população de 655 adolescentes, considerados de baixo risco. Seu protocolo foi desenvolvido para ensinar os adolescentes a identificar, questionar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais, principalmente sobre si, que são assimiladas como verdades absolutas no âmbito de suas experiências com o meio. Os jovens também são ensinados sobre habilidades sociais, como por exemplo, estratégias assertivas para lidar com as adversidades da vida. Conforme discutido anteriormente, não houve diferença entre os grupos nos domínios das medidas primárias e secundárias.

Além de os achados no presente estudo estarem de acordo com outras pesquisas no que se refere aos efeitos negativos ou pouco efetivos de intervenções universais baseadas em sala de aula³⁵, outras variáveis devem ser levadas em consideração. Uma das limitações do estudo, por exemplo, foi o tempo limitado

destinado à intervenção. Dos 45 minutos cedidos e considerando a logística para preparar os equipamentos e os alunos para o início do treinamento, sobravam em média 30 minutos, visto que era necessário também recolher os equipamentos a tempo, ao final do encontro, obedecendo ao horário acadêmico. Outra limitação foi a interrupção no cronograma do treinamento devido às greves dos transportes coletivos e aos eventos escolares, como datas comemorativas e semanas de prova. Diante do cenário atual, no que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos em crianças e adolescentes, a influência dos maus-tratos mediadas pela vitimização entre pares²⁹, os recorrentes casos de *bullying* nas escolas e a pouca efetividade ou efeito negativo de programas de intervenções em formato universal, sugerem-se outras investigações de efeito preventivo, usando metodologia seletiva, ou seja, aquela aplicada a adolescentes que se enquadrem em fatores de risco. Este formato é realizado em grupos menores, com encontros diferentes do horário escolar, com um tempo maior, podendo facilitar a absorção da abordagem e promover efeitos mais positivos na promoção, prevenção e tratamento em saúde mental.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Em geral, a população estudada apresentou baixos índices de sintomas de ansiedade e depressão e níveis elevados de satisfação com a vida. Os programas preventivos em formato universal, aplicados em escolas, podem não ser os mais indicados na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, sobretudo em amostras similares, nas quais estes sintomas são baixos. Sugere-se a realização de estudos utilizando formato seletivo, a fim de avaliar a intervenções mais eficazes para prevenir e reduzir sintomas de transtornos mentais.

Outro aspecto visto neste trabalho indica que os maus-tratos na infância são altamente nocivos ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na adolescência e na vida adulta. Entre os tipos de maus-tratos mais comuns, na amostra estudada, estão o abuso emocional, seguido de negligência emocional e abuso físico. Entre os maus-tratos classificados como graves, estes também foram os mais frequentes.

O abuso emocional foi o que mais aumentou a probabilidade de ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão, consumo de álcool, autolesão e prática de *bullying*, seguido pelo abuso sexual como o segundo dos maus-tratos mais predisponente para sintomas de ansiedade e depressão.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6–7.
2. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida da família: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
3. Brasil. Lei nº8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República federativa do Brasil; 1990.
4. 2000' WHOSG on YP, for All by the Year 'Health, Organization WH. Young people's health - a challenge for society : report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; 1986. (World Health Organization technical report series ; no. 731).
5. Stengel MS. O exercício da autoridade em famílias com filhos adolescentes - DOI: 10.5752/P.1678-9563.2011v17n3p502. *Psicol em Rev*. 2012;17(3).
6. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
7. Lerner H. Adolescências: trayectorias turbulentas. Buenos Aires: Paidós; 2006.
8. Beck AT, Alford B. O Poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
9. Campos DMS. Psicologia da adolescência. Petrópolis: Vozes; 1998.
10. Grossmann K, Grossmann K, Waters E. Apego: da infância à idade adulta. Os principais estudos longitudinais. São Paulo: Roca; 2008.
11. Bowlby J. Apego: apego e perda. Tradução por Alvaro Cabral e Auriphebo Berrance Simões São Paulo Livraria Martins Fontes. 1984;1:423.
12. Rose N. The Human Sciences in a Biological Age. *Theory, Cult Soc*. 2013 Jan;30(1):3–34.
13. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003 Jul;301(5631):386–9.
14. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin*. 2002;66(3):241–58.
15. McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet].

- 2010;51(10):1079–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x>
16. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of Anxiety Symptoms in Children: Results From a Universal School-Based Trial. *Behav Ther.* 2012 Jun;43(2):450–64.
 17. Zeggio L, Nico Y, Leonardi J. A experiência do Método FRIENDS: Uma possibilidade de prevenção e de promoção de “saúde mental” em larga escala no Brasil. *Bol Paradig.* 2015;10:20–4.
 18. Stallard P, Simpson N, Anderson S, Carter T, Osborn C, Bush S. An evaluation of the FRIENDS programme: a cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. *Arch Dis Child.* 2005;90(10):1016 LP-- 1019.
 19. Stallard P. School-based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evid Based Ment Heal.* 2013;16(3):60–1.
 20. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Phillips R, Daniels H, Anderson R, et al. Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry.* 2014;1(3):185–92.
 21. Abreu S, Barletta JB, Murta SG. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: Murta SG, França CL, Santos KB, Polejack L, editors. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção.* Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015. p. 54–74.
 22. de Oliveira IR. *Trial-Based Cognitive Therapy* [Internet]. Routledge; 2016. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317532651>
 23. De Oliveira IR. *Trial-based cognitive therapy: Distinctive features.* Routledge; 2016.
 24. Farrell LJ, Ollendick TH, Muris P. *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: improving access and outcomes.* Cambridge; 2019.
 25. Land KC. *The Well-Being of America’s Children.* Land KC, editor. Dordrecht: Springer Netherlands; 2012.
 26. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica.* 2006;40:249–55.
 27. Brodski SK, Zanon C, Hutz CS. Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não-clínica. *Avaliação Psicológica.* 2010;9(3):499–501.
 28. Cecil CAM, Viding E, Fearon P, Glaser D, McCrory EJ. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 Jan;63:106–19. Available from:

- <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341630285X>
29. de Oliveira IR, Matos-Ragazzo AC, Zhang Y, Vasconcelos NM, Velasquez ML, Reis D, et al. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: A replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2018 Jun;80:312–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521341830125X>
 30. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* [Internet]. 1996 Mar;8(4):597–600. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579400007318/type/journal_article
 31. Oliveira IR, Matos AC, Ribeiro MG, Velasquez ML. Changing adolescent dysfunctional core beliefs with trial-based cognitive training (G-TBCT): proposal of a preventative approach in schools. *Curr Psychiatry Rev*. 2015;12:1–14.
 32. Marcolino E de C, Cavalcanti AL, Padilha WWN, de Miranda FAN, Clementino F de S. BULLYING: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VITIMIZAÇÃO E À AGRESSÃO NO COTIDIANO ESCOLAR. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2018 Mar;27(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100304&lng=pt&tlng=pt
 33. Pigozi PL, Machado AL. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Nov;20(11):3509–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103509&lng=pt&tlng=pt
 34. Mackenzie K, Williams C. Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(9):e022560. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-022560>
 35. Stallard P, Phillips R, Montgomery AA, Spears M, Anderson R, Taylor J, et al. A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technol Assess*. 2013;17(47):vii.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” com objetivo de saber se um novo programa de treinamento pode mudar o comportamento de seu filho (a) fazendo que ele possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle de impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas. Queremos saber se este treinamento pode ser positivo para o seu filho (a).

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para este tipo de intervenção voltada para a educação. Assim, as atividades visam, além de intervir nas dificuldades dos adolescentes, auxiliar na produção de conhecimentos. As informações destes encontros serão armazenadas com cuidado e vamos rever e publicar. Os dados pessoais de seu filho não serão revelados. Todos os dados serão guardados de forma segura. Qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que identifiquem seu filho.

A participação de seu filho (a) é voluntária, e ele não terá nenhum custo. Seu filho (a) não receberá pagamento para participar. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento de participar deste projeto em qualquer momento, não havendo prejuízo para seu filho (a) ou para você, caso deseje fazê-lo.

Os riscos desta pesquisa para seu filho(a) são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.

A pesquisa acontecerá em sala de aula e os encontros acontecerão uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres letivos e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, vão ser 18 encontros, de acordo com o sorteio, com dois encontros extras para a aplicação dos questionários necessários para a avaliação deste programa. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão do Dr. Irismar Reis de Oliveira, professor da Universidade Federal da Bahia.

Você e seu filho(a) serão convidados(as) a responder um conjunto de questionários para medir ansiedade, depressão, estresse, traumas e qualidade de vida. Caso tenha alguma dúvida, o Prof. Irismar Reis de Oliveira ou a Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro, coordenadora de estudos, estarão à sua disposição para os esclarecimentos. Você também pode solicitar maiores informações durante os atendimentos através do telefone (71) 3241-7154, ou ainda via e-mail airismar.oliveira@uol.com.br.

Se houver qualquer necessidade de mais esclarecimentos sobre o estudo ou sobre a equipe que está atendendo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, endereço: Rua do Limoeiro, nº 137-Nazaré- CEP 40055-150-Salvador-Bahia – Tel: (71) 3283-9275 - email: cepmco@gmail.com.

Você vai receber uma cópia deste documento que explica o projeto e seus direitos.

_____ / /
Assinatura do Responsável Data

_____ / /
Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento Data

_____ Papel no estudo

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “*Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado.*” Nesta pesquisa, vamos descobrir se um novo programa de treinamento pode mudar o seu comportamento fazendo com que você possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle sobre seus impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas.

A pesquisa vai acontecer em sala de aula uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres da escola. Estes encontros duram mais ou menos cinquenta minutos. Ao todo, vão ser 18 encontros e mais dois encontros extras para responder uns questionários sobre ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. Estes questionários são importantes para saber se o programa está dando certo. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não vai pagar ou receber dinheiro para participar desta pesquisa. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento, está livre para parar de participar ou não participar deste treinamento. Se você quiser sair, não tem problema e isto não vai ter nota ou repreensão. O que você fizer ou responder só vai ficar com você e o pesquisador, ninguém mais vai saber o que você respondeu ou fez. Durante a pesquisa você pode ficar cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento, mas nós faremos o possível para que isto não aconteça.

Você vai receber uma cópia deste documento após ter tido a oportunidade de ler e esclarecer as suas dúvidas.

Assinatura do (a) menor

____/____/____

Data

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

____/____/____

Data

APÊNDICE C - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE EMENDA A PROJETO

Sanatório São Paulo

Ladeira do Aquidaban, nº 91, Santo Antônio – CEP 40301-500 – Salvador – Bahia
Telefone/Fax: 71 3351-5296 – E-mail: irismar.oliveira@me.com

Ilmo. Sr. Professor
Dr. Eduardo Martins Netto
M.D. Coordenador do CEP
Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal da Bahia

Salvador, 14 de novembro de 2018.

Ref.: “Estudo da Eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na Prevenção de Transtornos de Ansiedade e Depressão em Adolescentes de Escolas Públicas Municipais e Privadas de Salvador: Um Ensaio Clínico Randomizado”.

CAAE Nº: 42264315.0.0000.5543.
PARECER APROVAÇÃO: 966.202
DATA DA APROVAÇÃO: 26 de fevereiro de 2016

Carta de Encaminhamento de Emenda a Projeto

Encaminho para análise desse Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos a inclusão da Doutoranda Daniela Maria Ladeira Reis. Desde o ano de 2016 a mesma desenvolve a função de pesquisadora, conduzindo os treinamentos teóricos realizados em grupo, aplicando questionários entre alunos e pais de alunos, além de participar de treinamentos em sala de aula, como terapeuta. Participa ainda da coleta e análise de dados no projeto de pesquisa acima aludido.

Informo que o protocolo não sofrerá qualquer outra alteração.

Aguardando manifestação deste comitê quanto a apreciação e aprovação.



Atenciosamente

Irismar Reis de Oliveira

Investigador Responsável

APÊNDICE D

Treinamento Cognitivo Processual na Escola

Caderno do Aluno

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero(a) que puder. Ninguém poderá ver suas respostas. Ao final, coloque suas respostas dentro do envelope. Só nós, os pesquisadores, teremos acesso a estas informações que serão guardadas confidencialmente e em segurança em nosso centro de pesquisas na universidade.

Não tenha pressa. Se tiver alguma dúvida ou não entender alguma palavra, um de nós terá muito prazer em ajudá-lo. Não tenha receio.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Sexo: () Feminino; () Masculino.

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone para contato: _____

Série que estuda: _____ Período: () Manhã; () Tarde.

Qual é sua cor ou raça?

1-() negra; 2-() branca; 3-() amarela; 4-() parda; 5-() indígena.

Com quem você mora? Por favor, marque o item que mostra com quem você mora a maior parte do tempo.

1-() Minha mãe e meu pai;

2-() Minha mãe e seu novo companheiro ou marido;

3-() Meu pai e sua nova companheira ou esposa;

4-() Minha mãe;

5-() Parentes ou amigos;

6-() Outro, por favor explique: _____

Quantos irmãos e irmãs você tem?

Tenho ____ irmãos;

Tenho ____ irmãs.

Você tem uma cama só para você?

() Sim; () Não.

As questões a seguir são sobre você e sua vida. As respostas são **confidenciais** e as informações não serão mostradas a ninguém, nem na escola, nem a seus pais, nem a qualquer outra pessoa que não sejam os pesquisadores.

Ferir-se a si mesmo

A. Você teve pensamentos sobre ferir-se, nos **últimos 6 meses**, mesmo que não tenha intenção de fazê-lo?

0- () Absolutamente não; 1-() Uma ou duas vezes; 2-() Três vezes ou mais

B. Você já se feriu de propósito de alguma forma (por exemplo, tomando superdosagem de comprimidos ou se cortando), nos **últimos 6 meses**?

0- () Absolutamente não; 1-() Uma vez; 2-() Duas vezes ou mais

Uso de álcool

C. Marque o item que descreve seu uso de álcool nos **últimos 6 meses**.

- 0-() Nunca tomei bebida alcoólica;
- 1-() Tomei bebida alcoólica uma ou duas vezes;
- 2-() Tomei bebida alcoólica mais de 2-4 vezes por mês;
- 3-() Tomei bebida alcoólica mais de uma vez por semana.

Uso de maconha

D. Marque o item que descreve seu uso de maconha nos **últimos 6 meses**.

- 0-() Nunca fumei maconha;
- 1-() Fumei maconha uma ou duas vezes;
- 2-() Fumei maconha mais de 2-4 vezes por mês;
- 3-() Fumei maconha mais de uma vez por semana.

Uso de outras drogas

E. Marque o item que descreve seu uso de outras drogas (por exemplo, anfetaminas, LSD, Ecstasy, cocaína, cola, crack, heroína, etc.) nos **últimos 6 meses**.

- 0-() Nunca usei nenhuma dessas drogas;
- 1-() Usei alguma dessas drogas uma ou duas vezes;
- 2-() Usei alguma dessas drogas mais de 2-4 vezes por mês;
- 3-() Usei alguma dessas drogas mais de uma vez por semana.

Bullying

F. No **último semestre escolar**, com que frequência você sofreu bullying (por exemplo, verbalmente como ter sofrido pirraça ou gozação; ou fisicamente como ter sido agredido ou ameaçado)?

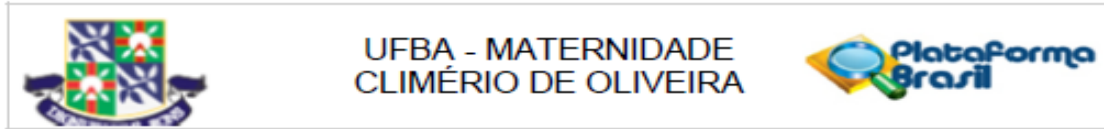
- 0-() Não sofri bullying;
- 1-() Uma ou duas vezes;
- 2-() Duas ou três vezes por mês;

- 3-() Cerca de uma vez por semana;
- 4-() Várias vezes por semana.

G. No último semestre escolar, com que frequência você participou de bullying (verbal ou fisicamente) sobre outros estudantes?

- 0-() Não pratiquei bullying sobre outros estudantes;
- 1-() Uma ou duas vezes;
- 2-() Duas ou três vezes por mês;
- 3-() Cerca de uma vez por semana;
- 4-() Várias vezes por semana.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 14

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.024.380

Apresentação do Projeto:

O investigador solicita a inclusão da Doutoranda Daniela Maria Ladeira Reis. Desde o ano de 2016 a mesma desenvolve a função de pesquisadora, conduzindo os treinamentos teóricos realizados em grupo, aplicando questionários entre alunos e pais de alunos, além de participar de treinamentos em sala de aula, como terapeuta. Participa ainda da coleta e análise de dados no projeto de pesquisa acima aludido.

ADEQUADO

Objetivo da Pesquisa:

Não mudam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Temo de anuência e sigilo anexado.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO B

RCADS-47

Por favor, circule a palavra que demonstre o quão frequente cada uma dessas coisas acontece com você. Não existem respostas certas ou erradas

1. Muitas coisas me preocupam	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
2. Sinto um vazio ou uma tristeza	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
3. Quando eu tenho um problema, eu sinto um frio na barriga	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
4. Eu me preocupo quando acho que fui mal em alguma coisa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
5. Eu sinto medo quando tenho que ficar sozinho em casa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
6. Eu não vejo mais graça em nada que eu faço	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Eu sinto medo quando tenho que fazer uma prova	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8. Eu fico preocupado quando eu acho que alguém está bravo comigo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
9. Eu me preocupo em ficar longe dos meus pais	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10. Eu fico incomodado com pensamentos ruins ou tolos que vêm à minha cabeça	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
11. Eu tenho dificuldade em pegar no sono/para dormir	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
12. Eu me preocupo que irei mal nos trabalhos escolares	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
13. Eu me preocupo que algo terrível acontecerá com alguém da minha família	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
14. De repente, eu sinto como se não pudesse respirar sem que haja razão para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. Eu tenho falta de apetite	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
16. Eu tenho que verificar várias vezes se fiz as coisas corretamente (ex: apagar as luzes, ou trancar a porta)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Eu sinto medo se tenho que dormir sozinho(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
18. Eu tenho dificuldade para ir para a escola porque fico nervoso ou com medo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19. Eu sinto falta de energia	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20. Eu me preocupo em fazer papel de bobo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
21. Eu me sinto muito cansado	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
22. Eu me preocupo que coisas ruins acontecerão comigo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
23. Eu tenho dificuldade de tirar pensamentos ruins ou bobos da minha cabeça	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24. Quando eu tenho um problema, meu coração bate muito acelerado	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
25. Eu não consigo pensar claramente	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
26. De repente, eu começo a tremer sem motivo para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre

ANEXO C

QUESI – Questionário sobre Traumas na Infância.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

ANEXO D

MSLSS Brazilian Version - Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (EMSVE)

Gostaríamos de saber o que você tem pensado da vida nas últimas semanas. Pense sobre como você vive cada dia e depois pense sobre como a sua vida tem sido na maior parte do tempo.

Aqui estão algumas perguntas que pedem para que você indique a sua satisfação com a vida. Circule o número (de 1 a 6) junto de cada frase para mostrar o quanto você concorda ou discorda com cada frase. É importante saber o que você **REALMENTE** pensa então, por favor, responda às perguntas de acordo com o que você realmente sente, e não como você acha que deveria estar sentindo.

Isto **NÃO** é um teste. **NÃO** existem respostas certas ou erradas. Suas respostas **NÃO** vão mudar suas notas e ninguém vai saber as suas respostas.

Circule 1 se você **DISCORDA TOTALMENTE** da frase
 Circule 2 se você **DISCORDA MODERADAMENTE** da frase
 Circule 3 se você **DISCORDA UM POUCO** da frase
 Circule 4 se você **CONCORDA UM POUCO** com a frase
 Circule 5 se você **CONCORDA MODERADAMENTE** com a frase
 Circule 6 se você **CONCORDA TOTALMENTE** com a frase

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADAMENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADAMENTE	CONCORDA TOTALMENTE
1. Meus amigos são legais comigo	1	2	3	4	5	6
2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto	1	2	3	4	5	6
3. Eu me sinto mal na escola	1	2	3	4	5	6
4. Tenho momentos ruins com os meus amigos	1	2	3	4	5	6
5. Existem muitas coisas que eu posso fazer bem	1	2	3	4	5	6
6. Eu aprendo muito na escola	1	2	3	4	5	6
7. Eu gosto de passar meu tempo com meus pais	1	2	3	4	5	6
8. Minha família é melhor do que a maioria	1	2	3	4	5	6
9. Existem muitas coisas na escola de que eu não gosto	1	2	3	4	5	6
10. Eu acho que eu tenho boa aparência	1	2	3	4	5	6
11. Meus amigos são ótimos	1	2	3	4	5	6

