

**HELPING
ADOLESCENTS
THRIVE**



Diretrizes sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

**HELPING
ADOLESCENTS
THRIVE** HA

Diretrizes sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESTABELECEMOS O PADRÃO PARA AS Américas

Versão oficial em português da obra original em Inglês
Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents
© Organização Mundial da Saúde, 2020
ISBN: 978-92-4-001185-4 (versão eletrônica)

Diretrizes sobre Intervenções de Promoção e Prevenção em Saúde Mental para Adolescentes: Ajudar os adolescentes a Prosperar

ISBN: 978-92-75-72713-3 (PDF)

ISBN: 978-92-75-72714-0 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2023**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 Organizações Intergovernamentais de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: no caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: no caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. *Diretrizes sobre Intervenções de Promoção e Prevenção em Saúde Mental para Adolescentes: Ajudar os adolescentes a Prosperar*. Brasília, D.F.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275727133>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, contate a sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, consulte <https://www.paho.org/en/publications/permissions-and-licensing>.

Materiais de terceiros: para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

BRA/NMH/2023

Sumário

Prefácio	v
Agradecimentos	vi
Resumo executivo	viii
Contexto	viii
Objetivo, escopo e público-alvo	viii
Metodologia de elaboração das diretrizes	ix
Perguntas de pesquisa	x
Resumo das recomendações	xi
Introdução	1
Contexto	1
Escopo das diretrizes	3
Processo de elaboração da diretriz	7
Estruturas de gestão	7
Declarações de interesses e gestão de conflitos de interesses	8
Colaboração com parceiros externos	8
Identificação das perguntas de pesquisa e dos desfechos	9
Identificação, avaliação e síntese das evidências disponíveis	9
Gestão dos processos e da tomada de decisão em grupo	10
Evidências e recomendações	11
Considerações gerais sobre todas as perguntas de pesquisa	11
Pergunta 1: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a todos os adolescentes para melhorar a saúde mental positiva, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio, e reduzir comportamentos de risco?	14
Pergunta 2a: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, violência) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?	16
Pergunta 2b: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, pobreza extrema) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?	18
Pergunta 2c: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, emergências humanitárias) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?	20
Pergunta 3: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?	22
Pergunta 4: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes vivendo com HIV/aids para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?	24
Pergunta 5: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com problemas emocionais para prevenir transtornos mentais (incluindo a progressão para transtornos mentais diagnosticáveis), autolesão e outros comportamentos de risco?	26
Pergunta 6: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com comportamentos disruptivos/opositores para evitar transtornos da conduta, autolesão e outros comportamentos de risco?	28

Implementação das diretrizes	30
Considerações sobre a implementação	30
Monitoramento e avaliação da qualidade e implementação das diretrizes	31
Apoio à adaptação local	31
Disseminação das diretrizes e planos de atualização	32
Publicação e disseminação	32
Planos de atualização das diretrizes	32
Anexo 1: Membros do Grupo de Elaboração das Diretrizes e do Grupo de Revisão Externa	33
Anexo 2: Declarações de conflitos de interesses	35
Anexo 3: Perguntas de pesquisa	39
Anexo 4: Metodologia de revisão	42
Anexo 5: Aplicação do sistema GRADE	52
Anexo 6: Resumos das evidências por pergunta de pesquisa	55
Anexo 7: Lacunas e prioridades de pesquisa	92
Referências	94
Observações	105

Prefácio

A adolescência é uma das fases mais rápidas e formativas do desenvolvimento humano. Durante esse período, os adolescentes desenvolvem conhecimentos e habilidades socioemocionais e adquirem atributos e capacidades importantes para assumir papéis adultos e contribuir ativamente para a sociedade. Até 50% das condições de saúde mental têm início antes dos 14 anos de idade e até um em cada cinco adolescentes apresenta um transtorno mental a cada ano. O suicídio é uma das três maiores causas de morte de adolescentes mais velhos. Por sua vez, a saúde mental precária dos adolescentes está associada a uma série de comportamentos de alto risco, incluindo autolesão, uso de tabaco, álcool e substâncias, comportamentos sexuais de risco e exposição à violência, cujos efeitos persistem ao longo de toda a vida e têm graves consequências.

A pandemia de covid-19 teve grande impacto sobre o bem-estar dos jovens e aumentou o risco de suicídio, uso de substâncias e outros problemas de saúde mental. A maior preocupação dos jovens, segundo eles próprios, é o custo da pandemia sobre sua saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está empenhada em apoiar os Estados Membros na promoção da saúde mental e do bem-estar para o cumprimento da meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esta orientação, destinada a embasar a saúde mental de adolescentes e prevenir condições de saúde mental, autolesão, uso de substâncias e outros comportamentos de alto risco, é o primeiro produto do pacote *Ajudar os adolescentes a prosperar* (HAT, na sigla em inglês), que será complementado por uma série de ferramentas de implementação, como o conjunto de ferramentas HAT do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)/OMS sobre orientação programática. O pacote HAT apoiará a operacionalização da *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)*, que reconhece que os adolescentes são essenciais para alcançar os ODS, e fomentará as ações do país de acordo com as recomendações da publicação *Ação global acelerada para a saúde de adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a implementação pelos países*, elaborada pela OMS em parceria com outras organizações das Nações Unidas. Além disso, contribuirá para a implementação do *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* [Plano de ação sobre saúde mental 2013-2020] integral da OMS (prorrogado até 2030), que identifica a saúde mental de crianças e adolescentes como área prioritária.

Esta orientação é um marco para traduzir em ação as oportunidades de promoção da saúde mental e prevenção de doenças. Contém recomendações baseadas em evidências sobre intervenções psicossociais de promoção e prevenção para adolescentes de 10 a 19 anos, que podem ser implementadas em escolas, serviços de saúde e comunidades ou por meio de plataformas digitais. Há uma atenção especial aos adolescentes sob maior risco de transtornos mentais ou autolesão e aos adolescentes que apresentam sinais ou sintomas iniciais de problemas emocionais ou comportamentais. Assim, as diretrizes HAT promoverão a melhoria do bem-estar e da funcionalidade e ajudarão a reduzir o sofrimento decorrente de condições de saúde mental e autolesão em adolescentes.

Incentivamos os gestores públicos da educação, da saúde e de outros serviços, juntamente com os jovens e suas famílias, a usar estas diretrizes como ferramenta de promoção da saúde mental e do bem-estar de adolescentes.

Dra. Zsuzsanna Jakab
Diretora-Geral Adjunta
Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

Grupo de Desenvolvimento da Diretriz (GDG)

Nick Allen, Universidade de Oregon, Estados Unidos da América (EUA); Steve Allsop, Centro Colaborador da OMS para a Prevenção do Abuso de Álcool e Drogas, Instituto Nacional de Pesquisa de Drogas, Universidade Curtin, Austrália; Gracy Andrew, Sangath, Índia; Dixon Chibanda, Universidade do Zimbábue, Zimbábue; Pim Cuijpers, Universidade Livre de Amsterdam, Países Baixos; Rabih El Chammy, Ministério de Saúde Pública, Líbano; Sarah Harrison, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Dinamarca; Andres Herrera, Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua, Nicarágua; Mark Jordans, War Child, Países Baixos; Chisina Kapungu, Centro Internacional de Pesquisa sobre Mulheres, EUA; Eugene Kinyanda, Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute, Uganda; Crick Lund, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul (*Presidente*); Yutaka Motohashi, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Instituto Nacional de Saúde Mental, Japão; Olayinka Omygbodun, Universidade Ibadan, Nigéria; George Patton, Universidade de Melbourne, Austrália; Atif Rahman, Fundação de Pesquisa para o Desenvolvimento Humano, Paquistão; Jacqueline Sharpe, Ministério da Saúde, Trinidad e Tobago; Katherine Sorsdahl, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul; Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gory, Polônia; Lakshmi Vijayakumar, Autoridade Nacional de Segurança, Saúde e Meio Ambiente, Índia; Danuta Wasserman, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa, Desenvolvimento de Métodos e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Karolinska Institutet, Suécia; e Wietse A. Tol, Escola de Saúde Pública Bloomberg da Universidade Johns Hopkins, EUA.

Metodologistas GRADE

Corrado Barbui e Marianna Purgato, Universidade de Verona, Itália.

Grupo de Revisão Externa

Vladimir Carli, Centro Colaborador da OMS em Pesquisa, Desenvolvimento de Métodos e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Karolinska Institutet, Suécia; Lucie Cluver, Universidade de Oxford, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte; Delanjathan Devakumar, University College London, Reino Unido; Daniel Fung, Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Adolescente e Profissões Aliadas, Cingapura; Charlotte Hanlon, Addis Ababa University, Etiópia; Kanika Malik, Sangath, Índia; Lynette Mudekunya, Iniciativa Regional de Apoio Psicossocial, África do Sul; Mónica Ruiz-Casares, Universidade McGill, Canadá; Graham Thornicroft, King's College London, Reino Unido; Carmen Valle-Trabadelo, Colaboradora de Atenção à Saúde Mental e Apoio Psicossocial, Save the Children; e Shamsa Zafar, Health Services Academy, Paquistão.

Grupo Juvenil de Revisão: Tasnia Ahmed, Bangladesh; Charity Giyava, Zimbábue; Brian Mafuso, Zimbábue; David Milambe, Malawi; e William Yeung, ReachOut, Austrália.

Agradecemos a contribuição técnica dos colegas da UNICEF, em especial: Liliana Carvajal, Cristina de Carvalho Eriksson, e Joanna Lai, sede do UNICEF, Nova York, EUA.

Grupo Diretor da OMS

Coordenação geral

Tarun Dua, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias; Batoool Fatima, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias; Alexandra Fleischmann, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias; David Ross, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente; e Chiara Servili, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias.

Funcionários da sede da OMS

Faten Ben Abdelaziz, Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis; Wole Ameyan, Programas Globais de HIV, Hepatite e Infecções Sexualmente Transmissíveis; Rajiv Bahl, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente; Valentina Baltag, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente; Anshu Banerjee, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente; Lianne Marie Gonsalves, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; Dévora Kestel, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias; Berit Kieselbach, Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Violência e Traumatismos; Kid Kohl, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente; Martina Penazzato, Departamento de HIV/aids; Vladimir Poznyak, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias; e Mark van Ommeren, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias.

Assessores regionais da OMS

Nazneen Anwar, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; Florence Baingana, Escritório Regional da OMS para a África; Claudina Cayetano, Escritório Regional da OMS para as Américas; Daniel Hugh Chisholm, Escritório Regional da OMS para a Europa; Khalid Saeed, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; e Martin Vandendyck, Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.

Equipe de revisão e síntese de evidências

Nina Abrahams, Olamide Akin-Olugbade, Melissa Bradshaw, Amanda Brand, Stefani du Toit, Sarah Gordon, Christina Laurenzi, GJ Melendez Torres, Sarah Skeen e Mark Tomlinson, Institute for Life Course Health Research, Universidade de Stellenbosch, África do Sul.

Apoio financeiro

A OMS agradece o apoio financeiro concedido pela Agência de Saúde Pública do Canadá e por meio das contribuições voluntárias básicas da OMS.

Resumo executivo

Contexto

A necessidade de priorizar a saúde mental de adolescentes é cada vez mais reconhecida à medida que a comunidade global procura alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o ODS 3: “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” e o ODS 10: “reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles” (1). Para alcançar as metas dos ODS é primordial enfrentar as principais ameaças à saúde dos adolescentes, uma vez que estes constituem 16% da população mundial (2).

As condições de saúde mental são responsáveis por uma parcela considerável da carga global de doenças durante a adolescência e são a principal causa de deficiência em jovens. Até metade das condições de saúde mental surge antes dos 14 anos de idade. O suicídio é uma das três principais causas de morte de adolescentes mais velhos (3). A saúde mental precária na adolescência prenuncia uma série de comportamentos de alto risco, entre os quais estão a autolesão, o uso de tabaco, álcool e outras substâncias, os comportamentos sexuais de risco e a exposição à violência, cujos efeitos persistem e têm graves implicações ao longo de toda a vida (4, 5).

Existem diversas oportunidades para promover a saúde e prevenir doenças na adolescência, que poderiam beneficiar a vida dos jovens a curto e longo prazo. Essa fase é considerada um dos períodos ideais para intervenção, dada a evidente neuroplasticidade na adolescência e a oportunidade de intervir em um momento em que se inicia a maioria das condições de saúde mental e dos comportamentos de risco (3).

Objetivo, escopo e público-alvo

Estas *Diretrizes sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes: ajudar os adolescentes a prosperar* (diretrizes HAT) contêm recomendações informadas por evidências sobre intervenções psicossociais para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais em adolescentes. As diretrizes, o conjunto de ferramentas HAT da UNICEF/OMS e outras ferramentas de implementação relacionadas visam a apoiar o planejamento informado por evidências para alcançar esse objetivo. As diretrizes HAT foram priorizadas pela OMS como um de seus bens públicos globais para a saúde.

As diretrizes baseiam-se em evidências de estudos de intervenções aplicadas a crianças de 10 a 19 anos, com atenção especial a: (i) intervenções universais aplicadas a adolescentes não selecionados; (ii) intervenções seletivas aplicadas a adolescentes sob maior risco de transtornos mentais ou autolesão, em razão da exposição a adversidades específicas (violência, pobreza e emergências humanitárias), doenças crônicas (HIV/aids) e/ou circunstâncias específicas da vida (gravidez ou paternidade/maternidade na adolescência); e (iii) intervenções indicadas aplicadas a adolescentes com sinais ou sintomas iniciais de problemas emocionais ou comportamentais, mas sem diagnóstico formal de transtorno emocional ou comportamental. Durante a revisão das evidências, os desfechos primários de interesse foram a melhoria do bem-estar e do funcionamento, a redução de sintomas e da incidência de transtornos mentais e a redução de autolesão em adolescentes. Outros desfechos de interesse foram a redução de comportamentos de risco (uso de substâncias e agressão), melhor retenção escolar e comportamentos sexuais e reprodutivos mais saudáveis.

Constituem o principal público-alvo das diretrizes os formuladores de políticas nacionais, os planejadores e gestores de programas de saúde governamentais e não governamentais, e as pessoas que trabalham em agências internacionais de saúde e desenvolvimento.

Metodologia de elaboração das diretrizes

As diretrizes foram elaboradas de acordo com os procedimentos padronizados da OMS (6). O diagrama a seguir mostra os sete passos do processo de elaboração.



Na etapa 6, empregou-se o método Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [classificação de análise, desenvolvimento e avaliação das recomendações] para avaliar a qualidade das evidências, com relação ao delineamento do estudo, risco de viés, inconsistência, evidências indiretas, imprecisão e risco de viés de relato. A certeza das evidências foi caracterizada, de acordo com os resultados, em alta, moderada, baixa ou muito baixa. Usou-se o *software* de elaboração de perfis GRADE (GRADEPro) para criar tabelas de resumo. O relatório final de revisão de evidências foi apresentado de acordo com a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálises] (PRISMA, na sigla em inglês) e o sistema de evidências para decisão GRADE para cada pergunta PICO. Durante a etapa 7, o GED seguiu o procedimento padronizado da OMS para elaborar recomendações a partir da revisão de evidências (6). Os membros levaram em conta a pertinência das recomendações para os vários grupos de adolescentes e o balanço de benefícios e danos de cada intervenção. Eles consideraram valores e preferências, custos e uso de recursos, além de outras questões práticas importantes para os prestadores de serviços de saúde em países de baixa e média renda (PBMR).

Para elaborar uma recomendação forte, os membros do GED precisavam estar confiantes de que os efeitos desejáveis da intervenção superavam quaisquer efeitos indesejáveis. Quando não tinham certeza sobre o balanço entre efeitos desejáveis e indesejáveis, os membros do GED fizeram uma recomendação condicional. As recomendações fortes significam que a maioria dos adolescentes desejaria a intervenção e deveria recebê-la, enquanto as recomendações condicionais significam que diferentes opções podem ser apropriadas.

Perguntas de pesquisa

O GED analisou e discutiu as evidências e outras informações pertinentes disponíveis sobre as oito perguntas de pesquisa arroladas adiante.

1. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a todos os adolescentes para melhorar a saúde mental positiva, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio e reduzir comportamentos de risco?
- 2a. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, violência) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?
- 2b. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, pobreza extrema) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?
- 2c. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, emergências humanitárias) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?
3. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?
4. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes vivendo com HIV/aids para melhorar sua saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?
5. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com problemas emocionais para prevenir transtornos mentais (incluindo a progressão para transtornos mentais diagnosticáveis), autolesão e outros comportamentos de risco?
6. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com comportamentos disruptivos/opositores para evitar transtornos da conduta, autolesão e outros comportamentos de risco?

Resumo das recomendações

Com base na síntese das evidências e nas estruturas de Evidências para Decisão, o GED formulou cinco recomendações para intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes, expostas a seguir.

Recomendação A

As intervenções psicossociais universais devem ser oferecidas a todos os adolescentes. Essas intervenções promovem a saúde mental positiva e previnem e reduzem comportamentos suicidas, transtornos mentais (como depressão e ansiedade), comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, e uso de substâncias.

Força da recomendação: Forte.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, as intervenções devem abranger a aprendizagem social e emocional, que pode incluir componentes como regulação emocional, solução de problemas, habilidades interpessoais, atenção plena, assertividade e gestão do estresse (7).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudo de intervenção. Entretanto, apesar da baixa certeza das evidências, fez-se uma recomendação forte graças à relativa uniformidade dos resultados do estudo e ao fato de que significativos benefícios superaram consideravelmente os possíveis danos. Além disso, considerações sobre os valores, a viabilidade e a custo-efetividade deram ainda mais respaldo à recomendação. As intervenções universais nas escolas podem ser de mais fácil implementação e menos propensas a causar estigmatização que as intervenções com necessidade de triagem. Quando oferecidas nas escolas, as intervenções ajudam a alcançar uma grande parcela dos adolescentes e abordar muitos fatores de risco, ao mesmo tempo que propiciam habilidades básicas para promover a saúde mental e prevenir comportamentos de risco.

Recomendação B

As intervenções psicossociais devem ser oferecidas a adolescentes afetados por emergências humanitárias. Essas intervenções são bastante úteis para prevenir transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse) e podem ser consideradas para reduzir o uso de substâncias por essas populações.

Essas intervenções são bastante úteis para prevenir transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse) e podem ser consideradas para reduzir o uso de substâncias por essas populações.

Força da recomendação: Forte para redução de sintomas ou prevenção de transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse). Condicional para o uso de substâncias.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: O apoio passado e contínuo aos adolescentes expostos a emergências humanitárias abrange diversas intervenções psicossociais. Isso reflete a natureza heterogênea das experiências em eventos de emergência. Portanto, é importante interpretar com cautela os resultados dos estudos. As evidências indicam que o manejo do estresse, as estratégias de relaxamento e os cuidados com o bem-estar do implementador são os componentes de intervenção mais associados à efetividade. No caso de adolescentes com altos níveis de exposição a traumas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) centrada no trauma teve efeitos positivos na redução dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse (8, 9). As intervenções de TCC em grupo tiveram efeitos positivos sobre os sintomas de outros adolescentes expostos a eventos estressantes (10).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudo de intervenção. Entretanto, fez-se uma recomendação forte das intervenções psicossociais para reduzir sintomas de transtornos mentais, apesar da baixa certeza das evidências. A razão foi que os benefícios clinicamente relevantes previstos superaram os possíveis danos.

Além disso, as considerações sobre valores importantes, equidade e viabilidade sugerem que os programas de prevenção de doenças mentais devem dar prioridade aos adolescentes expostos a emergências humanitárias. As evidências respaldam a ideia de que as intervenções psicossociais universais devem ser benéficas para todos os adolescentes. A alta prevalência de transtornos mentais em adolescentes expostos a emergências humanitárias e a enorme lacuna terapêutica nesses ambientes tornam ainda mais convincentes os argumentos favoráveis à implementação de intervenções psicossociais para essa população. Entretanto, é importante levar em conta o perfil e as exposições dos adolescentes, dada a heterogeneidade de experiências e circunstâncias.

A maioria dos estudos foi realizada em PBMR, e um terço dos estudos avaliou intervenções implementadas por não especialistas. Desse modo, os resultados guardam pertinência direta com os ambientes onde vive a maioria dos adolescentes expostos a emergências humanitárias.

Recomendação C

As intervenções psicossociais devem ser consideradas para adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes, principalmente para promover a saúde mental positiva (funcionamento e bem-estar mental) e aumentar a frequência escolar.

Força da recomendação: Condicional.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, pode-se cogitar a introdução de programas de desenvolvimento de habilidades cognitivo-comportamentais para mães e gestantes adolescentes (11).

Recomendação D

As intervenções psicossociais indicadas devem ser oferecidas a adolescentes com sintomas emocionais.

Força da recomendação: Forte para a redução de sintomas de depressão e ansiedade ou para prevenção de transtornos mentais (depressão e ansiedade) e promoção de saúde mental positiva. Condicional para aumento da frequência escolar.

Certeza das evidências: Muito baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, pode-se cogitar a TCC em grupo para adolescentes com sintomas emocionais (12).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudo de intervenção. Entretanto, apesar da certeza muito baixa das evidências, houve uma forte recomendação para redução dos sintomas de depressão e ansiedade ou prevenção de transtornos mentais (depressão e ansiedade), bem como para promoção da saúde mental positiva em adolescentes com problemas emocionais. A razão é que os benefícios superam os possíveis danos. Além disso, as considerações sobre valores importantes, equidade e custo-efetividade justificam o investimento em intervenções para esse grupo de risco. A saúde mental precária de adolescentes é um importante fator de risco para a saúde física e mental no futuro. A intervenção precoce para adolescentes que já apresentam problemas emocionais mostrou-se crucial para prevenir o avanço de problemas de saúde mental e otimizar a saúde e as trajetórias de vida.

Recomendação E

As intervenções psicossociais indicadas devem ser oferecidas a adolescentes com comportamento disruptivo/opositor. Essas intervenções reduzem comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, previnem transtornos mentais (depressão e ansiedade) e promovem a saúde mental positiva. As intervenções devem ser implementadas com cautela para evitar o aumento do uso de substâncias por adolescentes com comportamento disruptivo e opositor.

Força da recomendação: Condicional.

Certeza das evidências: Muito baixa.

Observações importantes: De acordo com as evidências, as intervenções psicossociais efetivas para adolescentes com diagnóstico de transtornos da conduta, ou em risco de desenvolver esses transtornos, costumam incluir a capacitação de pais e mães, com base em estratégias de aprendizagem social, e o treinamento de habilidades interpessoais e sociocognitivas para a solução de problemas para os adolescentes. Podem compreender também intervenções multimodais para adolescentes e seus pais e mães, com base em um modelo de aprendizagem social (13).

Introdução

Contexto

Ao longo da transição da infância para a vida adulta, os adolescentes passam por uma série de importantes mudanças físicas, sociais e psicológicas (3). Entre elas estão o rápido desenvolvimento neurológico, acompanhado de vulnerabilidade a diversas influências positivas e negativas (14). Questões como pobreza, conflitos, violência comunitária, migração forçada, desigualdade de gênero e emergências humanitárias aumentam a probabilidade de uma série de experiências adversas. Fatores como casamento precoce e forçado, violência de gênero, gravidez na adolescência, má nutrição, doenças não transmissíveis e infecciosas e abandono escolar podem predispor a condições de saúde mental. Quanto maior é o número de fatores de risco a que os adolescentes são expostos, maior é o possível impacto sobre a saúde mental (14).

Os jovens vivem em ambientes sociais, culturais e econômicos cada vez mais complexos e que impõem desafios crescentes, como aumento do deslocamento forçado, migração, instabilidade familiar, desigualdade de renda, níveis cada vez maiores de problemas mentais e violência (15). As condições de saúde mental são responsáveis por uma parcela considerável da carga global de doenças durante a adolescência e são a principal causa de deficiência em jovens. Até 50% das condições de saúde mental surgem antes dos 14 anos de idade. O suicídio é uma das três principais causas de morte de adolescentes (3). A saúde mental precária dos adolescentes prenuncia uma série de comportamentos de risco, entre os quais estão a autolesão, o uso de tabaco, álcool e outras substâncias, os comportamentos sexuais de risco e a violência, cujos efeitos persistem ao longo de toda a vida.

As iniquidades, incluindo aquelas associadas à pobreza e ao gênero, influenciam todos os aspectos da saúde e do bem-estar dos adolescentes. A população jovem desfavorecida de comunidades minoritárias e migrantes é afetada de maneira desproporcional, com piores desfechos em saúde mental e maiores taxas de desemprego e abandono escolar. As mulheres, sobretudo as jovens, estão sujeitas um risco duas vezes maior de transtornos mentais comuns que os homens (16). Além disso, também se considera

que a depressão seja mais persistente nas mulheres que nos homens (17). Essa maior prevalência de doenças mentais comuns também reflete a carência de tratamento em saúde mental para as mulheres (18). Fatores socioculturais, como a menor escolaridade, a pobreza, a exposição a maus-tratos e violência doméstica e o baixo poder de decisão, tendem a aumentar o risco de depressão em meninas e mulheres (19).

O sofrimento psicológico relacionado a questões reprodutivas (como oscilações hormonais associadas à menstruação, gravidez pré-conjugal ou indesejada, aborto provocado ou espontâneo, infecções sexualmente transmissíveis, falta de controle sobre o uso de contraceptivos, cirurgias, retirada de órgãos reprodutivos, fístulas e infertilidade) também intensifica a vulnerabilidade das meninas a doenças mentais (20, 21). A parentalidade adolescente está associada a uma série de desfechos adversos para as jovens mães, incluindo problemas de saúde mental como depressão e uso de álcool e outras substâncias. As mães adolescentes também são mais propensas que as mães adultas a empobrecer e a viver em comunidades e famílias em situação socioeconômica desfavorável. Essas circunstâncias podem ter efeitos adversos sobre a saúde mental materna, a parentalidade e o crescimento e os desfechos do desenvolvimento de seus filhos, além de aumentar o risco de maus-tratos infantis. Por outro lado, as condições de saúde mental em adolescentes do sexo masculino acarretam alto risco de suicídio, transtorno da conduta, uso de álcool e substâncias e violência interpessoal (22).

Uma grande variedade de importantes fatores estruturais ou sociais põe os adolescentes, ou subgrupos específicos de adolescentes, em risco de saúde mental insatisfatória e de transtornos mentais. Os relacionamentos e o apego ao pai e à mãe, as relações com os pares e os vínculos com a escola e outras organizações comunitárias desempenham um papel vital na saúde mental e no bem-estar dos adolescentes (23). A pobreza, a migração, o contraste entre experiências e aspirações (às vezes alimentadas por imagens exibidas na mídia) e as normas de gênero também influenciam a saúde mental dos adolescentes. A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta na qual os jovens lidam com a fertilidade, a sexualidade e rápidas transformações puberais que suscitam preocupação com a aparência e a imagem corporal. Uma série de normas sociais pode aumentar o risco de transtornos mentais em adolescentes. Entre elas estão o casamento precoce e forçado (geralmente de meninas adolescentes) e a violência sexual e por parceiro íntimo (geralmente contra meninas adolescentes e mulheres jovens), além de normas sociais associadas a outros tipos de risco, como o uso de álcool e outras substâncias e práticas sexuais inseguras (principalmente entre meninos).

De sobreviver e prosperar até a saúde mental de adolescentes

Os últimos anos testemunharam um aumento da consciência sobre a importância da saúde mental dos adolescentes como prioridade global de saúde e desenvolvimento. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) incluem, na meta 3.4, um compromisso de “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”(1). Em reconhecimento a seu potencial inexplorado de impulsionar mudanças, os adolescentes foram incluídos na *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2020)* atualizada (24). Essa estratégia compreende uma agenda de “sobreviver, prosperar e transformar” e descreve o programa atual para alcançar o mais alto padrão atingível de saúde e bem-estar para crianças e adolescentes. Concentra-se na redução da mortalidade, promoção do desenvolvimento e transformação do contexto global (25). Inclui também a otimização da saúde mental e do bem-estar, bem como da saúde física, a fim de fomentar as oportunidades sociais e econômicas ao longo da vida.

Resposta da OMS

O *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* [plano de ação sobre saúde mental 2013-2020] integral e a *Ação global acelerada para a saúde de adolescentes (AA-HA!)* oferecem estratégias para orientar o planejamento, a implementação e o monitoramento de ações nacionais destinadas a melhorar a saúde mental das pessoas jovens (3, 26).

No âmbito operacional, o manual de intervenções do *Programa de ação para reduzir as lacunas em saúde mental* da OMS (mhGAP, na sigla em inglês) contém orientações para profissionais não especialistas sobre maneiras de avaliação e manejo das condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em adolescentes (27).

Essas diretrizes da iniciativa *Ajudar os adolescentes a prosperar* (HAT) complementam o manual de intervenções mhGAP com recomendações globais e informadas por evidências sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes. O UNICEF e a OMS também estão desenvolvendo um conjunto de ferramentas HAT para apoiar a implementação das recomendações das diretrizes. O conjunto de ferramentas descreve estratégias para implementar intervenções ambientais, familiares e individuais a fim de ajudar a assegurar a melhor saúde mental possível para adolescentes.

Escopo das diretrizes

Propósitos e objetivos das diretrizes

O propósito das diretrizes HAT é oferecer recomendações informadas por evidências e globais sobre intervenções psicossociais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco em adolescentes. As diretrizes também contemplam outros desfechos pertinentes em saúde e educação.

Junto com as ferramentas HAT, essas diretrizes apoiarão o planejamento baseado em evidências para intervenções de promoção e prevenção em saúde mental dirigidas a adolescentes. Elas informarão a formulação de políticas, o planejamento de serviços e o fortalecimento dos sistemas de saúde e educação. Por sua vez, isso reforçará a capacidade dos países de implementar as diretrizes AA-HA! (3), o *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* [plano de ação sobre saúde mental 2013-2020] integral (26) e outras estratégias e planos pertinentes.

Tipo de diretriz

Este é um documento convencional de diretrizes da OMS. Está em conformidade com os procedimentos padronizados da OMS para a elaboração de diretrizes (6).

População de interesse

A população de interesse inclui todos os adolescentes (10 a 19 anos de idade), com atenção especial a (i) adolescentes sujeitos a um maior risco de transtornos mentais ou autolesão em razão da exposição a adversidades (como violência, pobreza e emergências humanitárias), doenças crônicas (HIV/aids) e/ou determinadas circunstâncias da vida (gravidez na adolescência) e (ii) adolescentes com sinais ou sintomas iniciais de problemas emocionais ou comportamentais, porém sem diagnóstico de um transtorno emocional ou comportamental.

Intervenções de interesse

As recomendações das diretrizes HAT concentram-se em intervenções psicossociais de prevenção e promoção voltadas para a saúde mental dos adolescentes.

As intervenções preventivas são “distintas do tratamento, mas complementares para alcançar o objetivo comum de reduzir a carga dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais (MEC) sobre o desenvolvimento saudável de crianças e jovens” (28). As intervenções psicossociais podem ser definidas como “atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas voltadas para fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o propósito de melhorar o funcionamento da saúde e o bem-estar” (29). As intervenções psicossociais usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social, ou uma combinação destas, para melhorar o bem-estar psicossocial e reduzir o risco de desfechos insatisfatórios em termos de saúde mental (30). Essas intervenções compreendem programas dirigidos a adolescentes, de caráter individual ou em grupo, ou a seus cuidadores e famílias. As intervenções podem ser centradas na escola, na comunidade (inclusive em contextos humanitários, como campos de refugiados), no centro de saúde ou no lar. Podem ainda ser *online*, digitais ou combinações de todas as opções anteriores. As intervenções podem ser implementadas por diversas pessoas, como professores, profissionais de saúde e de outras áreas, trabalhadores comunitários, trabalhadores leigos e pares.

As diretrizes não abrangem intervenções biológicas (como a farmacoterapia) ou cujo objetivo seja apenas modificar o contexto estrutural do adolescente (sem nenhum conteúdo de programa psicológico ou psicossocial). As revisões, porém, incluem a avaliação de ações que combinam intervenções psicossociais e estruturais.

A pergunta 1 formulada pelo método PICO (população, intervenção, comparação e desfecho) abrange intervenções preventivas universais, que são programas destinados a toda a população adolescente e concebidos para o benefício de todos. As perguntas PICO 2 a 4 englobam intervenções preventivas seletivas ou direcionadas a indivíduos ou comunidades em risco de desenvolver problemas de saúde mental ou comportamentos de risco por fatores como pobreza, estado de saúde (incluindo HIV e gravidez), situação migratória e exposição à violência. As perguntas PICO 5 e 6 dizem respeito a intervenções indicadas para programas de prevenção destinados a adolescentes selecionados para participar de um estudo por apresentarem sintomas de transtorno mental ou comportamentos de alto risco.

Comparadores

Os revisores compararam as intervenções à atenção habitual, que em alguns casos seria a ausência de atenção e/ou intervenção.

Desfechos de interesse

Os desfechos variaram de acordo com a pergunta PICO. Os desfechos primários de interesse são a melhoria do bem-estar e funcionamento dos adolescentes e a redução dos sintomas e da incidência de transtornos mentais e autolesão entre eles. Outros desfechos de interesse são: redução de comportamentos de risco (uso de substâncias e agressão), melhoria da retenção escolar e comportamentos sexuais e reprodutivos mais saudáveis.

Público-alvo

O principal público-alvo destas diretrizes são formuladores de políticas, planejadores da atenção à saúde e gestores de programas nos governos, além de agências de desenvolvimento e internacionais. É possível adaptar e disseminar as diretrizes para uso por prestadores de serviços de saúde, educação e assistência social. Entre esses prestadores estão organizações não governamentais, organizações comunitárias, médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e desenvolvimento, assistentes sociais, professores, enfermeiros escolares, agentes de proteção da criança e campeões de apoio a pares que atuam na atenção primária à saúde e em escolas e comunidades.

Outras diretrizes e ferramentas pertinentes da OMS

A OMS dispõe de uma série de outras diretrizes, já publicadas ou em fase de desenvolvimento, que apresentam condutas para promover o bem-estar e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco à saúde em adolescentes. Algumas condutas são aplicáveis a todos os adolescentes. Outras destinam-se a populações específicas, como aqueles que vivem com HIV, adolescentes grávidas ou pais e mães adolescentes (Tabela 1).

Tabela 1 – Diretrizes pertinentes existentes e previstas relacionadas à saúde mental dos adolescentes

Nome	Descrição	Acesso
MI-mhGAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018 (27).	O manual de intervenções mhGAP oferece orientações para avaliação e manejo de transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias prioritários, incluindo aqueles que se iniciam durante a infância e a adolescência. O manual contém recomendações sobre intervenções de promoção e prevenção, tais como intervenções na escola e outras para a prevenção de suicídio e o treinamento de habilidades de vida dirigidas a crianças e adolescentes.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572-por.pdf</p>
Guideline on school-based or school-linked health services provided by a health worker [diretriz sobre serviços de saúde escolares ou ligados à escola prestados por um trabalhador da saúde] (prevista) (31).	A diretriz sobre serviços de saúde escolares abrangerá aspectos de prevenção, tratamento e atenção na área de saúde mental e uso de substâncias, além de serviços de reabilitação quando prestados por um trabalhador da saúde, tanto dentro das escolas quanto em associação com as escolas.	Ainda não disponível
Guia consolidado sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (32).	A diretriz aborda a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres que vivem com HIV. Abrange vários aspectos da saúde mental, como o impacto do diagnóstico de HIV sobre a saúde mental, a alta prevalência de dificuldades em saúde mental citadas por mulheres que vivem com HIV ou ainda questões como estigma, medo e discriminação, todos pertinentes para as presentes diretrizes.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789248549991-por.pdf?ua=1pdf?sequence=1</p>
Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal [recomendações sobre intervenções de promoção da saúde para a saúde materna e neonatal]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (33).	A diretriz contém recomendações sobre intervenções de promoção da saúde efetivas para melhorar os desfechos em saúde materna e neonatal, examinando principalmente as intervenções para aumentar a busca de atenção na gravidez, no parto e no pós-parto.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/es/publications/item/9789241508742</p>
Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias [evitar a gravidez precoce e os desfechos reprodutivos adversos em adolescentes nos países em desenvolvimento: evidências]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 (34).	A diretriz destaca intervenções efetivas para prevenir a gravidez precoce pela atuação em fatores como casamento precoce, sexo coercitivo, aborto inseguro, acesso a contraceptivos e acesso a serviços de saúde materna prestados por adolescentes.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/es/publications/item/9789241502214</p>

Nome	Descrição	Acesso
Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [resposta à violência por parceiro íntimo e à violência sexual contra as mulheres: diretrizes clínicas e políticas da OMS]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (35).	O documento contém orientações baseadas em evidências para os prestadores de serviços de saúde acerca das respostas apropriadas à violência por parceiro íntimo e à violência sexual contra a mulher, incluindo intervenções clínicas e apoio emocional.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240</p>
Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual: directrices clínicas de la OMS [como responder a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual: diretrizes clínicas da OMS]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (36).	A diretriz, destinada principalmente aos prestadores de serviços de saúde da linha de frente, contém recomendações baseadas em evidências sobre atenção clínica de qualidade para crianças e adolescentes (até 18 anos) que foram ou possam ter sido submetidos a abuso sexual, com o propósito de mitigar as consequências negativas para a saúde e melhorar o bem-estar. A diretriz propõe intervenções psicológicas e de saúde mental para crianças e adolescentes vítimas de abuso e apresenta conteúdo complementar à nova diretriz proposta para adolescentes expostos a adversidades.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043</p>
Guidelines for the health sector response to child maltreatment [diretrizes da OMS para a resposta do setor de saúde aos maus-tratos de crianças]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (37).	A diretriz examina as respostas do setor de saúde aos maus-tratos de crianças de 0 a 17 anos. Contém recomendações para crianças expostas a maus-tratos físicos, abuso emocional ou negligência e para crianças com sintomas de problemas emocionais, problemas de comportamento ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Entretanto, não há considerações específicas para a faixa etária adolescente. Em vista das poucas evidências disponíveis, muitas das recomendações foram extraídas das diretrizes mhGAP.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment</p>
Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition [diretrizes consolidadas sobre o uso de fármacos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública, segunda edição]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2016 (38).	A diretriz contém orientações sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV, o uso de antirretrovirais para tratar e prevenir a infecção pelo HIV e a atenção às pessoas (crianças, adolescentes e adultos) que vivem com essa infecção. A diretriz enfatiza que um diagnóstico de infecção por HIV pode ter consequências para a saúde mental da pessoa, como o aumento do risco de depressão ou suicídio. Destaca ainda que os problemas de saúde mental podem dificultar a adesão à terapia antirretroviral ou que os medicamentos antirretrovirais podem causar efeitos colaterais relativos à saúde mental. Entretanto, não contém recomendações sobre quais intervenções psicossociais devem ser usadas para mitigar esses riscos.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684</p>
Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção ao HIV para populações-chave]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (39).	A diretriz propõe um pacote amplo de recomendações baseadas em evidências relacionadas ao HIV para populações-chave, como homens que fazem sexo com homens, pessoas que injetam drogas, pessoas em prisões e outros ambientes fechados, trabalhadores do sexo e pessoas transgênero. Os transtornos de saúde mental (depressão ou estresse psicossocial) são destacados como possível comorbidade do HIV que pode demandar intervenções de prevenção ou manejo. Entretanto, não contém recomendações sobre quais intervenções psicossociais devem ser usadas para mitigar esses riscos.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124</p>
Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [recomendações globais sobre atividade física para a saúde]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (40).	Esta diretriz destaca o impacto da atividade física sobre a saúde, incluindo a saúde mental. Menciona, por exemplo, a necessidade de mais pesquisas sobre a atividade física como tratamento clínico para pessoas com doenças não transmissíveis, incluindo condições de saúde mental.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241599979</p>
Implementing effective actions for improving adolescent nutrition [implementação de ações efetivas para melhorar a nutrição de adolescentes]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (41).	Esta diretriz resume as recomendações da OMS que abordam todas as formas de má nutrição em adolescentes, com o objetivo de assegurar vidas saudáveis e bem-estar para esse grupo.	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297</p>
WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [diretriz da OMS: recomendações sobre intervenções digitais para fortalecimento do sistema de saúde]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (42).	Esta diretriz contém recomendações sobre novas intervenções de saúde digital que estão ajudando a melhorar os sistemas de saúde. Recomenda a comunicação digital seletiva sobre questões de saúde que dizem respeito aos adolescentes (embora não tenha discriminado a saúde mental em sua pesquisa).	<p>Leia o código QR</p>  <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505</p>

Processo de elaboração da diretriz

Estruturas de gestão

Grupo Diretor da OMS

A OMS criou um Grupo Diretor para dar apoio geral à elaboração das diretrizes. Lideraram o grupo o Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias e o Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente, juntamente com representantes de outros departamentos e programas pertinentes da OMS. O Grupo Diretor da OMS propôs convidar especialistas com conhecimento técnico e experiência em revisão e síntese de evidências para compor o Grupo de Elaboração das Diretrizes (GED).

Grupo de Elaboração das Diretrizes

Entre os membros convidados para compor o GED estavam acadêmicos, formuladores de políticas, profissionais de saúde e representantes de organizações da sociedade civil com conhecimento multidisciplinar especializado em saúde de adolescentes e saúde mental. Vários métodos foram usados para selecionar e nomear os membros do GED, como a escolha de membros de centros colaboradores da OMS e de redes consultivas no âmbito do mhGAP e da saúde de adolescentes, além de buscas na internet para identificar especialistas participantes de processos de geração e síntese de evidências pertinentes. A diversidade geográfica e o equilíbrio de gênero foram levados em conta nas nomeações, revisadas posteriormente pelo Grupo Diretor. Uma vez formado o GED, seus membros escolheram o presidente, cuja função era facilitar as discussões do grupo para que os membros pudessem apresentar seus pontos de vista, resumir os pontos levantados nas discussões e assim chegar a um consenso. O Anexo 1 contém a lista completa de membros do GED.

Grupo de Revisão Externa

Constituiu-se um grupo de revisão externa encarregado da revisão por pares do conteúdo das diretrizes. O Anexo 1 contém a lista completa dos membros. O Grupo de Revisão Externa contava ainda com cinco jovens, cujos pontos de vista tiveram o mesmo peso que os dos demais membros. Eles participaram desde o início do processo de elaboração das diretrizes e contribuíram para a concepção deste documento. Posteriormente, revisaram as perguntas de delimitação do escopo e o conteúdo das diretrizes. Suas sugestões foram devidamente consideradas durante a revisão do documento.

Declarações de interesses e gestão de conflitos de interesses

Solicitaram-se declarações de interesses de todos:

- os membros do GED;
- os especialistas e parceiros externos participantes da revisão de evidências; e
- os especialistas e parceiros externos convidados a revisar os perfis de evidências.

Enviou-se uma carta a todos os possíveis membros do GED, solicitando que preenchessem um formulário de declaração de interesses e encaminhassem o *curriculum vitae*. Solicitou-se autorização para publicar um resumo das declarações nas diretrizes. O Grupo Diretor da OMS analisou as declarações de interesses juntamente com informações complementares (obtidas na internet e por busca em bases de dados bibliográficas), averiguou se havia algum conflito de interesses e, em caso afirmativo, avaliou se era necessário um plano de gestão.

A Secretaria da OMS tomou nota de possíveis conflitos de interesses e preparou um resumo. Na reunião do GED ocorrida em setembro de 2019, a Secretaria resumiu e apresentou as declarações de interesses ao grupo. Todos os membros tiveram a oportunidade de atualizar ou corrigir sua declaração e liberdade para comentar ou expressar preocupação sobre os interesses declarados por outros membros. Não se identificaram conflitos importantes durante todo o processo de declaração de interesses. O Anexo 2 contém um resumo das declarações de interesses.

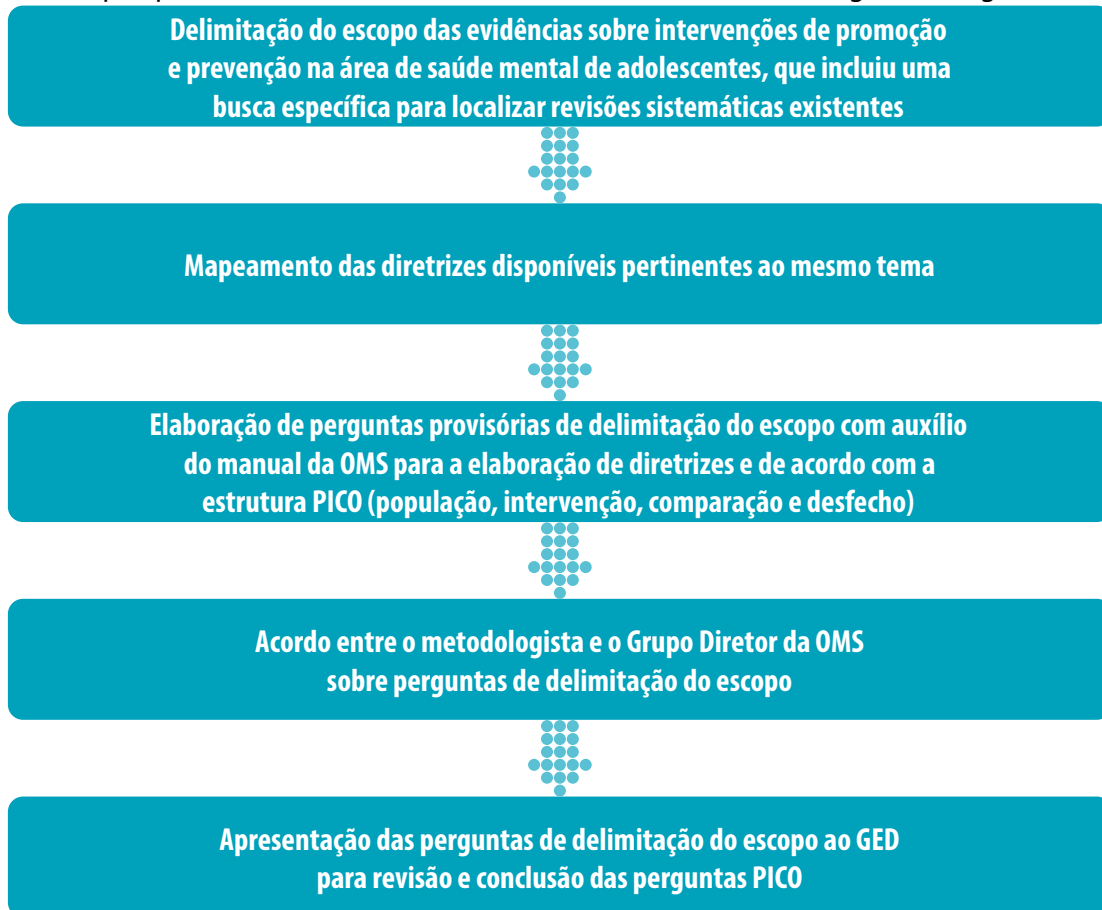
Colaboração com parceiros externos

O Institute for Life Course Health Research – que faz parte do Departamento de Saúde Global da Universidade de Stellenbosch, na África do Sul – apoiou a elaboração das diretrizes mediante a revisão e síntese das evidências.

Identificação das perguntas de pesquisa e dos desfechos

Na formulação de perguntas de pesquisa para orientar o processo de síntese de evidências, usou-se a estrutura PICO.

As perguntas de pesquisa foram identificadas e concluídas, como mostra o diagrama a seguir.



O Anexo 3 contém o conjunto final de perguntas PICO.

Identificação, avaliação e síntese das evidências disponíveis

Utilizou-se a metodologia padronizada de revisão sistemática, em conformidade com o processo descrito no *Manual para la elaboración de directrices* [manual para a elaboração de diretrizes] da OMS, 2ª edição (6). O protocolo de revisão foi compartilhado com os membros do GED e registrado em PROSPERO (43), uma base de dados global de revisões sistemáticas sobre desfechos relacionados à saúde com ênfase em saúde, assistência social e desenvolvimento internacional.

Para isso, elaborou-se um protocolo, que compreende processos e termos de busca, além de critérios de inclusão e exclusão de populações, intervenções, comparadores e desfechos para cada pergunta. O protocolo detalhado foi acordado após discussões com a participação do GED, do Grupo Diretor da OMS, dos metodologistas e do Grupo de Revisão de Evidências. O Anexo 4 contém os detalhes completos da metodologia de revisão sistemática.

Para avaliar a qualidade das evidências, usou-se a estrutura GRADE de Evidências para Decisão, levando em conta delineamento do estudo, risco de viés, inconsistência, evidências indiretas, imprecisão e risco de viés de relato. A certeza das evidências foi classificada em alta, moderada, baixa ou muito baixa. Usou-se o *software* para elaboração de perfis GRADE (GRADEPro) para criar tabelas de resumo. Sempre

que possível, os desfechos foram apresentados no formato de metanálise. O Anexo 5 contém todos os detalhes sobre a aplicação da estrutura GRADE.

O relatório final da revisão de evidências foi apresentado em conformidade com a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálises] (PRISMA). Junto com a estrutura GRADE de Evidências para Decisão relativa a cada pergunta PICO, o relatório de revisão de evidências foi usado como base para a elaboração de recomendações neutras antes da reunião do GED ocorrida em setembro de 2019. As revisões existentes tinham limitações, como o uso de pesquisas em inglês e de um número excessivamente alto de estudos elegíveis de contextos de alta renda (Austrália, Europa ou América do Norte).

Gestão dos processos e da tomada de decisão em grupo

O relatório de revisão de evidências e os correspondentes perfis de evidências foram enviados ao GED antes da reunião e resumidos em apresentações durante a reunião.

O GED revisou as evidências e formulou recomendações, usando as tabelas de evidências para decisão padronizadas da OMS. Com base em revisões sistemáticas, o grupo analisou as evidências de possíveis benefícios e danos das intervenções. Examinou também questões de disponibilidade de recursos e viabilidade (incluindo a intensidade e duração das intervenções, os requisitos de capacitação e infraestrutura, o ordenamento jurídico e a idade de consentimento). O grupo levou em conta a equidade e os aspectos de direitos humanos (como estigma percebido; normas de gênero; obstáculos às intervenções para adolescentes, famílias e populações em risco, como minorias étnicas e adolescentes fora da escola; leis e serviços de proteção da criança; barreiras ao acesso por custos proibitivos; e implicações da revelação de comportamentos ilegais). O GED discutiu a aceitabilidade (a opinião dos implementadores, as preferências dos adolescentes e suas famílias, e as taxas previstas de abandono). Considerou ainda a sustentabilidade (oportunidades para a implementação de intervenções como parte de pacotes mais amplos de saúde e desenvolvimento de adolescentes) e outros possíveis valores. O grupo fez outras buscas de evidências para informar essas considerações complementares. O Anexo 6 (Resumos das evidências por pergunta de pesquisa) apresenta as referências das evidências que informam essas considerações. Sempre que as evidências disponíveis eram insuficientes, o GED recorreu às opiniões especializadas de seus membros.

Quando todos os membros do GED apoiaram uma recomendação, inclusive no tocante à redação, ela foi considerada consenso. Em caso de discordância, o protocolo de votação considerava suficiente a maioria de dois terços. Entretanto, não houve necessidade de votação para nenhuma das perguntas de pesquisa.

Confidencialidade

Solicitou-se que todos os membros do GED, do Grupo de Revisão Externa e da equipe de revisão sistemática preenchessem e assinassem o acordo de confidencialidade padronizado da OMS.

Evidências e recomendações

Esta seção apresenta considerações gerais, relativas a todas as perguntas de pesquisa, que surgiram na reunião do GED, bem como na revisão de evidências e das estruturas de evidências para decisão. Contém ainda recomendações para cada pergunta de pesquisa e considerações sobre pesquisas e implementação.

O Anexo 6 contém informações detalhadas sobre todas as constatações da revisão de evidências.

Para obter informações detalhadas sobre tamanho do efeito e GRADE, consulte os perfis de evidências no anexo disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336655/9789240012059-eng.pdf>. Este documento contém somente informações resumidas.

Considerações gerais sobre todas as perguntas de pesquisa

Considerações sobre a implementação

- ▣ As necessidades, as vulnerabilidades e os possíveis desfechos em adolescentes variam de acordo com a idade, o estágio de desenvolvimento e o gênero.
- ▣ É importante levar em conta os determinantes da saúde mental e os fatores de risco no contexto local, além de possíveis barreiras ao acesso à atenção. Assim será possível planejar com atenção e implementar estratégias inclusivas e personalizadas para alcançar todos os adolescentes, incluindo aqueles que têm deficiência; vivem na pobreza; estão fora da escola; são órfãos; pertencem a grupos minoritários; têm condições de saúde crônicas; são lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexuais (LGBTI); estão grávidas; são expostos à violência; e estão em situação de emergência humanitária.
- ▣ Outras comorbidades e circunstâncias estruturais podem influenciar os desfechos das intervenções de promoção e prevenção.
- ▣ A participação da família dos adolescentes e de outras partes interessadas na implementação das intervenções psicossociais é importante.

- ❖ Como os adolescentes com menos de 18 ou 16 anos (dependendo da política nacional) ainda não alcançaram a idade de consentimento, é muito importante obter o consentimento dos pais ou responsáveis legais.
- ❖ As intervenções devem ser paralelas a esforços contínuos para fortalecer os sistemas nos quais as intervenções são implementadas, inclusive nos contextos de saúde, educação e comunidade.
- ❖ As intervenções devem ser oferecidas por diversas plataformas. É importante considerar como integrar a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais a programas existentes, como aqueles voltados para adolescentes grávidas, adolescentes expostos à violência e adolescentes vivendo com HIV. Esse fator tende a ser relevante principalmente em PBMR e contextos humanitários e em outros cenários de grande escassez de recursos. Por exemplo, as intervenções poderiam ser incluídas na promoção da saúde mental no âmbito de um módulo de educação em saúde preexistente nas escolas, do ensino ministrado a crianças ou adolescentes por grupos religiosos ou organizações não governamentais, ou de palestras pré-natais ou pós-natais para adolescentes grávidas ou jovens mães. É importante também considerar se trabalhadores leigos com capacitação, apoio e supervisão adequados poderiam implementar a intervenção no todo ou em parte. As tecnologias digitais oferecem oportunidades concretas de melhorar a cobertura de intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes. Entretanto, é necessário abordar preocupações com conteúdo sensível, privacidade de dados e possíveis danos associados ao aumento da exposição, além de considerar com atenção o impacto sobre a equidade no acesso à atenção.
- ❖ O engajamento significativo e sistemático de adolescentes nas atividades de planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação das intervenções pode ajudar a torná-las mais aceitáveis para esse grupo.
- ❖ As intervenções devem ser implementadas por facilitadores capacitados, apoiados e supervisionados.
- ❖ As intervenções psicossociais produzem os benefícios esperados quando são concebidas de acordo com princípios baseados em evidências e implementadas com zelo e devida atenção à intensidade e dosagem do tratamento, boa adesão à intervenção e alta qualidade de aplicação.
- ❖ As intervenções devem ser adaptadas para uso em novas áreas, tendo em mente o contexto cultural de cada local.
- ❖ É necessário levar em conta as questões éticas relativas à maioria e/ou idade adulta, bem como o consentimento dos pais e os aspectos éticos das intervenções com menores de idade. Especificamente, na base de toda intervenção psicossocial deve haver exigências claras de consentimento livre e esclarecido para a participação voluntária, sem nenhuma forma de coerção. É crucial o respeito permanente à confidencialidade e a consideração do melhor interesse do adolescente.

Considerações sobre pesquisas

- ❖ As evidências de contextos de PBMR estão sub-representadas na base de evidências. É essencial fazer outras pesquisas e avaliar o programa para aumentar os conhecimentos sobre a efetividade, os custos e a implementação das intervenções em contextos específicos, incluindo os de escassez de recursos e grandes adversidades.
- ❖ Embora existam evidências sobre a efetividade das intervenções de promoção e prevenção voltadas para a saúde mental dos adolescentes, muitos estudos tinham grandes limitações metodológicas, o que destaca ainda mais a necessidade de outras pesquisas de alta qualidade nessa área.
- ❖ É necessário fazer mais pesquisas sobre a implementação para estabelecer modelos de capacitação ideais e viáveis para os implementadores que aplicam intervenções de promoção e prevenção para adolescentes.
- ❖ São necessárias outras pesquisas para identificar intervenções que melhorem as trajetórias de saúde mental em grupos vulneráveis, como adolescentes expostos à violência ou pobreza, de grupos minoritários, LGBTI ou que vivem com HIV/aids ou outras condições de saúde crônicas.
- ❖ São necessárias outras pesquisas sobre os efeitos, incluindo os efeitos aditivos, dos componentes de intervenção estrutural. Um exemplo seria uma pesquisa que abordasse os determinantes sociais estruturais da saúde mental de adolescentes.
- ❖ São necessárias outras pesquisas para estabelecer a efetividade e a custo-efetividade de intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para desfechos não relacionados à saúde mental (como saúde sexual e reprodutiva, uso de substâncias e frequência escolar) e desfechos a longo prazo (como aqueles relacionados à educação e ao emprego).
- ❖ É necessário realizar outras pesquisas sobre o impacto da participação de pais, mães, cuidadores e famílias nas intervenções psicossociais e sobre as melhores estratégias para fazer isso.
- ❖ Muitos estudos excluem sistematicamente os adolescentes suicidas. Dado o alto nível de mortalidade associado ao suicídio na adolescência, as futuras pesquisas devem incluir adolescentes suicidas (com supervisão ética apropriada) e avaliar intervenções de prevenção do suicídio e desfechos de suicídio.
- ❖ É essencial aprimorar os mecanismos de comunicação para coleta de dados, os mecanismos de mudança e os tipos de intervenção. É igualmente importante aprimorar a implementação e expansão desses tipos de intervenção em diversos contextos.
- ❖ Em estudos futuros, será importante apresentar os resultados por sexo e idade.
- ❖ É necessário documentar melhor os recursos necessários para implementar as intervenções, sobretudo quando há escassez de recursos. É necessário também fazer estudos sobre a possibilidade de aplicação das intervenções por trabalhadores leigos com capacitação, apoio e supervisão adequados.
- ❖ É essencial ponderar as implicações éticas das pesquisas sobre intervenções de promoção e prevenção para adolescentes, inclusive no que diz respeito à participação voluntária, ao anonimato dos dados e ao manejo de possíveis danos acidentais.

Pergunta 1:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a todos os adolescentes para melhorar a saúde mental positiva, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio, e reduzir comportamentos de risco?

População

Todos os adolescentes.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Serão intervenções universais.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

As intervenções universais são aquelas aplicadas a populações inteiras, qualquer que seja o risco. A vantagem dessas intervenções é que tendem a ser realizadas em locais que atraem naturalmente uma grande parcela da população, como escolas, o que resulta em baixas taxas de perda de seguimento (44, 45). As intervenções universais oferecem a oportunidade de abordagem simultânea de uma grande variedade de fatores de risco, o que é ainda mais pertinente em países de baixa renda onde é maior a chance de que os adolescentes sofram diversos eventos vitais adversos (45, 46).

Uma vantagem das intervenções universais é que os adolescentes de alto risco não são facilmente identificáveis por seus pares. Nas intervenções indicadas, os participantes identificados com sintomas internalizantes ou de outro tipo podem ser retirados das atividades em sala de aula para participar do programa, o que facilita sua identificação como diferentes e pode aumentar o estigma (44, 45, 47, 48). Isso preocupa os adolescentes, que estão em um período do desenvolvimento no qual as relações entre pares e a posição social são especialmente marcantes e formativas (49). Os administradores escolares também podem considerar mais fácil a implementação das intervenções universais (47, 48, 50).

Recomendação

Recomendação A

As intervenções psicossociais universais devem ser oferecidas a todos os adolescentes. Essas intervenções promovem a saúde mental positiva e previnem e reduzem comportamentos suicidas, transtornos mentais (como depressão e ansiedade), comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, e uso de substâncias.

Força da recomendação: Forte.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, as intervenções devem abranger a aprendizagem social e emocional, que pode incluir componentes como regulação emocional, solução de problemas, habilidades interpessoais, atenção plena, assertividade e gestão do estresse (7).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudo de intervenção. Entretanto, apesar da baixa certeza das evidências, fez-se uma recomendação forte graças à relativa uniformidade dos resultados do estudo e ao fato de que importantes benefícios superaram consideravelmente os possíveis danos. Além disso, considerações sobre os valores, a viabilidade e a custo-efetividade deram ainda mais respaldo à recomendação. As intervenções universais nas escolas podem ser de mais fácil implementação e menos propensas a causar estigmatização que as intervenções com necessidade de triagem. Quando oferecidas nas escolas, as intervenções ajudam a alcançar uma grande parcela dos adolescentes e abordar muitos fatores de risco, ao mesmo tempo que propiciam habilidades básicas para promover a saúde mental e prevenir comportamentos de risco.

Outras considerações

Considerações sobre a implementação

- É possível implementar essas intervenções por meio de diferentes plataformas (incluindo plataformas digitais, comunidades e centros de saúde); entretanto, a maioria das intervenções avaliadas nesta revisão (70%) foi implementada em escolas.
- É importante usar uma abordagem multissetorial, com a inclusão de diversas partes interessadas (como saúde, educação, proteção de jovens e outras), e implementar intervenções coordenadas e multifacetadas.
- As intervenções devem levar em conta aspectos culturais e maximizar o uso dos recursos disponíveis, inclusive pelo uso de modelos de compartilhamento de tarefas.

Considerações sobre pesquisas

- É urgente a necessidade de pesquisar os impactos que têm sobre a equidade as intervenções universais para promover a saúde mental em grupos de adolescentes em situação de vulnerabilidade e marginalização ou exclusão social (definida por gênero, como LGBTI, pertencimento a povos indígenas ou exposição à violência e/ou pobreza).

Pergunta 2a:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, violência) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes expostos à violência.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Elas serão seletivas, dirigidas especificamente a adolescentes expostos a adversidades.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente a sintomas e diagnósticos de estresse), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamento agressivo, disruptivo e opositor).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

A violência contra crianças é uma preocupação mundial e estima-se que um bilhão de crianças de 2 a 17 anos de idade tenha sofrido alguma forma de violência ou negligência no ano passado (51). Desde 2010, o número de crianças e adolescentes que vivem em zonas de conflito aumentou 37%, enquanto no mesmo período houve um aumento de 174% das violações graves confirmadas contra crianças (52). Houve uma série de pesquisas acerca dos efeitos negativos da violência sobre os desfechos em saúde mental das crianças, com um número cada vez maior concentrado em adolescentes. Diversas condições podem acometer os adolescentes vítimas de violência, entre elas o TEPT (53) e a depressão (54). Além disso, diferentes tipos de exposição à violência, incluindo violência por parceiro íntimo (55) e violência familiar (56), podem acarretar desfechos negativos em saúde mental. Experiências adversas na infância, como a exposição à violência, aumentam a probabilidade de comportamentos de risco, com início precoce do uso de álcool e outras substâncias (57). Os esforços preventivos, incluindo intervenções implementadas pelo UNICEF, OMS e outros parceiros importantes, tiveram um papel decisivo na prevenção da violência contra crianças. Entretanto, não há dados sobre intervenções bem-sucedidas em populações que já sofreram ou enfrentaram violência.

É importante dar prioridade à implementação de intervenções para promover a saúde mental positiva dos adolescentes expostos à violência, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio, e reduzir os comportamentos de risco entre eles. Entretanto, não é possível fazer recomendações específicas sobre intervenções psicossociais para adolescentes expostos à violência, pois não houve evidências claras de efeitos no pequeno número identificado de estudos com adolescentes expostos à violência.

Existem outras diretrizes da OMS com orientações sobre a resposta a maus-tratos de crianças; abuso sexual de crianças e adolescentes; e violência por parceiro íntimo e violência sexual contra mulheres. São elas:

- **WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment** [diretrizes da OMS para a resposta do setor de saúde aos maus-tratos de crianças]. OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment> (37).
- **Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS** [como responder a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual: diretrizes clínicas da OMS]. OMS, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043> (36).
- **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines** [resposta à violência por parceiro íntimo e à violência sexual contra as mulheres: diretrizes clínicas e políticas da OMS]. OMS, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240> (35).

Outras considerações

Esta revisão não identificou outros estudos que possam ter sido realizados em populações adolescentes expostas à violência porque esses estudos não informaram desfechos em saúde mental.

Considerações sobre a implementação

- ⌘ Na ausência de uma recomendação específica sobre intervenções psicossociais para adolescentes expostos à violência, poderiam ser oferecidas intervenções universais (ver recomendação relativa à pergunta PICO 1).

Considerações sobre pesquisas

- ⌘ Há uma necessidade urgente de realizar pesquisas de alta qualidade para avaliar os efeitos das intervenções psicossociais que buscam promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco em adolescentes expostos à violência.
- ⌘ É necessário fazer outras pesquisas sobre o impacto das mídias sociais na saúde mental de adolescentes em PBMR e sobre intervenções com uso de mídias sociais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais.
- ⌘ Os pesquisadores devem levar em conta as características da comunidade e outros contextos que possam colocar os adolescentes em risco de violência e fornecer informações descritivas sobre as características e os dados demográficos da população-alvo. Desse modo, os leitores poderão avaliar o nível do risco de exposição à violência dos adolescentes alcançados por intervenções psicossociais.

Pergunta 2b:
 Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, pobreza extrema) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes expostos à pobreza.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Elas serão seletivas, dirigidas especificamente a adolescentes expostos a adversidades.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente a sintomas e diagnósticos de estresse), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamento agressivo, disruptivo e opositor).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

A adolescência é um período transitório vulnerável do desenvolvimento biológico e psicossocial (58, 59). A exposição à pobreza durante a adolescência pode desorganizar e afetar o desenvolvimento, a produtividade e os desfechos em saúde dos adolescentes ao longo da vida. Ela aumenta o risco de insegurança alimentar e fome, doenças infecciosas, exposição à violência comunitária (58) e evasão escolar, além de limitar as oportunidades de emprego. Está associada ao aumento de problemas de saúde mental, bem como a comportamentos de risco, como uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (60, 61). Desse modo, é importantíssimo investir na prevenção de problemas de saúde mental nesse grupo (59). Existem, porém, desafios metodológicos bem documentados associados à avaliação de intervenções para esse grupo.

É importante dar prioridade à implementação de intervenções para promover a saúde mental positiva dos adolescentes expostos à pobreza, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio, e reduzir os comportamentos de risco entre eles. Entretanto, em razão da falta de evidências, não foi possível fazer nenhuma recomendação específica sobre intervenções psicossociais para promover a saúde mental positiva de adolescentes expostos à pobreza. Da mesma forma, foi impossível fazer recomendações sobre intervenções para prevenir transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse), comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, uso de substâncias, autolesão e suicídio nessa população. Os motivos foram a dificuldade para identificar todo o conjunto de estudos pertinentes e a falta de evidências claras de efeitos nos estudos identificados com adolescentes expostos à pobreza. A pobreza como fator de risco para os desfechos em saúde mental dos adolescentes é um constructo complexo e multidimensional. Deve ser conceituada de forma mais ampla e definida com clareza em futuras publicações de pesquisas voltadas para adolescentes expostos à pobreza.

Outras considerações

Esta revisão não identificou outros estudos que possam ter sido realizados em populações adolescentes expostas à pobreza, porque os autores não definiram a população como tal.

Considerações sobre a implementação

- ⌘ Na ausência de uma recomendação específica sobre intervenções psicossociais para adolescentes expostos à pobreza, poderiam ser oferecidas intervenções universais (ver recomendação para a pergunta PICO 1).

Considerações sobre pesquisas

- ⌘ Há uma necessidade urgente de realizar pesquisas de alta qualidade para avaliar os efeitos de intervenções psicossociais que buscam promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco em adolescentes expostos à pobreza.
- ⌘ Os pesquisadores devem levar em conta as características da comunidade e outros contextos que possam colocar os adolescentes em risco de exposição à pobreza. Eles também precisam fornecer informações descritivas sobre as características e os dados demográficos da população-alvo. Desse modo, os leitores poderão avaliar o nível do risco de exposição à pobreza dos adolescentes alcançados por intervenções psicossociais.
- ⌘ Intervenções psicossociais individuais podem ser inadequadas sem intervenções estruturais. Assim, os pesquisadores devem fazer estudos sobre a implementação e a efetividade das intervenções psicossociais quando oferecidas como complemento às intervenções estruturais que ajudam a combater a pobreza subjacente.

Pergunta 2c:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, emergências humanitárias) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes expostos a emergências humanitárias.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social, ou, ainda, uma combinação delas. Elas serão seletivas, dirigidas especificamente a adolescentes expostos a adversidades.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente a sintomas e diagnósticos de estresse), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamento agressivo, disruptivo e opositor).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

As emergências humanitárias abrangem diversos eventos, como situações decorrentes de guerras, conflitos armados, deslocamentos, desastres naturais e desastres industriais ou antropogênicos (62), e afetam um número considerável de pessoas. Por exemplo, a estimativa atual é de que haja cerca de 20 milhões de crianças deslocadas internamente por conflitos armados (63). Por causa de guerras ou outros desastres, as pessoas afetadas podem ser expostas a traumas, perdas e incertezas, e testemunhar atrocidades. Assim, os transtornos mentais e problemas psicossociais são frequentes em contextos humanitários (62), com possibilidade de transtornos prolongados em decorrência de perdas, traumas e incertezas (64). Além disso, os conflitos armados e outras emergências humanitárias podem perturbar bastante a trajetória de vida das pessoas afetadas (65).

Os adolescentes são vulneráveis aos efeitos negativos das emergências humanitárias sobre a saúde mental (66). A necessidade de serviços de saúde mental nessas situações é evidente. Entretanto, muitas vezes há uma grande disparidade entre as necessidades das pessoas afetadas e os serviços disponíveis. Isso ocorre principalmente nos cenários de poucos recursos dos PBMR afetados por conflitos ou desastres naturais e daqueles que acolhem o maior número de refugiados.

Recomendação

Recomendação B

As intervenções psicossociais devem ser oferecidas a adolescentes afetados por emergências humanitárias. Essas intervenções são bastante úteis para prevenir transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse) e podem ser consideradas para reduzir o uso de substâncias por essas populações.

Força da recomendação: Forte para redução de sintomas ou prevenção de transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse). Condicional para o uso de substâncias.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: O apoio passado e contínuo aos adolescentes expostos a emergências humanitárias abrange diversas intervenções psicossociais. Isso reflete a natureza heterogênea das experiências em eventos de emergência. Portanto, é importante interpretar com cautela os resultados dos estudos. As evidências indicam que o manejo do estresse, as estratégias de relaxamento e os cuidados com o bem-estar do implementador são os componentes de intervenção mais associados à efetividade. No caso de adolescentes com altos níveis de exposição a traumas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) centrada no trauma teve efeitos positivos na redução dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse (8, 9). As intervenções de TCC em grupo tiveram efeitos positivos sobre os sintomas de outros adolescentes expostos a eventos estressantes (10).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudos de intervenção. Entretanto, fez-se uma recomendação forte das intervenções psicossociais para reduzir sintomas de transtornos mentais, apesar da baixa certeza das evidências. A razão foi que os benefícios clinicamente importantes previstos superam os possíveis danos. Além disso, considerações sobre os valores importantes, a equidade e a viabilidade sugerem que os programas de prevenção de doenças mentais devem dar prioridade aos adolescentes expostos a emergências humanitárias. As evidências respaldam a ideia de que as intervenções psicossociais universais devem ser benéficas para todos os adolescentes. A alta prevalência de transtornos mentais em adolescentes expostos a emergências humanitárias e a enorme lacuna terapêutica nesses ambientes tornam ainda mais convincentes os argumentos favoráveis à implementação de intervenções psicossociais para essa população. Entretanto, é importante levar em conta o perfil e as exposições dos adolescentes, dada a heterogeneidade de experiências e circunstâncias.

A maioria dos estudos foi realizada em PBMR, e um terço dos estudos avaliou intervenções implementadas por não especialistas. Desse modo, os resultados guardam pertinência direta com os ambientes onde vive a maioria dos adolescentes expostos a emergências humanitárias.

Outras considerações

Esta revisão não identificou outros estudos que possam ter sido realizados em populações adolescentes expostas a emergências humanitárias, porque os autores não definiram a população como tal.

Considerações sobre pesquisas

- É necessário dar mais ênfase a pesquisas sobre desfechos de autolesão e suicídio.
- É muito importante dar atenção especial à ética da pesquisa nesses contextos.

Considerações sobre a implementação

- Na maioria das crises humanitárias, os responsáveis por programas e pesquisas têm acesso limitado às populações afetadas.
- É muito importante levar em conta as vulnerabilidades específicas associadas à idade e ao gênero nesses contextos.

Pergunta 3:

Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Elas serão seletivas, dirigidas especificamente a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão, suicídio e comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco, frequência escolar, adesão à atenção pré-natal e pós-natal, habilidades parentais (conhecimentos e atitudes parentais e comportamentos parentais) e exposição à violência por parceiro íntimo.

Contexto

A cada ano, cerca de 19 milhões de meninas com menos de 20 anos dão à luz em ambientes com poucos recursos (67, 68). Como a faixa etária da adolescência é a que cresce mais rapidamente no mundo inteiro, a expectativa é o aumento do número de gestações de adolescentes na próxima década. Embora algumas dessas gestações sejam planejadas, até dois terços podem ser involuntárias (69). A gravidez na adolescência também está associada a baixa condição socioeconômica, evasão escolar, desemprego, exposição à violência e uso de substâncias (67-69). Embora a pobreza e a vulnerabilidade aumentem o risco de gravidez e de maternidade ou paternidade precoce, por sua vez, a maternidade ou paternidade na adolescência pode levar a esses fatores de risco. Além disso, adolescentes grávidas enfrentam outros riscos psicossociais e para a saúde (69). As mães adolescentes apresentam maiores taxas de complicações físicas e mortalidade materna que as mulheres mais velhas e são mais propensas a dar à luz bebês com baixo peso ao nascer (68, 69). As gestantes e puérperas adolescentes são mais propensas a apresentar problemas de saúde mental, como depressão, que as mães mais velhas (70). Constatou-se que as adolescentes superestimam o apoio que receberão após o parto, o que aumenta o estresse e leva à depressão pós-parto (69). Além disso, a depressão nesse grupo está associada à evasão escolar, ao rigor excessivo na criação dos filhos, ao uso de álcool e outras substâncias e a gestações repetidas (69, 70).

Recomendação

Recomendação C

As intervenções psicossociais devem ser consideradas para adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes, principalmente a fim de promover a saúde mental positiva (funcionamento e bem-estar mental) e aumentar a frequência escolar.

Força da recomendação: Condicional.

Certeza das evidências: Baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, pode-se cogitar a introdução de programas de desenvolvimento de habilidades cognitivo-comportamentais para mães e gestantes adolescentes (11).

Outras considerações

Considerações sobre a implementação

- Os programas devem considerar a integração de intervenções psicológicas em programas de saúde materna preexistentes.

Considerações sobre pesquisas

- É necessário fazer mais pesquisas sobre o impacto de intervenções psicossociais para reduzir transtornos mentais (depressão e ansiedade); uso de substâncias, autolesão e suicídio; e exposição à violência por parceiro íntimo, agressão e comportamentos sexuais de risco. Da mesma forma, são necessárias pesquisas sobre o impacto das intervenções para melhorar as habilidades parentais e sobre a adesão de adolescentes grávidas e de pais e mães adolescentes à atenção pré-natal e pós-natal, principalmente em PBMR.
- É necessário obter mais evidências sobre os efeitos das intervenções psicossociais sobre a saúde mental e as necessidades psicossociais do pai adolescente.

Pergunta 4:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes vivendo com HIV/aids para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes vivendo com HIV/aids.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Elas serão seletivas, dirigidas especificamente a adolescentes soropositivos.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos).

Desfechos importantes

Comportamentos sexuais de risco, frequência escolar e adesão à terapia antirretroviral.

Contexto

Em todo o mundo, estima-se que haja 1,7 milhões de adolescentes vivendo com HIV, 80% deles na África subsaariana (71). O prognóstico para adolescentes vivendo com HIV ainda é desanimador: a cada dia, 150 adolescentes morrem de causas relacionadas à aids, e embora tenha havido diminuição das mortes relacionadas à aids em todas as faixas etárias entre 2000 e 2015, isso não aconteceu entre adolescentes (72). Além dos efeitos na saúde física, que incluem atrasos no desenvolvimento puberal e neurológico, a vida com HIV está associada a desafios psicossociais específicos, como estigma, orfandade, isolamento e dificuldade de manejo dos medicamentos e adesão ao tratamento (73). A revelação da situação sorológica para HIV também é motivo de preocupação, pois muitos adolescentes estabelecem relações românticas e sexuais. Esse também é um período importante para desenvolver habilidades interpessoais e criar redes de apoio (74). Os fatores de estresse podem aumentar bastante o risco de desenvolver condições de saúde mental e a probabilidade de comportamentos de risco. Depressão, ansiedade, desesperança e medo do futuro são comuns nesse grupo populacional (72), o que torna a saúde mental uma área vital de intervenção para adolescentes vivendo com HIV/aids. Consideraram-se somente as evidências pertinentes de estudos realizados com adolescentes e decidiu-se não aplicar as evidências oriundas de estudos com adultos a esse grupo mais jovem.

É importante dar prioridade à oferta de intervenções para promover a saúde mental positiva em adolescentes vivendo com HIV, prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio, e reduzir os comportamentos de risco entre eles. Entretanto, em razão da falta de evidências, não foi possível fazer nenhuma recomendação específica sobre intervenções psicossociais para promover a saúde mental positiva de adolescentes vivendo com HIV. Há uma necessidade urgente de realizar pesquisas de alta qualidade para avaliar o efeito das intervenções psicossociais que buscam promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco em adolescentes vivendo com HIV.

Outras considerações

Esta revisão não identificou outros estudos que possam ter sido realizados em populações adolescentes vivendo com HIV, porque os autores não definiram a população como tal.

Considerações sobre a implementação

- ⌘ Na ausência de uma recomendação específica sobre intervenções psicossociais para adolescentes vivendo com HIV, poderiam ser oferecidas intervenções universais (ver recomendação para a pergunta PICO 1).

Considerações sobre pesquisas

- ⌘ Há uma necessidade urgente de pesquisar o impacto das intervenções psicossociais sobre a equidade entre adolescentes vivendo com HIV.
- ⌘ Os pesquisadores devem assegurar que os desfechos do estudo incluam adesão aos antirretrovirais, supressão viral do HIV, frequência escolar, comportamentos sexuais de risco e condições de saúde relacionadas.
- ⌘ Os desfechos em saúde mental devem figurar em outras áreas de pesquisa sobre adolescentes vivendo com HIV, como as pesquisas para avaliar o impacto de intervenções relacionadas ao HIV sobre a saúde mental.

Pergunta 5:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com problemas emocionais para prevenir transtornos mentais (incluindo a progressão para transtornos mentais diagnosticáveis), autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes com problemas emocionais (sintomas psicológicos, porém sem diagnóstico).

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Serão intervenções indicadas para adolescentes com sintomas psicológicos.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão e suicídio.

Desfechos importantes

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores), comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

Transtornos emocionais, como ansiedade e depressão, são cada vez mais frequentes em adolescentes (75-77). O desenvolvimento desses transtornos pode ter uma série de efeitos negativos nessa população, como diminuição do rendimento escolar, problemas nos relacionamentos com colegas e maior participação em comportamentos de risco (44, 48). Os desfechos insatisfatórios em saúde mental nos adolescentes acarretam um grande risco de problemas de saúde física e mental no futuro. Eles aumentam a probabilidade de diagnóstico de depressão na vida adulta, baixo desempenho no trabalho, baixa renda, pensamentos suicidas e problemas de saúde física, como diabetes (78). As intervenções preventivas indicadas visam a evitar o início de uma condição de saúde mental diagnosticável em adolescentes de alto risco que já apresentam sintomas leves a moderados (47, 48, 79). Com frequência, essas intervenções são mais adaptadas às necessidades individuais que as intervenções universais implementadas na escola, o que pode aumentar a satisfação tanto do implementador quanto do participante e melhorar a sustentabilidade (49, 50, 79, 80).

Recomendação

Recomendação D

As intervenções psicossociais indicadas devem ser oferecidas a adolescentes com sintomas emocionais.

Força da recomendação: Forte para a redução de sintomas de depressão e ansiedade ou para prevenção de transtornos mentais (depressão e ansiedade) e promoção de saúde mental positiva. Condicional para aumentar a frequência escolar.

Certeza das evidências: Muito baixa.

Observações importantes: Com base nas evidências disponíveis, pode-se cogitar a TCC em grupo para adolescentes com sintomas emocionais (12).

Justificativa: Muitas vezes, a certeza das evidências foi rebaixada em razão do risco de viés decorrente da dificuldade de cegamento para as intervenções e da dependência de desfechos autorrelatados, ambos comuns nesses tipos de estudos de intervenção. Entretanto, apesar da certeza muito baixa das evidências, houve uma forte recomendação para reduzir os sintomas de depressão e ansiedade ou prevenir transtornos mentais (depressão e ansiedade), bem como para promoção da saúde mental positiva em adolescentes com problemas emocionais. A razão é que os benefícios superam os possíveis danos. Além disso, as considerações sobre valores importantes, equidade e custo-efetividade justificam o investimento em intervenções para esse grupo de risco. A saúde mental precária de adolescentes é um importante fator de risco para a saúde física e mental no futuro. A intervenção precoce para adolescentes que já apresentam problemas emocionais mostrou-se crucial para prevenir o avanço de problemas de saúde mental e otimizar a saúde e as trajetórias de vida.

Outras considerações

Considerações sobre pesquisas

- É necessário realizar mais pesquisas para aumentar as evidências oriundas de PBMR.
- É necessário realizar mais pesquisas sobre os vínculos entre depressão, ansiedade, autolesão e comportamentos suicidas em PBMR.

Pergunta 6:
Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com comportamentos disruptivos/opositores para evitar transtornos da conduta, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes com problemas de comportamento disruptivo ou opositor, porém sem diagnóstico.

Intervenção

Essas intervenções usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social ou ainda uma combinação delas. Serão intervenções indicadas para adolescentes com comportamentos disruptivos ou opositores.

Comparador

Atenção habitual. A atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Desfechos críticos

Transtorno de conduta, transtorno de oposição desafiante, autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores).

Desfechos importantes

Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), comportamentos sexuais de risco e frequência escolar.

Contexto

Os problemas de comportamento externalizantes afetam cerca de 7% dos jovens entre 9 e 15 anos de idade (81), com uma prevalência estimada de 3,3% de transtorno de oposição desafiante e 4% de transtorno da conduta (82). É possível que o número de crianças e adolescentes com problemas externalizantes (mas que não satisfazem os critérios para um diagnóstico formal) seja muito maior que o de diagnósticos formais (83). Em razão das implicações sociais e para a saúde, os comportamentos externalizantes em crianças e adolescentes são vistos como uma preocupação para a saúde pública (84), pois podem causar problemas importantes no funcionamento na escola, com os colegas e a família (85) e persistir na vida adulta, aumentando o risco do uso de substâncias (85, 86). As evidências mostram que os problemas de conduta na adolescência causam comprometimento social e da saúde, resultando em desfechos insatisfatórios nas áreas da educação, trabalho e saúde, além de outros desfechos negativos na vida adulta (81, 85). Além disso, há forte associação entre o transtorno da conduta e a delinquência e atividade criminosa (13).

Recomendação

Recomendação E

As intervenções psicossociais indicadas devem ser oferecidas a adolescentes com comportamento disruptivo/opositor. Essas intervenções reduzem comportamentos agressivos, disruptivos e opostos, previnem transtornos mentais (depressão e ansiedade) e promovem a saúde mental positiva. As intervenções devem ser implementadas com cautela para evitar o aumento do uso de substâncias por adolescentes com comportamento disruptivo e opositor.

Força da recomendação: Condicional.

Certeza das evidências: Muito baixa.

Observações importantes: De acordo com as evidências, as intervenções psicossociais efetivas para adolescentes com diagnóstico de transtornos da conduta, ou em risco de desenvolver esses transtornos, costumam incluir a capacitação de pais e mães, com base em estratégias de aprendizagem social, e o treinamento de habilidades interpessoais e sociocognitivas para a solução de problemas para os adolescentes. Podem compreender também intervenções multimodais para adolescentes e seus pais e mães, com base em um modelo de aprendizagem social (13).

Outras considerações

Considerações sobre pesquisas

- ⌘ É necessário realizar mais pesquisas sobre intervenções para essa população em PBMR. A pesquisa também deve abranger os possíveis efeitos adversos do uso de substâncias e explorar modelos alternativos de aplicação das intervenções (incluindo a delegação de tarefas).
- ⌘ São necessárias mais pesquisas sobre o impacto das intervenções psicossociais para reduzir a autolesão e o suicídio em adolescentes com comportamentos disruptivos ou opostos.
- ⌘ São necessárias mais pesquisas sobre a idade ideal para a intervenção nessa população.
- ⌘ Todos os estudos devem monitorar o uso de substâncias durante a aplicação das intervenções a essa população.

Considerações sobre a implementação

- ⌘ Considerando-se o desafio de implementar essas intervenções, pode ser necessário monitorar continuamente os adolescentes de alto risco em busca de efeitos negativos não intencionais e encaminhá-los a intervenções mais especializadas para adolescentes.
- ⌘ É importante usar com cautela as abordagens em grupo, pois os adolescentes podem aprender novos comportamentos opostos ou disruptivos uns com os outros ou reforçar os próprios comportamentos pela observação e interação com outros adolescentes que têm esses comportamentos.

Implementação das diretrizes

Considerações sobre a implementação

Espera-se que os Estados Membros adaptem as recomendações dessas diretrizes globais de acordo com o próprio contexto e critérios de viabilidade local. Os escritórios regionais e nacionais da OMS estarão à disposição para auxiliar nos processos. As intervenções psicossociais dirigidas a adolescentes devem ser contempladas como parte de estratégias mais amplas no âmbito das políticas, escolas, comunidades e famílias. Um conjunto de ferramentas HAT do UNICEF/OMS será colocado à disposição para ajudar os países a implantar as recomendações da diretriz e integrar ações de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes nas políticas e nas diversas plataformas de aplicação. Estão sendo desenvolvidos também manuais de intervenção e outras ferramentas de implementação para promover a aplicação de intervenções psicossociais por diferentes plataformas.

As intervenções psicossociais dirigidas a adolescentes devem ser contempladas como parte de estratégias mais amplas no âmbito das políticas, escolas, comunidades e famílias.

A participação de múltiplos parceiros e partes interessadas é fundamental para fortalecer a programação e implementação informada por evidências, bem como para avaliar e manter o progresso. A colaboração com diversos setores pode ajudar a assegurar uma abordagem abrangente, transectorial e mais sustentável.

Em geral, a expansão das intervenções de promoção e prevenção voltadas para a saúde mental de adolescentes requer o aval dos formuladores de políticas governamentais e administradores locais. Além disso, é necessária uma liderança efetiva para transformar os processos existentes. Por fim, é preciso capacitar as pessoas que aplicarão as intervenções, incluindo os trabalhadores da saúde.

Monitoramento e avaliação da qualidade e implementação das diretrizes

O monitoramento e a avaliação devem ser incluídos em todos os processos de implementação das recomendações. Assim será possível determinar a efetividade, documentar lições importantes para implantação e orientar a continuação da implementação.

A OMS usará levantamentos de rotina para avaliar a integração das recomendações em saúde mental específicas para adolescentes a políticas, programas de ensino e cursos de capacitação nacionais. A OMS trabalhará com as autoridades nacionais para incorporar perguntas sobre as novas recomendações nas rotinas nacionais pertinentes de avaliação da capacitação, vigilância contínua da saúde e da saúde mental, e supervisão. As perguntas também abordarão as experiências dos educadores, do pessoal de saúde e de outros membros da comunidade durante a implementação das recomendações. Além disso, a OMS acompanhará o avanço da implementação, além das eventuais barreiras encontradas.

Apoio à adaptação local

Os escritórios nacionais da OMS e os ministérios nacionais de saúde e educação apoiarão a adaptação local das diretrizes. As diretrizes, como políticas para adolescentes e jovens que possam ser afetadas pelas recomendações, e os programas de ensino nacionais serão revisados com o objetivo de integrar as abordagens quando adequado.

Disseminação das diretrizes e planos de atualização

Publicação e disseminação

A OMS disseminará as diretrizes em publicação impressa e no *site*, bem como por meio de seus escritórios nacionais e regionais e de uma ampla rede de parceiros internacionais, que inclui ministérios da saúde nacionais, centros colaboradores da OMS, universidades, organizações não governamentais e outras agências das Nações Unidas.

As diretrizes foram elaboradas em inglês, e serão traduzidas para outros idiomas oficiais da OMS de maneira a ampliar a distribuição, em colaboração com os escritórios regionais da OMS. A disseminação será reforçada pela publicação de revisões de evidências em periódicos com revisão por pares e apresentação nos principais congressos e eventos.

Planos de atualização das diretrizes

O Grupo Diretor da OMS, em colaboração com membros do GED e especialistas técnicos, continuará a acompanhar o avanço das pesquisas sobre saúde mental de adolescentes, principalmente no caso das perguntas em que a qualidade das evidências foi considerada baixa ou muito baixa. Na eventualidade de ser necessário atualizar as diretrizes, como, por exemplo, caso se torne possível fazer recomendações ou declarações de boas práticas sobre intervenções psicossociais para outros grupos de adolescentes expostos a vulnerabilidades, ou se houver preocupação com a perda de validade de uma ou mais das recomendações, a OMS coordenará a atualização do documento, de acordo com os procedimentos formais do manual da OMS para a elaboração de diretrizes, 2ª edição (6).

Anexo 1: Membros do Grupo de Elaboração das Diretrizes e do Grupo de Revisão Externa

Metodologistas GRADE

Corrado Barbui e Marianna Purgato, Universidade de Verona, Itália

Grupo de Elaboração das Diretrizes (GED)

Nick Allen, Universidade de Oregon, Estados Unidos da América (EUA); Steve Allsop, Centro Colaborador da OMS para a Prevenção do Abuso de Álcool e Drogas, Instituto Nacional de Pesquisa de Drogas, Universidade Curtin, Austrália; Gracy Andrew, Sangath, Índia; Dixon Chibanda, Universidade do Zimbábue, Zimbábue; Pim Cuijpers, Universidade Livre de Amsterdam, Países Baixos; Rabih El Chamay, Ministério da Saúde Pública, Líbano; Sarah Harrison, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Dinamarca; Andres Herrera, Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua, Nicarágua; Mark Jordans, War Child, Países Baixos; Chisina Kapungu, Centro Internacional de Pesquisa sobre Mulheres, Washington DC, EUA; Eugene Kinyanda, Conselho de Pesquisa Médica/Instituto de Pesquisa de Vírus de Uganda; Crick Lund, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul (*Presidente*); Yutaka Motohashi, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento na Prevenção de Suicídios, Instituto Nacional de Saúde Mental, Japão; Olayinka Omygbodun, Universidade Ibadan, Nigéria; George Patton, Universidade de Melbourne, Austrália; Atif Rahman, Fundação de Pesquisa para o Desenvolvimento Humano, Paquistão; Jacqueline Sharpe, Ministério da Saúde, Trinidad e Tobago; Katherine Sorsdahl, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul; Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gory, Polônia; Wietse A. Tol, Escola de Saúde Pública Bloomberg da Universidade Johns Hopkins, EUA; Lakshmi Vijayakumar, Autoridade Nacional de Segurança, Saúde e Meio Ambiente, Índia; e Danuta Wasserman, Centro Colaborador da OMS em Pesquisa, Desenvolvimento de Métodos e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Karolinska Institutet, Suécia.

Grupo de Revisão Externa

Vladimir Carli, Centro Colaborador da OMS em Pesquisa, Desenvolvimento de Métodos e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Karolinska Institutet, Suécia; Lucie Cluver, Universidade de Oxford, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte; Delanjathan Devakumar, University College London, Reino Unido; Daniel Fung, Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Adolescente e Profissões Aliadas, Cingapura; Kanika Malik, Sangath, Índia; Lynette Mudekunye, Iniciativa Regional de Apoio Psicossocial, África do Sul; Graham Thornicroft, King's College London, Reino Unido; e Shamsa Zafar, Health Services Academy, Paquistão.

Grupo Juvenil de Revisão: Tasnia Ahmed, Bangladesh; Charity Giyava, Zimbábue; Brian Mafuso, Zimbábue; David Milambe, Malawi; e William Yeung, ReachOut, Austrália.

Agradecemos a contribuição técnica dos colegas do UNICEF, principalmente: Liliana Carvajal, Cristina de Carvalho Eriksson, e Joanna Lai, Sede do UNICEF, Nova York, EUA.

A escolha dos membros do GED levou em conta as áreas de especialização, o gênero e a representação geográfica. Os especialistas selecionados eram de diferentes áreas de saúde mental infantil e juvenil,

principalmente relativas a intervenções escolares; prevenção de suicídio e transtornos mentais; e tratamento psicológico de transtornos de depressão e ansiedade. As demais áreas de especialização são:

- ▀ política e programação em saúde mental materna, infantil e adolescente, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, e promoção da saúde mental nas escolas;
- ▀ planejamento e oferta de apoio psicossocial e intervenções em saúde mental para populações em adversidade e deslocadas;
- ▀ fortalecimento dos sistemas de saúde e desenvolvimento da força de trabalho para a saúde mental;
- ▀ promoção da saúde mental das minorias étnicas;
- ▀ comportamentos de risco em pessoas HIV-positivas;
- ▀ normas de gênero, determinantes sociais da saúde mental e direitos humanos;
- ▀ saúde mental comunitária e redução de estigma.

Representantes de instituições acadêmicas, organizações não governamentais, formuladores de políticas e jovens foram convidados a participar da elaboração das diretrizes como membros do Grupo de Revisão Externa. Eles contribuíram com conhecimentos e experiência nas seguintes áreas:

- ▀ promoção da saúde mental e do bem-estar de adolescentes;
- ▀ prevenção de suicídio, saúde mental de jovens e intervenções escolares;
- ▀ apoio psicossocial em contextos humanitários;
- ▀ HIV e saúde mental;
- ▀ estigma e saúde mental;
- ▀ saúde mental da mulher, saúde sexual e reprodutiva, e violência;
- ▀ deficiências, direitos humanos e estigma;
- ▀ elaboração de políticas e programas de saúde mental;
- ▀ experiência clínica em intervenções psicossociais para adolescentes e suas famílias;
- ▀ direitos e bem-estar das crianças e proteção de órfãos, crianças separadas da família e crianças sem supervisão nas diversas culturas.

Anexo 2: Declarações de conflitos de interesses

Participantes da avaliação dos conflitos de interesses:

Tarun Dua, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias, sede da OMS

Chiara Servili, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias, sede da OMS

David Ross, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente, sede da OMS

Para cumprir a política de conflito de interesses da OMS, a Secretaria da OMS seguiu o documento revisado *Guidelines for declaration of interests (WHO experts)* [diretrizes para declaração de interesses (especialistas da OMS)]¹. Solicitou-se a todos os membros do GED, parceiros externos participantes do processo de revisão de evidências e especialistas convidados a revisar perfis de evidências que enviassem uma declaração de interesses.

A Secretaria da OMS enviou uma carta a todos os membros do GED, ao Grupo de Revisão Externa e aos parceiros externos, solicitando que preenchessem o formulário de declaração de interesses e enviassem o *curriculum vitae*. Solicitou-se ainda autorização para publicar um resumo dessas declarações nas diretrizes. Os membros do GED também preencheram um termo de confidencialidade. A Secretaria da OMS analisou as declarações de interesses e as informações complementares (obtidas na internet e por busca em bases de dados bibliográficas) e verificou se havia algum conflito de interesses e, em caso afirmativo, se era necessário um plano de gestão.

Os nomes e as biografias resumidas dos possíveis membros do GED foram divulgados para dar conhecimento ao público e receber comentários antes da reunião do GED em setembro de 2019. O objetivo era melhorar a gestão de conflitos de interesse pela OMS, além de aumentar a confiança do público e a transparência das reuniões e atividades de assessoria técnica e normativa.

No início da reunião, foi apresentada a declaração de interesses de cada membro do GED. Os membros e os parceiros externos foram orientados a atualizar a declaração de interesses, caso houvesse alguma modificação, pela comunicação ao responsável técnico pertinente.

O acompanhamento e as ações sugeridas, aprovadas para a gestão de conflitos de interesse declarados, são resumidos a seguir.

- Se um membro declarar um interesse pertinente à reunião, a Secretaria da OMS tomará nota e resumirá eventuais conflitos de interesses. Em seguida, decidirá se, e em que medida, o membro pode participar da elaboração das diretrizes.
- Se o conflito for considerado importante, a Secretaria da OMS decidirá se é necessário excluir o membro do processo de elaboração das diretrizes ou limitar sua participação.
- As decisões são tomadas caso a caso.

A seguir, apresenta-se um resumo dos conflitos de interesses declarados e como foram administrados.

A. Membros do GED

¹ As diretrizes para declaração de interesses (especialistas da OMS) estão disponíveis em: <https://www.emro.who.int/images/stories/polio/doi-guidelines.pdf?ua=1>.

Membros do GED sem interesses relacionados informados na declaração de interesses e sem interesses relacionados no *curriculum vitae*

Nick Allen, Universidade de Oregon, EUA

Steve Allsop, Centro Colaborador da OMS para a Prevenção do Abuso de Álcool e Drogas, Instituto Nacional de Pesquisa de Drogas, Universidade Curtin, Austrália

Gracy Andrew, Sangath, Índia

Dixon Chibanda, Universidade do Zimbábue, Zimbábue

Pim Cuijpers, Universidade Livre de Amsterdam, Países Baixos

Rabih El Chammay, Ministério da Saúde Pública, Líbano

Sarah Harrison, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Dinamarca

Andres Herrera, Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua, Nicarágua

Mark Jordans, War Child, Países Baixos

Chisina Kapungu, Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher, Washington DC, EUA

Eugene Kinyanda, Conselho de Pesquisa Médica/Instituto de Pesquisa sobre Vírus de Uganda

Crick Lund, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul (*Presidente*)

Yutaka Motohashi, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Instituto Nacional de Saúde Mental, Japão

Olayinka Omygbodun, Universidade de Ibadan, Nigéria

George Patton, Universidade de Melbourne, Austrália

Atif Rahman, Fundação de Pesquisa para o Desenvolvimento Humano, Paquistão

Jacqueline Sharpe, Ministério da Saúde, Trinidad e Tobago

Katherine Sorsdahl, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul

Wietse A. Tol, Escola de Saúde Pública Bloomberg da Universidade Johns Hopkins, EUA

Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gory, Polônia

Lakshmi Vijayakumar, Autoridade Nacional de Segurança, Saúde e Meio Ambiente, Índia

Membros do GDG que informaram interesse na declaração de interesses ou cujo *curriculum vitae* mostrou um interesse potencialmente relacionado

Danuta Wasserman, Centro Colaborador da OMS em Pesquisa, Desenvolvimento de Métodos e Treinamento em Prevenção de Suicídios, Karolinska Institutet, Suécia.

A professora Wasserman trabalha no Centro Nacional de Pesquisa e Prevenção de Doenças Mentais do Karolinska Institutet, Suécia. Ela declarou que sua unidade de pesquisa recebeu uma bolsa do programa Youth Aware of Mental Health (YAM) em Estocolmo. Observou também que YAM era uma marca comercial na União Europeia, Austrália e EUA. A marca pertence à Mental Health in Mind International AB, uma empresa de pesquisa e desenvolvimento da qual são coproprietários os pesquisadores que elaboraram o programa YAM (entre eles Danuta Wasserman e Vladimir Carli) e a Karolinska Institutet Holding AB.

Ação: Esse interesse foi considerado insignificante ou mínimo e é pouco provável que afete ou passe a imagem, na medida do razoável, de afetar o julgamento de Danuta Wasserman na elaboração das diretrizes. Considera-se que ela esteja participando da elaboração das diretrizes em caráter pessoal, e não como representante de nenhuma organização. Não foram necessárias outras ações.

B. Grupo de Revisão Externa

Membros do Grupo de Revisão Externa, incluindo representantes jovens, sem interesses relacionados informados na declaração de interesses e sem interesses relacionados no *curriculum vitae*

Tasnia Ahmed, Bangladesh
Lucie Cluver, Universidade de Oxford, Reino Unido
Daniel Fung, Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Adolescente e Profissões Aliadas, Cingapura
Caridade Giyava, Zimbábue
Charlotte Hanlon, Universidade de Addis Ababa, Etiópia
Brian Mafuso, Zimbábue
Kanika Malik, Sangath, Índia
David Milambe, Malauí
Mónica Ruiz-Casares, Universidade McGill, Canadá
Graham Thornicroft, King's College London, Reino Unido
Carmen Valle-Trabadelo, Colaboradora de Atenção à Saúde Mental e Apoio Psicossocial, Save the Children
Shamsa Zafar, Academia de Serviços de Saúde, Paquistão

Membros do Grupo de Revisão Externa, incluindo representantes dos jovens, que informaram interesse na declaração de interesses ou cujo *curriculum vitae* indica um interesse potencialmente relacionado

Delanjathan Devakumar, University College London, Reino Unido

O Dr. Devakumar declarou contribuir e ter contribuído para pesquisas pertinentes na área de saúde mental dos adolescentes. Apoiaram financeiramente a pesquisa o Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, o Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde e o Conselho de Pesquisa Médica, do University College London e Grand Challenges Canada.

Ação: Esses interesses foram considerados insignificantes ou mínimos e é pouco provável que afetem ou passem a imagem, na medida do razoável, de afetar a contribuição do Dr. Devakumar como revisor das diretrizes. Nenhuma outra ação foi considerada necessária.

Lynette Mudekunye, Iniciativa Regional de Apoio Psicossocial, África do Sul

A Sra. Mudekunye revelou que estava trabalhando para a Iniciativa Regional de Apoio Psicossocial, uma organização não governamental sem fins lucrativos que ajuda a promover a saúde mental de adolescentes.

Ação: Esses interesses foram considerados insignificantes ou mínimos e é pouco provável que afetem ou passem a imagem, na medida do razoável, de afetar a contribuição da Sra. Mudekunye como revisora externa das diretrizes. Não foram necessárias outras ações.

Vladimir Carli, Karolinska Institutet, Suécia

O Sr. Carli trabalha para o Centro Nacional de Pesquisa e Prevenção de Doenças Mentais do Karolinska Institutet, na Suécia. Ele declarou que sua unidade de pesquisa recebeu uma bolsa do programa YAM em Estocolmo. Observou também que YAM era uma marca comercial na União Europeia, Austrália e EUA. A marca pertence à Mental Health in Mind International AB, uma empresa de pesquisa e desenvolvimento da qual são coproprietários os pesquisadores que elaboraram o programa YAM (entre eles Danuta Wasserman e Vladimir Carli) e a Karolinska Institutet Holding AB.

Ação: Esses interesses foram considerados insignificantes ou mínimos e é pouco provável que afetem ou passem a imagem, na medida do razoável, de afetar a contribuição do Sr. Carli como revisor externo das diretrizes. Não foram necessárias outras ações.

William Yeung, ReachOut, Austrália.

O Sr. Yeung relatou estar empregado como administrador na Parks Clinic, uma clínica privada de psicologia e saúde ocupacional. Declarou receber remuneração (US\$ 1.500) das Parcerias para a Saúde Materna, Neonatal, da Criança e do Adolescente para apoiar um grupo de adolescentes e jovens. Ele contribuiu, como voluntário, na promoção da causa da saúde mental para o Black Dog Institute e o Young and Well Cooperative Research Centre.

Ação: Esse interesse foi considerado insignificante ou mínimo e é pouco provável que afete ou passe a imagem, na medida do razoável, de afetar a contribuição do Sr. Yeung como revisor externo das diretrizes. Não foram necessárias outras ações.

Anexo 3: Perguntas de pesquisa

P1. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a todos os adolescentes para melhorar a saúde mental positiva; prevenir transtornos mentais, autolesão e suicídio; e reduzir outros comportamentos de risco?

População

Todos os adolescentes

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas universais

Comparador

Atenção habitual

Desfechos

- Desfechos críticos: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos)
- Desfechos importantes: comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar

P2. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, P2a: violência; P2b: pobreza; P2c: emergências humanitárias) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes expostos a adversidades como violência, pobreza e emergências humanitárias

- 2a: adolescentes expostos à violência
- 2b: adolescentes expostos à pobreza
- 2c: adolescentes expostos a emergências humanitárias

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas seletivas para adolescentes expostos a adversidades específicas

Comparador

Atenção habitual ou outra intervenção psicossocial

Desfechos

- Desfechos críticos: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos especificamente relacionados a sintomas e diagnósticos de estresse), autolesão, suicídio e comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos)
- Desfechos importantes: comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar

P3. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas seletivas dirigidas especificamente a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes

Comparador

Atenção habitual ou outra intervenção psicossocial

Desfechos

- Desfechos críticos: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão, suicídio e comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores)
- Desfechos importantes: comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar, adesão à atenção pré e pós-natal, habilidades parentais (conhecimentos e atitudes parentais e comportamentos parentais), exposição à violência por parceiro íntimo

P4. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes vivendo com HIV/ aids para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes vivendo com HIV/aids

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas seletivas dirigidas especificamente a adolescentes soropositivos

Comparador

Atenção habitual ou outra intervenção psicossocial

Desfechos

- Desfechos críticos: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão, suicídio e comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores)
- Desfechos importantes: comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar, adesão à terapia antirretroviral

P5. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com sintomas emocionais para prevenir a progressão para transtornos mentais diagnosticáveis, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes com sintomas emocionais (sintomas psicológicos, mas sem diagnóstico)

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas indicadas para adolescentes com sintomas psicológicos

Comparador

Atenção habitual ou outra intervenção psicossocial

Desfechos

- Desfechos críticos: transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), autolesão e suicídio
- Desfechos importantes: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores), comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar

P6. Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com comportamentos disruptivos/opositores para prevenir transtornos da conduta, autolesão e outros comportamentos de risco?

População

Adolescentes com problemas de comportamento disruptivo ou opositor, mas sem diagnóstico

Intervenção

Intervenções psicossociais preventivas indicadas para adolescentes com comportamentos disruptivos ou opositores

Comparador

Atenção habitual ou outra intervenção psicossocial

Desfechos

- Desfechos críticos: transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante, autolesão e suicídio, comportamentos de risco (uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores)
- Desfechos importantes: saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental), transtornos mentais (sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade), comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar

Anexo 4: Metodologia de revisão

A equipe de revisão usou uma metodologia de revisão sistemática padronizada com base no processo indicado no manual da OMS para a elaboração de diretrizes, 2ª edição (6). O protocolo de revisão foi compartilhado com membros do GED e registrado antes de seu lançamento em PROSPERO (43), uma base de dados global de revisões sistemáticas de programas de saúde, assistência social e desenvolvimento internacional com desfechos relacionados à saúde.

A partir de uma revisão inicial dos estudos, a equipe examinou as revisões sistemáticas existentes para a pergunta PICO 1. Ao mesmo tempo, realizaram-se novas revisões primárias para todas as outras perguntas PICO.

Tabela: Metodologia por pergunta PICO

Perguntas PICO	População	Metodologia
1	Universal	Revisões sistemáticas existentes
2a	Afetada por violência	Revisão primária
2b	Exposta à pobreza	Revisão primária
2c	Exposta a emergências humanitárias	Revisão primária
3	Gestantes e pais e mães adolescentes	Revisão primária
4	Adolescentes vivendo com HIV	Revisão primária
5	Sintomas emocionais	Revisão primária
6	Comportamentos disruptivos	Revisão primária

Metodologia da revisão das revisões (pergunta PICO 1)

Critérios de inclusão e exclusão

As revisões incluíram estudos publicados:

- entre janeiro de 2015 e abril de 2019; e
- em periódicos revisados por pares.

Não se aplicou nenhuma regra de exclusão de idioma.

Tipos de revisão

A equipe de revisão incluiu revisões de estudos em países de alta, média e baixa renda que examinaram ensaios controlados randomizados, ensaios cruzados, ensaios randomizados por conglomerados e ensaios fatoriais.

Tipos de comparador

A equipe de revisão incluiu revisões nas quais o principal elemento de comparação era a atenção habitual. Isso se refere a estudos que comparam desfechos entre adolescentes inscritos em intervenções psicossociais e aqueles que receberam a atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes

no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível).

Tipos de participante

A equipe de revisão incluiu revisões de estudos com adolescentes do gênero masculino e/ou feminino entre 10 e 19 anos de idade. Caso a faixa etária ultrapassasse esses limites, a equipe incluiu o estudo quando a idade média dos participantes estava dentro dessa faixa. Não se incluíram revisões de estudos sobre intervenções terapêuticas em adolescentes com diagnóstico de transtornos.

Tipos de intervenção

Incluíram-se revisões de estudos sobre intervenções com os seguintes objetivos primários ou secundários para adolescentes:

- promover a saúde mental positiva;
- prevenir transtornos mentais (depressão e outros transtornos do humor e ansiedade); e
- prevenir autolesão e suicídio.

As revisões foram incluídas quando abrangiam intervenções psicossociais preventivas universais. Assim, as intervenções tinham que ser dirigidas a todos os adolescentes, e não apenas a um grupo de alto risco ou a adolescentes com sintomas intensos. A definição de intervenção psicossocial foi apresentada na seção anterior. As intervenções poderiam ser implementadas em escolas, comunidades (inclusive em contextos humanitários, como campos de refugiados), centros de saúde ou domicílios. Poderiam também ter aplicação *online*, digital ou em combinações de todas as anteriores. Diversas pessoas, como professores, profissionais de saúde e de outras áreas, trabalhadores comunitários, trabalhadores leigos e pares, podem aplicar as intervenções.

Por serem intervenções preventivas, eram “distintas do tratamento, mas complementares para alcançar o objetivo comum de reduzir a carga dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais (MEC) sobre o desenvolvimento saudável de crianças e jovens” (28).

Tipos de medida de desfechos

Os estudos incluídos usaram ferramentas de medição nas quais as informações eram dadas pelos próprios adolescentes ou por pais, mães, cuidadores ou professores. Incluíram-se também estudos em que os pesquisadores observaram diretamente ou avaliaram os adolescentes. A tabela a seguir mostra o modo de classificação dos desfechos. No final deste anexo há uma lista completa de termos operacionais.

Tabela: Desfechos da pergunta PICO

Pergunta PICO	
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental) 2. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 3. Autolesão e suicídio 4. Uso de substâncias 5. Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores 6. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 7. Frequência escolar

Métodos de busca usados na identificação dos estudos

Embora se tenha usado nesta revisão das revisões a mesma estratégia de busca usada nas revisões primárias, substituiu-se o filtro de busca de ECR por um filtro de busca de revisões sistemáticas em todas as bases de dados para adequar os resultados.

Seleção de estudos

Os registros bibliográficos completos de todos os resultados da pesquisa foram exportados para Rayyan (87), uma segunda ferramenta *online* para o gerenciamento de revisões sistemáticas. Excluíram-se então todas as duplicatas. Em seguida, duplas de revisores procederam ao exame independente de todos os demais resumos, usando uma pequena lista de critérios de inclusão. Todos os revisores se reuniram para discutir eventuais discrepâncias de opinião. Depois, dois revisores avaliaram de maneira independente o texto completo de todos os estudos considerados potencialmente pertinentes. Sempre que houve dúvidas, um terceiro pesquisador da equipe decidiu com base no texto completo do artigo.

Nessa fase, os revisores decidiram excluir as revisões sistemáticas que não continham ensaios controlados randomizados. Além disso, optaram por incluir apenas revisões a partir de 2015, o que estava de acordo com a orientação do metodologista do GED, que recomendou o uso de revisões sistemáticas publicadas nos cinco anos anteriores.

Em seguida, com auxílio da ferramenta AMSTAR II, desenvolvida para a avaliação crítica de revisões sistemáticas (88), avaliou-se a qualidade das revisões que preencheram os requisitos. Essa ferramenta integra áreas relacionadas ao risco de viés, cobertura da notificação, adequação dos métodos analíticos usados e divulgação de conflito de interesses. Embora não se destine a gerar uma pontuação geral, pode ajudar os pesquisadores e formuladores de políticas a identificar evidências e revisões de alta qualidade para aceitação (89).

Depois da revisão criteriosa de cada publicação segundo os critérios AMSTAR II, a ferramenta *online* classificou a qualidade em muito baixa, baixa, média ou alta. As publicações de qualidade média ou alta foram incluídas na etapa final.

Nove publicações encontradas na busca relativa à pergunta PICO foram aprovadas pela AMSTAR II. Em seguida, todas as revisões sistemáticas foram submetidas a uma revisão criteriosa para ajudar a identificar quais delas tinham desfechos mais semelhantes aos especificados na pergunta PICO.

Nenhuma das revisões identificadas teve desfechos devidamente correspondentes aos identificados e abrangeu a faixa etária predeterminada. Por conseguinte, acordou-se em usar uma nova revisão publicada em julho de 2019, que havia sido preparada para a iniciativa HAT e tinha uma correspondência quase exata em relação à amostra, às intervenções e aos desfechos.

Metodologia da revisão primária (perguntas PICO 2 a 6)

Critérios de inclusão e exclusão

As revisões incluíram:

- estudos publicados entre janeiro de 2000 e fevereiro de 2019; e
- estudos primários de periódicos revisados por pares.

Não se aplicou nenhuma regra de exclusão de idioma. Mais especificamente, as revisões atenderam aos critérios de inclusão e exclusão listados a seguir.

Tipos de estudo

Os revisores incluíram todos os estudos de intervenção em países de alta, média e baixa renda realizados como ensaios controlados randomizados, cruzados, controlados randomizados por conglomerados e fatoriais.

Tipos de comparador

O principal elemento de comparação foi a atenção habitual. Isso se refere a estudos que comparam desfechos entre adolescentes inscritos em intervenções psicossociais e aqueles que receberam a atenção habitual ou de rotina disponível para adolescentes no contexto específico (em alguns casos, isso significava ausência de intervenção ou ausência de intervenção acessível). Um comparador secundário consistiu em estudos que comparavam duas intervenções psicossociais. Estes serão analisados separadamente daqueles com o comparador primário, mas não estão incluídos neste documento.

Tipos de participante

Os revisores incluíram estudos com adolescentes do gênero masculino e/ou feminino entre 10 e 19 anos de idade. Caso a faixa etária ultrapassasse esses limites, a equipe incluiu o estudo na revisão quando (i) a idade média dos participantes estava dentro dessa faixa ou (ii) mais de 50% dos participantes estavam dentro dessa faixa etária.

As perguntas 2 a 4 abrangeram estudos de intervenção com grupos especiais de adolescentes de alto risco (p. ex., adolescentes expostos a adversidades como violência, pobreza, emergências humanitárias, gravidez, parentalidade e vida com o HIV). As perguntas 5 e 6 abrangeram intervenções para adolescentes com sintomas de um problema de saúde mental.

Os revisores não incluíram estudos sobre intervenções terapêuticas para adolescentes com diagnóstico de transtornos.

Tabela – Populações por pergunta (perguntas PICO 2 a 6)

Perguntas PICO	População	Termos operacionais
2a	Adolescentes expostos à violência	Adolescentes de 10 a 19 anos expostos à violência interpessoal, conforme definido pelos autores do estudo (família, parceiro íntimo ou violência comunitária) como vítimas ou testemunhas.
2b	Adolescentes expostos à pobreza	Adolescentes de 10-19 anos que vivem na pobreza, segundo a definição dos autores do estudo. Essa definição poderia usar como critério: i) medidas de pobreza absoluta (por exemplo, viver com US\$ 1,90 por dia); ii) insegurança alimentar; iii) privações múltiplas (incluindo um índice composto usado para medir educação, renda, moradia, consumo); iv) medidas baseadas em ativos, como índices de ativos padronizados; ou v) outros (o método de medição será apurado durante a extração de dados).
2c	Adolescentes expostos a emergências humanitárias	Adolescentes de 10 a 19 anos de idade que são/foram expostos a emergências humanitárias, em razão de conflitos, violência, desastres naturais ou outras causas.
3	Adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes	Adolescentes de 10 a 19 anos grávidas ou que têm um bebê (meninas e meninos).
4	Adolescentes vivendo com HIV/aids	Adolescentes de 10 a 19 anos com diagnóstico de HIV positivo.
5	Adolescentes com problemas emocionais	Adolescentes de 10 a 19 anos com sintomas psicológicos de depressão e ansiedade, porém sem diagnóstico.
6	Adolescentes com problemas de comportamento disruptivo ou opositor	Adolescentes de 10 a 19 anos com problemas de comportamento externalizante, porém sem diagnóstico.

Tipos de intervenção

Os estudos de intervenção foram incluídos quando os objetivos primários ou secundários para adolescentes eram:

- promover a saúde mental positiva;
- prevenir transtornos mentais (depressão e outros transtornos do humor, ansiedade, psicose); e
- prevenir autolesão e suicídio.

Todos os estudos de intervenção empregaram intervenções psicossociais, definidas como intervenções que usam uma abordagem psicológica, comportamental ou social, ou uma combinação destas (29, 30), para melhorar o bem-estar psicossocial e reduzir o risco de desfechos insatisfatórios em termos de saúde mental (30). Incluem programas dirigidos a adolescentes individualmente ou em grupos, ou a seus cuidadores e famílias. Não incluem intervenções biológicas (como farmacoterapia). As intervenções psicossociais que procuram apenas modificar o contexto estrutural do adolescente não são consideradas no escopo das diretrizes. Assim, excluem-se intervenções exclusivamente estruturais ou sociais, como transferência de renda ou intervenções no ambiente escolar sem componente psicossocial.

As intervenções poderiam ser implementadas na escola, na comunidade (inclusive em contextos humanitários, como campos de refugiados), no centro de saúde ou no domicílio. A aplicação também poderia ser *online* ou digital ou combinações de todas as anteriores. Diversas pessoas, como professores, profissionais de saúde e de outras áreas, trabalhadores comunitários, trabalhadores leigos e pares, podem implementar as intervenções.

As intervenções eram preventivas e, portanto, “distintas do tratamento, mas complementares para alcançar o objetivo comum de reduzir a carga dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais (MEC) sobre o desenvolvimento saudável de crianças e jovens” (28). Os revisores definiram as intervenções preventivas de acordo com três subcategorias (90). A pergunta PICO 1 abrange intervenções preventivas universais, ou seja, programas destinados a toda a população adolescente e concebidos para o benefício de todos. As perguntas PICO 2 a 4 abrangem intervenções preventivas seletivas ou direcionadas. Estas se concentram em pessoas ou comunidades em risco de desenvolver problemas de saúde mental ou comportamentos de risco em razão de fatores como pobreza, estado de saúde (incluindo HIV e gravidez), situação migratória e exposição à violência. As perguntas PICO 5 e 6 incluem as intervenções preventivas indicadas, que são programas destinados a adolescentes escolhidos para participar de um estudo por apresentarem sintomas de transtorno mental ou comportamentos de alto risco.

Tipos de medida de desfechos

Os estudos incluídos usaram ferramentas de medição nas quais os adolescentes relatavam sobre si mesmos ou pais, mães, cuidadores ou professores relatavam sobre os adolescentes. Incluíram-se também estudos em que os pesquisadores observaram diretamente ou avaliaram os adolescentes. Os desfechos variam de acordo com a pergunta PICO e são definidos com mais detalhes na próxima seção. No final deste anexo há uma lista completa de termos operacionais.

Métodos de busca usados na identificação dos estudos

Diversos métodos foram usados para identificar os estudos. Realizaram-se buscas sistemáticas de conjunto predeterminado de termos nos motores de busca e bases de dados, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, ERIC, EMBASE e ASSIA.

Seleção de estudos

Os registros bibliográficos completos de todos os resultados da busca foram exportados para o EPPI-Reviewer (91), ferramenta *online* para gerenciamento de revisões sistemáticas, o que ajudou a excluir todas as duplicatas.

Com o auxílio de um classificador de ECR que usa aprendizagem de máquina, o EPPI-Reviewer examinou automaticamente todos os resumos e, com base em palavras-chave, identificou aqueles na revisão com probabilidade menor ou maior que 20% de ser um ensaio controlado randomizado. A função ECR do EPPI-Reviewer é um modo “inteligente” de classificação que atribui a cada documento uma pontuação indicativa da semelhança com seu correspondente. Baseia-se em modelos desenvolvidos a partir de dados de outras revisões. Essa etapa de triagem de resumos contou com dados de quase 300 000 itens obtidos na base de dados Cochrane e usou um modelo pré-configurado para identificar ensaios controlados randomizados. É cada vez mais evidente a alta sensibilidade desse tipo de triagem quando combinado ao trabalho humano. Pode reduzir erros humanos e discordâncias entre revisores e ajuda a acelerar a triagem ao mesmo tempo que aumenta sua eficiência. Essa função pode melhorar o controle de qualidade de estudos incluídos ou excluídos manualmente, proporcionando outra camada de segurança para reduzir erros humanos (92-94). Os resumos com probabilidade de inclusão inferior a 20%, com base no EPPI-Reviewer, passaram por nova revisão realizada por apenas um revisor. As palavras-chave da busca também foram usadas para busca em todos os resumos a fim de garantir que nenhum estudo fosse excluído.

Em seguida, duplas de revisores procederam ao exame independente de todos os demais resumos, usando uma pequena lista de critérios de inclusão (ver tabela a seguir). Todos os revisores se reuniram para discutir as discrepâncias entre os resumos. Depois, dois revisores avaliaram de maneira independente o texto completo de todos os estudos considerados potencialmente pertinentes. Cada estudo foi contraposto à pergunta PICO pertinente. Sempre que houve dúvidas, um terceiro pesquisador da equipe decidiu com base no texto completo do artigo.

Tabela – Lista de verificação de inclusão

Item	Pergunta da lista de verificação
1	É um ensaio controlado randomizado individualmente, um ensaio controlado randomizado por conglomerados, um ensaio cruzado ou um ensaio fatorial?
2a	Os participantes têm entre 10 e 19 anos de idade? Ou a média de idade de todos os participantes está no intervalo entre 10 e 19 anos?
2b	Em caso negativo, os cuidadores ou professores dos participantes estão informando os desfechos dos adolescentes entre 10 e 19 anos?
3	A intervenção pretende beneficiar adolescentes sem um diagnóstico de transtorno mental?
4	A intervenção tem como objetivo promover a saúde mental, prevenir transtornos mentais e/ou autolesão e informar esses fatos como desfechos?
5	A intervenção é uma intervenção psicossocial, com uso de abordagens psicológicas ou sociais, ou uma combinação das duas?

Extração de dados

Elaborou-se um formulário de extração de dados para obter todas as informações necessárias dos estudos incluídos.

A equipe de revisão extraiu dados de estudos incluídos sobre essas áreas-chave:

- características do estudo, como contexto, população, delineamento da pesquisa, detalhes da intervenção e ferramentas de triagem;
- risco de viés e qualidade do estudo, com auxílio da ferramenta Cochrane para avaliação do risco de viés em estudos randomizados, que inclui geração da sequência aleatória, sigilo da alocação,

cegamento dos participantes e profissionais, cegamento dos avaliadores dos desfechos, dados incompletos dos desfechos, publicação seletiva e outras fontes de viés;

- tipo de grupo de controle, classe dos desfechos, instrumento, ponto temporal, tamanho dos grupos de intervenção e de controle, e resultados das intervenções sobre desfechos pertinentes (p. ex., médias e desvios-padrão), uma diferença padronizada de médias (SMD, na sigla em inglês) calculada e intervalos de confiança de 95% (95).

Solicitou-se, por e-mail, aos autores o envio dos dados faltantes, que foram incluídos quando recebidos dentro do prazo. Os estudos que aparecem em várias publicações foram tratados como um único estudo.

Durante todo o período de extração de dados, um revisor sênior independente fez a verificação contínua de determinada quantidade de características do estudo a partir das informações extraídas. Um segundo revisor independente fez uma segunda verificação completa de todas as entradas para examinar o risco de viés e a extração de dados dos desfechos. Todas as mudanças e correções foram registradas. Os revisores fizeram reuniões periódicas (aproximadamente semanais) de controle de qualidade para abordar os problemas à medida que surgiam.

Pontos de dados

Os pontos de dados de acompanhamento pós-intervenção foram classificados de acordo com os desfechos a curto, médio e longo prazo (ver tabela a seguir). Entretanto, na metanálise desse processo foram usados dados de todos os pontos temporais combinados.

Tabela – Codificação de dados de diferentes pontos temporais

Desfecho	Período
Desfecho a curto prazo	≤2 meses após a conclusão da intervenção
Desfecho a médio prazo	>2-12 meses após a conclusão da intervenção
Desfecho a longo prazo	>12 meses após a conclusão da intervenção

Análise de dados

As estimativas de efeito dos estudos incluídos foram classificadas de acordo com o domínio do desfecho que representavam e a duração do acompanhamento. As estimativas de efeito foram transformadas em diferença padronizada de médias – uma preferência para o d de Cohen. Sempre que foram descritos desfechos binários, as razões de chances foram convertidas em d de Cohen pela transformação logit.

As metanálises utilizaram a estimativa robusta da variância com efeitos aleatórios para responder por múltiplas estimativas de efeitos dependentes por estudo, por exemplo, quando um estudo apresentou várias estimativas de efeitos para um domínio de desfechos. Os revisores consideraram uma intercorrelação de 0,8 nos estudos. Eles descreveram a heterogeneidade em termos de τ^2 ajustado para análise de agrupamentos e I^2 .

A metarregressão incluiu preditores categóricos para descrever a intervenção e as características populacionais que podem explicar a heterogeneidade da efetividade (ver a seguir). As metarregressões foram descritas pelo coeficiente de regressão, I^2 residual e τ^2 residual.

Como observado anteriormente, o objetivo principal da análise foi comparar grupos de tratamento a grupos de controle para todas as perguntas PICO.

Agrupamento de desfechos

Para a análise, os desfechos foram agrupados por pergunta PICO, como mostrado na tabela a seguir.

Tabela – Desfechos das perguntas PICO 2 a 6

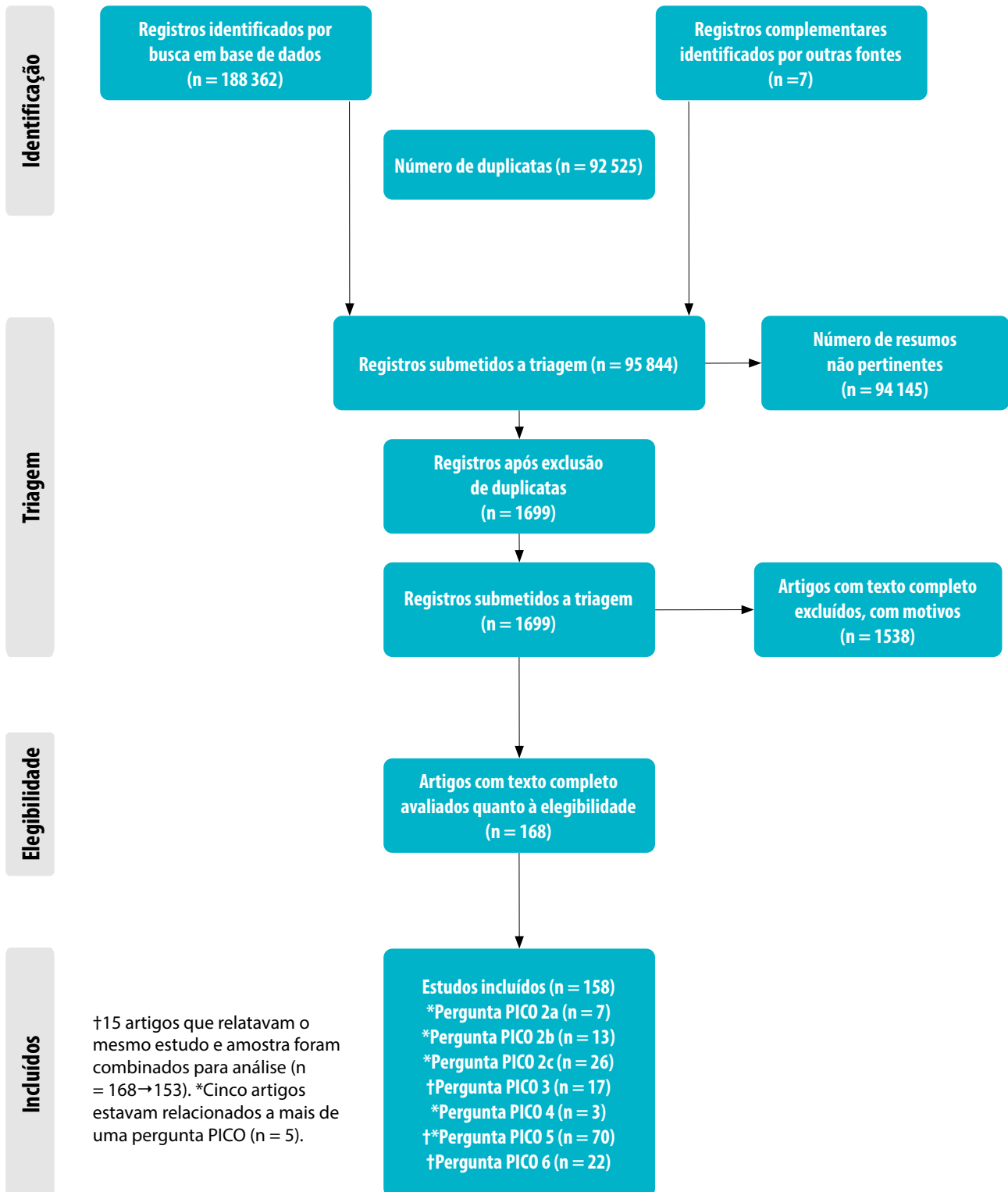
Desfechos da pergunta PICO	
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde mental positiva 2. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 3. Transtornos mentais (transtornos relacionados especificamente ao estresse) 4. Autolesão e suicídio 5. Uso de substâncias 6. Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores 7. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 8. Frequência escolar
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde mental positiva 2. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 3. Autolesão e suicídio 4. Uso de substâncias 5. Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores 6. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 7. Frequência escolar 8. Adesão à atenção pré e pós-natal 9. Habilidades parentais (conhecimentos e atitudes parentais e comportamentos parentais) 10. Exposição à violência por parceiro íntimo
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde mental positiva 2. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 3. Autolesão e suicídio 4. Uso de substâncias e comportamentos agressivos 5. Comportamentos disruptivos e opositores 6. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 7. Frequência escolar 8. Adesão à terapia antirretroviral
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 2. Autolesão e suicídio 3. Saúde mental positiva 4. Uso de substâncias e comportamentos agressivos 5. Comportamentos disruptivos e opositores 6. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 7. Frequência escolar
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transtornos mentais (diagnósticos de transtorno da conduta e transtorno de oposição desafiante) 2. Autolesão e suicídio 3. Uso de substâncias 4. Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores 5. Saúde mental positiva (bem-estar mental e funcionamento mental) 6. Transtornos mentais (depressão e ansiedade) 7. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva 8. Frequência escolar

Análises de subgrupos

Inicialmente, todas as análises foram realizadas na amostra completa. As análises de subgrupos não são apresentadas neste documento.

A figura a seguir mostra os resultados de todo o processo de busca, incluindo busca inicial, exclusão de duplicatas, triagem de resumos, triagem dos textos completos e codificação de estudos por pergunta PICO.

Figura – Fluxograma dos estudos incluídos (perguntas PICO 2 a 6)



Motivos de exclusão (publicação errada, n = 200, p. ex., anais de congresso; grupo-alvo errado, n = 598; intervenção errada, n = 62; delineamento de estudo errado, n = 96; desfecho errado, n = 265; idade errada, n = 263; dados insuficientes, n = 5; intervenção ativa versus ativa, n = 19; duplicatas, n = 10)

Lista completa de termos operacionais

Desfecho	Definição dos desfechos	Termos operacionais (exemplos)
Saúde mental positiva	Bem-estar mental	Satisfação com a vida, qualidade de vida, autoconceito positivo, autoestima, autocontrole e autoeficácia
	Funcionamento mental	Competências sociais, emocionais e cognitivas, como resiliência, enfrentamento, solução de problemas, relacionamento, habilidades interpessoais e de comunicação e regulação das emoções
Transtornos mentais	Depressão, ansiedade	Incidência e prevalência de sintomas e diagnósticos de depressão e ansiedade
	Transtorno da conduta	Diagnóstico de transtorno da conduta
	Transtorno de oposição desafiante	Diagnóstico de transtorno de oposição desafiante
	Transtornos relacionados ao estresse	Incidência e prevalência de sintomas e diagnósticos de TEPT
Autolesão		Incidência e prevalência de autolesão, ideação suicida, suicídio
Comportamentos de risco	Uso de substâncias	Uso de álcool, frequência do uso de álcool, problemas relacionados ao álcool, iniciação do uso de álcool, iniciação de embriaguez, consumo episódico excessivo e uso indevido de álcool Uso de cânabís (maconha, haxixe, tetra-hidrocanabinol), opioides (opiáceos, morfina, heroína, metadona, diamorfina, diacetilmorfina, fentanila) ou estimulantes (ecstasy, metilenedioximetanfetamina, metanfetamina, anfetamina e cocaína) Uso de tabaco, frequência do uso de tabaco, início do uso de tabaco
	Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores	Agressão física, agressão verbal, conflito, violência interpessoal, perpetração de violência contra parceiro íntimo, problemas de conduta, problemas com pares, problemas externalizantes, comportamento antissocial, brigas, <i>bullying</i> , fúria, comportamento criminoso, detenção e encarceramento
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva		Uso de preservativo, início precoce da vida sexual, número de parceiros
Frequência escolar		Matrículas, taxas de evasão escolar, taxa de retenção escolar, dias de aula perdidos, taxas de frequência escolar e intenção de retornar à escola
Adesão à atenção pré e pós-natal		Adesão à atenção pré e pós-natal, início da atenção pré e pós-natal, número de consultas pré-natais, número de consultas pós-natais, adesão ao planejamento familiar após o parto, adesão ao cronograma de vacinação
Habilidades parentais	Conhecimento e atitudes parentais	Conhecimento do desenvolvimento infantil, conhecimento das práticas positivas de parentalidade e disciplina, estresse parental, autoeficácia parental
	Comportamentos parentais	Capacidade de resposta, sensibilidade, interações positivas, comunicação emocional, comunicação na disciplina, gestão da disciplina e do comportamento
Exposição à violência por parceiro íntimo		Vitimização relacionada à violência física, psicológica e sexual, conflitos de relacionamento, violência no namoro
Melhor adesão à terapia antirretroviral		Início, implementação, persistência e interrupção da terapia antirretroviral, incluindo adesão informada, carga viral, contagem de CD4, medidas de adesão farmacêutica, ou seja, razão de posse de medicamentos, contagem e coleta de pílulas, contagem de comprimidos e medidas de monitoramento eletrônico da adesão

Anexo 5: Aplicação do sistema GRADE

Para avaliar a qualidade das evidências usou-se o sistema GRADE (classificação de análise, desenvolvimento e avaliação de recomendações). Os domínios analisados foram:

- risco de viés,
- inconsistência,
- evidências indiretas,
- imprecisão, e
- viés de publicação.

Risco de viés

Analisou-se o risco de viés para identificar eventuais limitações no delineamento do estudo que pudessem influenciar a estimativa geral do efeito do tratamento. Os três domínios mais importantes considerados no sistema GRADE foram:

- randomização,
- cegamento dos avaliadores dos desfechos (viés de detecção), e
- dados incompletos dos desfechos (viés de seguimento).

Os critérios de rebaixamento basearam-se em princípios de orientação para especialistas técnicos, extraídos da atualização de 2016 do *Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde* (27). Aplicaram-se os seguintes princípios:

- quando < 10% dos estudos que forneceram dados tinham alto risco de viés, não houve rebaixamento;
- quando 10-30% dos estudos tinham alto risco de viés, houve rebaixamento de um nível;
- quando > 30% dos estudos tinham alto risco de viés, houve rebaixamento de dois níveis;
- o risco de viés incerto não foi reputado alto para essa finalidade.

Inconsistência

A inconsistência refere-se a estimativas diferentes e inexplicáveis do efeito do tratamento (em outras palavras, heterogeneidade ou variabilidade nos resultados) entre estudos. A heterogeneidade foi avaliada pelo teste I^2 para heterogeneidade e seu valor de P associado. A equipe de revisão concordou em rebaixar um nível quando os valores do teste I^2 estivessem acima de 75% e dois pontos quando estivessem acima de 90%, com base na orientação da Colaboração Cochrane para lidar com a heterogeneidade. Possíveis ajustes de classificação foram considerados pela análise da significância do *valor de P* e pela determinação da possibilidade de explicação da heterogeneidade com base nos tipos de intervenção, participantes, configurações ou método de avaliação dos desfechos.

Nos casos em que os dados sobre um desfecho eram fornecidos por um só estudo, não houve rebaixamento por inconsistência.

Evidências indiretas

As evidências indiretas referem-se ao grau de generalizabilidade dos resultados ou grau de diferença entre as evidências disponíveis e a pergunta de pesquisa em termos de população, intervenção, comparador ou desfecho. Para avaliar a generalizabilidade dos resultados, a equipe analisou se a intervenção, os participantes, os ambientes e os métodos de avaliação dos desfechos eram adequados aos contextos para os quais as diretrizes se destinam. (Por exemplo, contextos de alta renda e com elevada capacitação dos facilitadores da intervenção não fornecem evidências diretas para contextos de PBMR com recursos limitados.)

Aproximação do risco relativo

A Equipe de Revisão de Evidências, cuja responsabilidade era apresentar os resultados de desfechos contínuos, inicialmente os apresentou apenas como diferenças padronizadas de médias do risco absoluto e medidas de risco relativo. A equipe calculou as razões de chances aproximadas com auxílio de um método descrito por Hasselblad & Hedges (97). Da Costa *et al.* (98) avaliaram o método em um estudo e constataram que tinha acurácia aceitável na aproximação do risco relativo.

Anexo 6: Resumos das evidências por pergunta de pesquisa

Esta seção apresenta os resumos das evidências para cada pergunta de pesquisa. Contém um resumo da revisão incluída para a pergunta PICO 1 e os resultados das revisões primárias (perguntas PICO 2 a 6), outras evidências pertinentes (especificamente, diretrizes e revisões sistemáticas relacionadas) e um resumo da estrutura de evidências para decisão.

Não houve subanálises por idade nas revisões primárias (perguntas PICO 2 a 6) em razão da diversidade de faixas etárias de cada série de estudos. Para todas as perguntas PICO, a maioria dos estudos apresentou resultados sobre grupos etários mistos (não adolescentes mais novos *versus* adolescentes mais velhos), conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Faixa etária dos participantes do estudo (perguntas PICO 2 a 6)

Desfecho	Número total de estudos incluídos	Estudos com participantes até 14 anos de idade	Grupos mistos	Estudos com participantes a partir de 15 anos de idade	Dados faltantes (não especificados)
2a	7	1 (14%)	6 (86%)	–	–
2b	15	3 (20%)	8 (67%)	–	2 (13%)
2c	26	8 (30,8%)	13 (50%)	3 (11,5%)	2 (7,7%)
3	17		12 (70,6%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)
4	3	1 (33%)	2 (67%)	–	–
5	70	11 (15,7%)	41 (58,6%)	10 (14,3%)	8 (11,4%)
6	22	5 (22,7%)	14 (63,6%)	–	3 (13,6%)

Não foi possível realizar subanálises de gênero nas revisões primárias (perguntas PICO 2 a 6) porque pouquíssimos estudos apresentaram resultados desagregados por gênero. Usando como exemplo a pergunta PICO 5, 63 dos 70 estudos incluíram meninos e meninas, mas somente dois apresentaram os resultados separadamente (3,2%). Com relação à pergunta PICO 6, por outro lado, 17 estudos incluíram tanto meninos quanto meninas, mas nenhum deles apresentou os resultados separadamente (0%).

Pergunta 1: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a todos os adolescentes para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão, suicídio e outros comportamentos de risco?

Resumo das evidências

A Equipe de Revisão de Evidências examinou todas as revisões qualificadas para o processo AMSTAR (ver metodologia no Anexo 4). Em seguida, fez uma estreita correlação entre os desfechos da revisão preparada para a intervenção “Ajudar Adolescentes a Prosperar” e a maioria dos desfechos para essa pergunta de pesquisa (7). Essa revisão incluiu 158 estudos de intervenção em 33 países. A maioria dos ensaios foi realizada em países de alta renda (90,5%) e em diversas plataformas, inclusive digital, escolas, comunidades, centros de saúde e combinações de locais. Entre os implementadores estavam diversas pessoas, como professores, profissionais de saúde mental, trabalhadores leigos e pares. Nessa revisão, 67 estudos incluíram desfechos de saúde mental positiva. Os transtornos mentais apareceram em 48 estudos e os comportamentos agressivos e disruptivos, em 47 estudos. O uso de substâncias esteve presente em outros 43 estudos.

Houve uma série de outras revisões pertinentes sobre intervenções universais. A seguir, é apresentado o resumo de uma seleção de revisões, classificadas como de qualidade moderada a alta pelo AMSTAR-2 e com desfechos similares.

Hetrick *et al.* (99) fizeram uma revisão Cochrane sobre a eficácia de programas psicológicos implementados na escola para prevenir a depressão. A revisão incluiu 83 ensaios independentes, a maioria realizada nos EUA (50,6%, n=42 estudos). Os demais estudos foram realizados principalmente em países de alta renda, enquanto cinco foram realizados em PBMR. No total, 52 eram ensaios controlados randomizados e 34 eram ensaios randomizados por conglomerados. Os participantes na intervenção incluída tinham de 8 a 24 anos de idade e o tamanho da amostra variou de 18 a 5.634 participantes. O desfecho primário dos estudos era depressão, indicada por um diagnóstico clínico de depressão ou por sintomas autorrelatados. Os autores não encontraram evidências suficientes para respaldar a implementação de programas universais de prevenção da depressão. Entretanto, essa revisão abrangeu uma faixa etária mais ampla e não se limitou à depressão.

Bastounis *et al.* (100) fizeram uma revisão para avaliar a efetividade do Programa de Resiliência Penn e seus derivados e determinar a conveniência de sua implementação em larga escala. Os estudos incluídos foram realizados em três países – Austrália, Países Baixos e EUA –, o que significa que não se incluíram estudos em PBMR. Os estudos incluídos referiam-se a programas cujo objetivo era reduzir os sintomas depressivos em adolescentes. Três (33,3%) eram ensaios controlados randomizados e seis (66,6%), ensaios randomizados por conglomerados. O número total de participantes variou de 47 a 1.390. Os participantes tinham de 9 a 16 anos de idade. Não foram fornecidos dados sobre gênero. O desfecho primário avaliado em todos os estudos foi depressão e o desfecho secundário mais comum foi ansiedade (55,5%, n = 5). Essa revisão não encontrou evidências da efetividade do Programa de Resiliência Penn na redução da depressão e da ansiedade. A revisão concentrou-se em uma única intervenção e exclusivamente na depressão e na ansiedade.

Ciocanel *et al.* (101) fizeram uma revisão para avaliar a efetividade de intervenções para o desenvolvimento positivo na promoção de desfechos positivos e redução de comportamentos de risco entre jovens. A revisão geral incluiu 24 estudos, realizados principalmente nos EUA (83,3%, n = 20 estudos). Além desses, quatro foram realizados na Croácia, na Irlanda, na Nova Zelândia e no Reino Unido. Todos os estudos incluídos eram ensaios controlados randomizados. No total, os estudos tiveram 23 258 participantes, com idades de 10 a 16 anos. A maioria deles tinha participantes de ambos os gêneros (87,5%). Três estudos incluíam apenas meninas. As intervenções para o desenvolvimento positivo dirigidas a jovens tiveram um efeito pequeno, mas significativo sobre o rendimento acadêmico e a adaptação psicológica. Não mostraram efeitos significativos em termos de comportamentos sexuais de risco, comportamentos problemáticos ou comportamentos sociais positivos.

Dunning *et al.* (102) fizeram uma revisão para avaliar a efetividade das intervenções de atenção plena (*mindfulness*). A revisão abrangeu 33 estudos, com 3.666 participantes de 4 a 17 anos de idade. Não foram apresentados dados sobre o país de implementação e o gênero. Os estudos incluídos eram todos ensaios controlados randomizados, destinados a promover a atenção plena. Os estudos apresentaram vários desfechos, entre eles atenção plena, desfechos comportamentais, depressão, ansiedade ou estresse, função executiva e atenção. A metanálise constatou que, em relação aos controles inativos, as intervenções baseadas na atenção plena tiveram efeitos positivos significativos para os desfechos das categorias atenção plena, depressão, ansiedade e/ou estresse (quando comparadas aos controles inativos e ativos) e comportamentos negativos (quando comparadas apenas aos controles inativos).

Werner-Seidler *et al.* (48) fizeram uma revisão para avaliar os programas de prevenção de depressão e ansiedade aplicados nas escolas. A revisão incluiu estudos com 81 ensaios controlados randomizados.

A maioria dos estudos foi realizada em países de alta renda, enquanto três intervenções seletivas foram realizadas em PBMR. Os estudos incluídos contaram com um total de 31 794 participantes, variando de 21 a 2.512 participantes por estudo, com idade de 19 anos ou menos. Imediatamente após a intervenção e aos 12 meses de acompanhamento, detectaram-se pequenos tamanhos de efeito dos programas de prevenção da depressão e da ansiedade. As análises de subgrupos mostraram que os programas universais de prevenção da depressão tinham menores tamanhos de efeito no pós-teste que os programas seletivos, mas que os programas universais e seletivos para ansiedade tinham tamanhos de efeito semelhantes.

Outros estudos pertinentes com desfechos de autolesão e suicídio

Não se identificou nenhuma revisão de intervenções universais para a prevenção de autolesão e suicídio. Entretanto, a equipe de revisão identificou alguns estudos específicos que acompanharam a autolesão e o suicídio. Wasserman *et al.* (103) realizaram o ensaio controlado randomizado por conglomerados Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) em escolas de toda a Europa. As escolas foram randomizadas para um dos três braços de intervenção ou para o braço de controle. O primeiro braço era o Question, Persuade and Refer (QPR), um programa manualizado de formação de guardiões destinado a capacitar professores e funcionários de escolas para reconhecer comportamentos suicidas em estudantes e a melhorar a comunicação entre professores e alunos. O segundo braço, o programa Youth Aware of Mental Health (YAM), é uma intervenção escolar universal de curta duração com o propósito de aumentar a conscientização sobre saúde mental e fatores de risco associados ao suicídio e promover as habilidades de vida necessárias para lidar efetivamente com eventos adversos da vida, estresse e comportamento suicida. Por fim, o terceiro braço, o programa Screening by Professionals (ProfScreen), era uma intervenção indicada para estudantes que, na triagem com o questionário inicial do estudo SEYLE, tiveram pontuação igual ou acima dos pontos de corte predeterminados. Os participantes do programa ProfScreen foram encaminhados a serviços clínicos. O estudo constatou efetividade significativa do IAM na redução de ideação e tentativas de suicídio. Não se observaram melhorias significativas nos grupos do QPR ou do ProfScreen.

O Signs of Suicide (SOS) é um programa de intervenção com o objetivo de diminuir o comportamento suicida, ensinando os estudantes a responder aos sinais de suicídio, em si mesmos e nos outros, e a reduzir os fatores de risco associados ao suicídio (104). Os educadores em saúde aplicaram a intervenção na escola durante dois dias. O SOS reúne duas estratégias de enfrentamento ao suicídio em um programa para aumentar a conscientização sobre suicídio e questões relacionadas ao suicídio. Os estudantes aprendem a reconhecer os sinais e sintomas de depressão e a reagir a eles. O estudo associou o SOS a um aumento significativo do conhecimento, a atitudes mais positivas e adaptativas em relação à depressão e ao suicídio e, em última análise, a menos tentativas de suicídio.

Petrova *et al.* (105) avaliaram o programa Sources of Strength em escolas nos Estados Unidos. A intervenção foi concebida a partir da teoria de que comportamentos saudáveis e bem-sucedidos de enfrentamento podem acelerar mudanças positivas por intermédio das redes sociais naturais de adolescentes. Por meio da aprendizagem interativa, a intervenção concentrou-se em oito fontes de força protetoras: apoio familiar, amigos positivos, mentores, atividades saudáveis, generosidade, espiritualidade, acesso a serviços médicos e acesso a serviços de saúde mental. Durante a fase de aplicação, líderes de pares usaram diversas atividades de envio de mensagens (vídeos, apresentações ou anúncios de serviço público) para incentivar outros estudantes a crescer e usar as próprias “fontes de força”. Entre outras coisas, isso consistia em buscar a ajuda de adultos, mentores ou colegas em situações de sofrimento, o que incluía ideação ou planejamento suicida. O estudo constatou que a modelagem de práticas saudáveis de enfrentamento por líderes de pares ajudou a aumentar as habilidades positivas de enfrentamento, superar barreiras para buscar ajuda e, por fim, reduzir o comportamento suicida.

Outras diretrizes pertinentes

Diretrizes pertinentes para essa pergunta de pesquisa são resumidas a seguir.

MI-mhGAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0.

O manual de intervenções mhGAP oferece orientações sobre a avaliação e o manejo dos transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras substâncias prioritários, incluindo os que têm início na infância e na adolescência (27). O manual contém duas recomendações sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes, apresentadas a seguir.

- A implementação nas escolas de programas de prevenção de suicídio que incluam capacitação para a conscientização em saúde mental e treinamento de habilidades com o objetivo de reduzir tentativas de suicídio e mortes por suicídio entre estudantes adolescentes.
Força da recomendação: condicional.
Qualidade das evidências: baixa.
- Os estabelecimentos de saúde não especializados devem incentivar e auxiliar a educação em habilidades de vida na escola, se possível, a fim de promover a saúde mental de crianças e adolescentes.
Força da recomendação: condicional.
Qualidade das evidências: baixa.

Diretriz da OMS sobre serviços de saúde escolares ou vinculados à escola prestados por trabalhadores da saúde (em fase de elaboração).

A diretriz sobre serviços de saúde escolares abordará a saúde mental e os serviços prestados por trabalhadores da saúde, na escola ou com participação da escola, para prevenir o uso de substâncias e para tratar, atender e reabilitar os usuários.

O National Institute for Health and Care Excellence, do Reino Unido, tem diretrizes sobre intervenções preventivas universais em saúde mental para adolescentes. A diretriz mais pertinente, publicada em 2009, trata do bem-estar social e emocional na educação secundária e destina-se a jovens de 11 a 19 anos (106). A diretriz tem o objetivo de promover a boa saúde social, emocional e psicológica a fim de proteger os jovens contra problemas de comportamento e saúde, violência e crime, gravidez na adolescência e uso de álcool e outras substâncias. Contém recomendações sobre:

- uma estrutura estratégica para intervenções;
- princípios e condições essenciais;
- programas de ensino e métodos;
- como trabalhar com pais, mães e famílias;
- como trabalhar em parceria com jovens; e
- capacitação e desenvolvimento profissional contínuo.

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

Essa questão é prioritária, pois a adolescência é um período de rápido desenvolvimento físico, social e psicológico. Logo, é um período que oferece diversas oportunidades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Revisões sistemáticas anteriores sobre intervenções para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais e comportamentos de risco durante a adolescência sugerem que as intervenções psicossociais ajudam a melhorar a saúde mental dos jovens (7). Essas intervenções podem assegurar habilidades básicas para promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco.

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis esperados são moderados. A equipe de revisão identificou tamanhos de efeitos desejáveis clinicamente relevantes para saúde mental positiva (TE=0,2656, $P=0,002$, IC de 95% [0,0973, 0,4158]), comportamentos agressivos, disruptivos e opositores (TE=0,2938, $P=0,0336$, IC de 95% [-0,5638, -0,0238]) e autolesão e suicídio (TE=0,46, IC de 95% [0,25-0,86]). Identificou também tamanhos de efeito desejáveis estatisticamente significantes e clinicamente irrelevantes para transtornos mentais (TE=-0,0878, $P=0,0075$, IC de 95% [-0,1508, -0,0248]).²

Os efeitos indesejáveis esperados são triviais. Não se identificaram tamanhos de efeitos indesejáveis. Entretanto, algumas evidências sugerem o risco de aumento do uso de substâncias de baixa prevalência (por alertar as pessoas sobre sua existência e possivelmente dar a falsa impressão de que são muito utilizadas). É importante evitar que isso aconteça.

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências dos efeitos foi baixa. A certeza das evidências de três desfechos (saúde mental positiva, uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores) foi muito baixa e a de um desfecho (depressão e ansiedade) foi baixa. Não se mediram desfechos relacionados a comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, autolesão e suicídio e frequência escolar.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade no grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não verificou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4) e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

O balanço de efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) variam. As intervenções universais tendem a ser realizadas em ambientes que atraem naturalmente toda a população, como escolas, o que resulta em baixas taxas de perda de seguimento. Esses ambientes também estão associados ao uso eficiente dos recursos, pois não exigem ferramentas nem pessoal para triagem. Além disso, professores adequadamente capacitados e supervisionados podem aplicar efetivamente intervenções de promoção da saúde mental (107). Entretanto, a aplicação da intervenção a toda a população acarreta custos consideráveis, dependendo da escala. Pode haver diferenças consideráveis entre intervenções digitais e presenciais, bem como entre países.

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é baixa. Nas revisões sistemáticas existentes, parece que os programas universais aplicados em escolas são efetivos para a promoção de desfechos de saúde mental em adolescentes (48, 108). Entretanto, poucos autores de estudos apresentaram os componentes da intervenção com detalhes suficientes para possibilitar sua reprodução, e um número ainda menor forneceu algum tipo de orientação sobre mecanismos para expandir as intervenções.

Custo-efetividade

A custo-efetividade favorece a intervenção. Há poucas evidências relativas à custo-efetividade dos estudos incluídos e aos estudos com essa população. Uma análise recente realizada pela Secretaria

² "Clinicamente relevante" denota tanto significância estatística ($P < 0,05$) quanto um tamanho de efeito acima do limite acordado ($> 0,2$).

da OMS, com auxílio do método WHO-CHOosing Interventions that are Cost-Effective [escolha de intervenções custo-efetivas da OMS], mostrou que as intervenções universais de aprendizagem socioemocional foram custo-efetivas (107).

Equidade

A intervenção provavelmente aumentaria a equidade em saúde para todos os adolescentes. As intervenções universais oferecem a oportunidade de abordagem simultânea de uma grande variedade de fatores de risco, o que é especialmente conveniente em contextos de baixa renda nos quais os adolescentes são mais propensos a sofrer diversos eventos vitais adversos (45, 46). Outra vantagem importante das intervenções universais é que os adolescentes de alto risco não são identificáveis com facilidade por seus pares (109). Essa é uma preocupação dos adolescentes, pois nessa fase de desenvolvimento as relações entre pares e a posição social são mais importantes e formativas. Entretanto, a menos que se adotem medidas especiais, a intervenção pode excluir adolescentes não matriculados em escolas e outros pertencentes aos grupos mais vulneráveis.

Aceitabilidade

A intervenção é aceitável para todas as principais partes interessadas. As intervenções universais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais podem agradar muito os formuladores de políticas em razão da capacidade de influenciar uma série de desfechos em saúde e educação e ser integradas a atividades escolares de rotina (7). Os administradores escolares podem considerar a implementação fácil, porque dispensa a triagem e separação dos alunos (47, 48, 50). Entretanto, como as intervenções universais capturam um público amplo, os participantes de baixo risco podem considerar menos envolvente o programa incluído e irrelevante o material sobre múltiplos fatores de risco (48). A busca de um formato centrado no usuário fortalecerá bastante o desenvolvimento do programa e a capacidade de adaptação a diferentes contextos. Isso abrangeria múltiplas etapas de engajamento e prototipagem com adolescentes, pais, mães, professores e outras partes interessadas da comunidade para a elaboração conjunta do pacote de intervenção.

Viabilidade

A intervenção provavelmente é viável. Os programas de maior duração foram considerados mais efetivos, e a capacitação dos professores e o apoio durante toda a intervenção foram destacados como importantes fatores de implementação (110). Os pesquisadores observaram que as restrições de recursos provavelmente estariam associadas à relutância das escolas a se comprometer plenamente com as intervenções, o que pode levar ao insucesso dos programas.

Pergunta 2a: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, violência) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

No total, a equipe de revisão encontrou sete estudos sobre intervenções preventivas em saúde mental para adolescentes expostos à violência. Os estudos incluídos foram realizados em três países, seis deles (85,7%) em países de alta renda. Cinco estudos (71,4%) foram realizados nos EUA e um, nos Países Baixos. Somente um estudo era de um país de baixa renda, a República Democrática do Congo.

Todos os estudos (100%) eram ensaios controlados randomizados. No total, recrutaram-se 602 participantes, dos quais 62% (n=372) eram meninas. Dois estudos (28,6%) incluíam somente meninas. A idade média em todos os estudos era de 14,5 anos, com um intervalo de 8 a 25 anos. Todos os estudos incluídos foram publicados em inglês.

Dois (28,6%) dos sete estudos usaram ferramentas de triagem para identificar os participantes da intervenção. Um deles usou uma versão modificada da Life Events Scale [escala de eventos de vida] com 34 itens e outro, uma versão modificada do Traumatic Life Events Questionnaire [questionário de eventos de vida traumáticos]. Um estudo usou um questionário de autorrelato, e os outros quatro (57,1%) usaram indicações dos serviços de proteção à criança ou de funcionários de escolas ou clínicas.

Todos os estudos informaram desfechos relacionados à prevenção de transtornos mentais, quais sejam, depressão, ansiedade e transtornos especificamente relacionados ao estresse. Quatro (57,1%) informaram desfechos relacionados à saúde mental positiva. Quatro estudos (57,1%) informaram sobre comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, enquanto um informou sobre o uso de substâncias. Nenhum estudo incluiu autolesão e suicídio, comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva ou frequência escolar.

Implementação da intervenção

Três estudos (42,9%) foram implementados em escolas; dois (28,6%), na comunidade; e um, em centro de saúde. Um estudo usou uma intervenção exclusivamente *online*. Três intervenções (42,9%) foram implementadas por profissionais da área de saúde mental; outras duas (28,6%), por assistentes sociais; e uma, por profissionais de saúde escolares. Na intervenção *online*, houve o apoio limitado de um gestor comunitário. Três estudos (42,9%) não especificaram o tempo de capacitação dos implementadores. Nos outros quatro, esse tempo variou de 10 a 480 horas. Todos os estudos ofereceram supervisão de apoio aos implementadores. Cinco estudos (71,4%) usaram tanto sessões individuais quanto em grupo e dois (28,6%) usaram apenas sessões individuais. Somente um dos estudos incluídos relatou a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção.

Resultados da metanálise

Tabela 2 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 2a)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,1872	0,3098	-0,3735	0,7479
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,3388	0,3769	-1,2192	0,5415
Transtornos mentais (transtornos relacionados especificamente ao estresse)	0,0018	0,9967	-1,0461	1,0497
Autolesão e suicídio				
Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores	-0,3466	0,4184	-1,5746	0,8814
Uso de substâncias				
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva				
Frequência escolar				

Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Gillies *et al.* (111) fizeram uma revisão Cochrane sobre psicoterapias para crianças e adolescentes expostos a traumas. O objetivo era avaliar a eficácia das psicoterapias na prevenção de TEPT e de desfechos negativos associados na saúde emocional, comportamental e mental de crianças e adolescentes expostos a um evento traumático, incluindo violência. No total, a revisão incluiu 6.201 participantes de 51 ensaios. Dez ensaios incluíram apenas adolescentes; 20, apenas crianças; e dois, somente crianças em idade pré-escolar. Todos os outros ensaios incluíram tanto crianças quanto adolescentes. Em 12 ensaios,

os participantes haviam sido expostos a abuso sexual; em 10, a guerras ou violência comunitária; em seis, a trauma físico; em outros seis, a desastres naturais; e em três, a violência. Os participantes dos demais ensaios haviam sido expostos a uma maior variedade de traumas. As metanálises nessa revisão forneceram algumas evidências da efetividade das psicoterapias na prevenção do TEPT e na redução de sintomas em crianças e adolescentes expostos a eventos traumáticos. Entretanto, a confiança dos autores nesses achados é limitada em razão da qualidade e da considerável heterogeneidade dos estudos incluídos. Além disso, apenas 10 dos 51 estudos incluídos eram sobre adolescentes.

Diretrizes

Não se encontraram diretrizes semelhantes relativas a intervenções psicossociais para ajudar adolescentes expostos à violência a melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco.

Maus-tratos de crianças

A OMS publicou diretrizes para a resposta do setor de saúde aos maus-tratos de crianças. As diretrizes dizem respeito a essa população, embora sob uma perspectiva mais restrita (37). Publicadas em 2019, as diretrizes examinam especificamente as respostas do setor de saúde aos maus-tratos de crianças de 0 a 18 anos.

Entretanto, em razão da limitada base de evidências, várias das recomendações em saúde mental das diretrizes são extraídas das diretrizes do mhGAP (27). Outro documento relacionado é a diretriz clínica da OMS, *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual* [como responder a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual], publicada em 2017 (112). O propósito é ajudar os trabalhadores da saúde da linha de frente, principalmente de locais com poucos recursos, a oferecer atenção de qualidade, baseada em evidências e informada por trauma aos sobreviventes de abuso sexual. As diretrizes destacam a importância de promover a segurança dos sobreviventes, além de oferecer escolhas e respeitar os desejos e a autonomia das crianças e adolescentes. Contém recomendações para a atenção pós-estupro e atenção à saúde mental, além de condutas para minimizar o sofrimento durante a anamnese, os exames e a documentação dos achados.

Exposição à violência sexual e por parceiro íntimo

As diretrizes da OMS *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* [resposta à violência por parceiro íntimo e à violência sexual contra as mulheres: diretrizes clínicas e políticas da OMS] também são aplicáveis (35). Esse documento oferece orientações baseadas em evidências para os prestadores de serviços de saúde sobre respostas apropriadas à violência por parceiro íntimo e à violência sexual contra mulheres. Contém orientações sobre intervenções clínicas e apoio emocional.

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

A violência contra adolescentes é um problema importante em todo o mundo e pode acarretar uma série de problemas como TEPT, depressão e aumento de comportamentos de risco. A base de evidências sobre intervenções efetivas para adolescentes expostos à violência é limitada, bem como as informações sobre desfechos em saúde mental.

Desejabilidade dos efeitos

Não é possível confirmar os efeitos desejáveis porque não foram identificados efeitos significativos e as evidências não são suficientes. Os efeitos indesejáveis são irrelevantes, pois não foram identificados efeitos significativos.

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências dos efeitos é muito baixa. Houve certeza muito baixa das evidências de todos os cinco desfechos (saúde mental positiva, depressão e ansiedade, transtornos especificamente relacionados ao estresse, uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos). Os desfechos relacionados a comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, autolesão e suicídio, e frequência escolar não foram medidos.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. Não houve revisão sobre a valorização de desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

Não se sabe se o balanço dos efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção ou a comparação.

Recursos necessários

De modo geral, as necessidades de recursos (custos) variam. A implementação de intervenções no formato de grupo foi considerada custo-efetiva (8, 113). As intervenções *online* alcançaram um número maior de participantes com um baixo custo (114). Somente um estudo foi realizado em PBMR (8). Esse estudo, que implementou a terapia cognitivo-comportamental (TCC) centrada no trauma, constatou que trabalhadores sem capacitação clínica poderiam aplicar essa forma de intervenção, com possíveis implicações para a custo-efetividade. Portanto, as evidências sobre necessidades de recursos (custos) são limitadas.

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos é muito baixa. Nenhum dos estudos incluídos detalhou os recursos necessários.

Custo-efetividade

Não foram incluídos estudos sobre a custo-efetividade da intervenção e se os custos favorecem a intervenção ou a comparação. Há poucas evidências sobre a custo-efetividade dos estudos incluídos e de estudos com essa população.

Equidade

Essas intervenções provavelmente aumentariam o impacto sobre a equidade em saúde. A maioria dos participantes veio por encaminhamento de serviços de proteção e para crianças ou por encaminhamento de professores ou pais e mães. Esse procedimento pode ter êxito em alguns casos, mas considerando-se que muitas experiências de violência são subnotificadas e alguns tipos são altamente estigmatizados (como o abuso sexual), os métodos de recrutamento empregados pela maioria desses estudos são limitados. Podem excluir das intervenções os adolescentes mais vulneráveis e necessitados, constituindo uma questão mais abrangente para a área da saúde.

Alguns estudos instituíram um baixo limiar para a participação e facilitaram a inscrição com o propósito de incluir o maior número possível de crianças que pudessem necessitar das intervenções; no entanto, esse expediente pode acarretar altas taxas de abandono, pois os usuários só se dão conta plenamente das consequências da participação depois que começam a participar (8, 114, 115).

Encontraram-se poucas evidências relacionadas à equidade em saúde, exceto pelas diferenças de gênero. Um estudo relatou efeitos diferentes da intervenção de acordo com o gênero (116). As meninas relataram

níveis significativamente maiores de problemas iniciais relacionados ao sofrimento emocional (116). Além disso, demonstrou-se maior efeito do tratamento em meninos que em meninas no tocante a maus-tratos físicos no contexto da violência por parceiro íntimo (116).

Outro estudo, porém, não constatou diferença de efeito entre os gêneros, embora a perda de seguimento tenha sido maior entre as meninas (117).

Aceitabilidade

Essas intervenções provavelmente são aceitáveis para todas as principais partes interessadas. O estigma associado à violência, sobretudo à violência sexual, pode impedir que as pessoas revelem a exposição e, portanto, dificultar o recrutamento. Algumas intervenções relataram que era melhor recrutar por meio de contatos comunitários, pois essas crianças podem já ser usuárias dos recursos comunitários; no entanto, as escolas estão em melhor posição para oferecer espaço, tempo e pessoal, se devidamente apoiadas e inseridas (113, 116). É necessário manter uma forte colaboração com as agências locais e estaduais de bem-estar infantil para melhorar o recrutamento dessa população e aprimorar o processo de obtenção de consentimento e/ou permissão (113).

Viabilidade

Em geral, a implementação das intervenções variou. A exposição à violência, especificamente à violência sexual, pode passar despercebida, afetando o recrutamento. A possibilidade de estigma pode afetar o recrutamento e a retenção dos participantes. A implementação de intervenções com profissionais de saúde mental requer o desvio dos profissionais de saúde de algumas de suas outras atividades cotidianas (118). Um estudo observou que, após capacitação, facilitadores que não são profissionais de saúde poderiam aplicar intervenções terapêuticas efetivas, culturalmente apropriadas e replicáveis (8).

Pergunta 2b: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, pobreza) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

A revisão identificou um total de 13 estudos, realizados em oito países, de baixa a alta renda. Mais da metade foi realizada em países de alta renda (n=8, 61,5%).

Um pouco mais da metade dos estudos de intervenção (n=7, 53,8%) usou o modelo de ensaio controlado randomizado por conglomerados para avaliar a intervenção. Seis (46,2%) eram ensaios controlados randomizados individuais.

O tamanho da amostra dos estudos de intervenção variou de 41 a 3.115 participantes, com uma média de 786,6 e mediana de 237 participantes. Ao todo, a revisão incluiu 10 226 participantes. Nove dos 13 estudos informaram a idade média dos participantes. Oito estudos enquadraram-se na faixa etária média de 10 a 14,99 anos (61,5%) e um na faixa etária mais velha (15 a 19 anos) (7,7%). Os outros quatro estudos informaram a faixa etária dos participantes. Três (23,1%) incluíram participantes de 12 a 16 anos de idade e um, de 11 a 18 anos. Todos os estudos foram publicados em inglês.

Todos os estudos relataram a porcentagem de meninos e meninas que participaram da intervenção; a porcentagem média de meninas foi de 64,8% da amostra total. Dois estudos (15,4%) incluíram apenas meninas e um (7,7%), somente meninos.

Quase todos os estudos de intervenção (n=12, 92,3%) mediram transtornos mentais (ansiedade e/ou depressão) em adolescentes. Dez (76,9%) mediram a saúde mental positiva e sete, comportamentos

agressivos, disruptivos e opositores (53,8%). Um ensaio (7,7%) mediu também o uso de substâncias e transtornos especificamente relacionados ao estresse. Nenhum dos estudos incluídos mediu autolesão e suicídio, comportamentos de risco para a saúde sexual ou reprodutiva nem frequência escolar.

Implementação da intervenção

A maioria das intervenções foi implementada em escolas (n=9, 69,2%). Duas (15,4%) foram aplicadas em ambiente comunitário; uma, em casa (7,7%); e outra, em uma combinação de ambientes comunitário e domiciliar. Diversos implementadores aplicaram as intervenções. Profissionais de saúde mental implementaram quatro delas (30,8%); trabalhadores leigos, duas (15,4%); e professores, profissionais de outras áreas que não a saúde ou uma combinação de implementadores foram os encarregados em dois ensaios. Uma intervenção não especificou o implementador. Sete estudos indicaram o tempo de capacitação dos implementadores, cujo total variou de 8 a 64 horas, com uma média de 28,6 horas.

A maioria das intervenções foi implementada em grupo (n=11, 84,6%), e somente uma foi individual (7,7%). Uma intervenção usou uma combinação dos formatos de grupo e individual. Dois estudos não indicaram o tempo total de contato da intervenção. Naqueles que informaram esse tempo, o contato variou de 1,5 a 48 horas (com exceção de uma intervenção que teve um longo período de acompanhamento, com mais de 150 horas de contato). A mediana do tempo de contato foi de 15,5 horas. Somente dois estudos (15,4%) contaram explicitamente com a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção, e quatro (30,8%) adaptaram a abordagem da intervenção para atender às necessidades individuais dos adolescentes.

Resultados da metanálise

Tabela 3 – Tamanho de efeito geral por desfecho (PICO questão 2b)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,2443	0,2397	-0,2020	0,6906
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,2428	0,1332	-0,5763	0,0907
Autolesão e suicídio				
Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores	-0,1063	0,1492	-0,3325	0,1199
Uso de substâncias				
Transtornos mentais (transtornos relacionados especificamente ao estresse)				
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva				
Frequência escolar				

Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Não existe revisão Cochrane pertinente de evidências relativas a intervenções psicossociais preventivas para melhorar a saúde mental de adolescentes expostos à pobreza. Uma revisão Cochrane de 2008 examinou o efeito da transferência de renda sobre a saúde de crianças em circunstâncias de pobreza relativa (119). Em países de alta renda, os pesquisadores demonstraram uma correlação forte e persistente entre a pobreza relativa e a precariedade da saúde e do bem-estar das crianças pobres. Essa revisão de evidências, entretanto, não constatou efeitos sobre a saúde, as medidas de saúde mental ou o estado emocional das crianças decorrentes da exposição à pobreza.

Diretrizes

A equipe de revisão não encontrou diretrizes sobre intervenções psicossociais para melhorar a saúde mental positiva de adolescentes expostos à pobreza ou para prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco entre eles. Como muitos economistas discordam sobre os métodos de medição da pobreza, os profissionais de saúde mental e cientistas sociais nos estudos levantados não tiveram a minuciosidade (na maioria dos casos) de determinar se a população-alvo era realmente pobre e qual era o grau de pobreza.

Estrutura de evidências para decisão**Prioridade do problema**

Essa questão é uma prioridade, pois a pobreza afeta de forma desproporcional as crianças e adolescentes. As consequências da pobreza são vastas, afetando negativamente os adolescentes de várias maneiras. É importante notar que o estresse da vida em situação de pobreza pode aumentar a suscetibilidade a problemas de saúde mental. A pobreza durante a adolescência pode desorganizar e afetar o desenvolvimento, a produtividade e os desfechos em saúde de uma pessoa a longo prazo.

Desejabilidade dos efeitos

Não é possível confirmar os efeitos desejáveis porque não foram identificados efeitos significativos. Os efeitos indesejáveis são irrelevantes, pois não foram identificados efeitos significativos.

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências dos efeitos é muito baixa. Houve certeza muito baixa das evidências de todos os cinco desfechos (saúde mental positiva, depressão e ansiedade, transtornos especificamente relacionados ao estresse, uso de substâncias e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos). Os desfechos relacionados à frequência escolar, autolesão e suicídio, e comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva não foram medidos.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não examinou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

Não se sabe se o balanço dos efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção ou a comparação.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) variam de acordo com as intervenções incluídas. As intervenções implementadas por profissionais foram mais caras e, muitas vezes, menos bem recebidas que as implementadas por pessoal local ou escolar (120, 121). As intervenções com a participação de toda a turma foram muito usadas e consideradas custo-efetivas; entretanto, embora os formatos com grupos menores tenham sido mais caros para as escolas, permitiram uma conduta mais individualizada, sobretudo para estudantes de alto risco (122).

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é muito baixa. Há poucas pesquisas sobre os recursos necessários para implementar intervenções psicossociais para adolescentes que vivem na pobreza, sobretudo em PBMR (120, 123). A falta de pesquisas dificulta as conclusões sobre a custo-efetividade das intervenções. Um estudo constatou que um programa de resiliência que usou membros

da comunidade como implementadores – uma solução mais econômica – obteve, com mais rapidez e menos recursos, resultados semelhantes aos de intervenções implementadas por professores escolares ou profissionais externos (120).

Custo-efetividade

Não foram incluídos estudos que examinassem a custo-efetividade da intervenção e se os custos favoreciam a intervenção ou a comparação. Há poucas evidências sobre a custo-efetividade dos estudos incluídos e de estudos com essa população.

Equidade

Essas intervenções provavelmente aumentariam o impacto sobre a equidade em saúde nessa população. Considerando-se a vulnerabilidade da população em análise, as taxas de perda de seguimento foram muito altas em alguns ensaios (121, 124, 125). Essa tendência demanda intervenção precoce antes que os adolescentes mais velhos abandonem a escola e a estrutura comunitária, dificultando seu recrutamento (126).

Os estudos incluídos constataram que o gênero pode afetar os desfechos das intervenções psicossociais para adolescentes que vivem na pobreza. A maioria dos estudos incluiu uma divisão equilibrada entre meninos e meninas inscritos. Entretanto, alguns estudos constataram que as intervenções eram mais efetivas em meninos (127, 128), enquanto outros constataram maior efetividade em meninas (129). Outros ensaios não constataram efeitos associados ao gênero, apesar das expectativas anteriores ao ensaio (130).

Aceitabilidade

É provável que as intervenções sejam aceitáveis para as principais partes interessadas. Os autores dos estudos incluídos observaram como a pertinência cultural das intervenções é importante para que sejam atraentes e relevantes para os participantes (76, 127). Devem também ser sensíveis ao contexto do participante para evitar motivar os adolescentes quando eles não têm acesso a recursos – como intervenções com ênfase no estabelecimento de objetivos e informações sobre ensino superior em locais com poucas estruturas de apoio. Essas incoerências podem exacerbar a depressão ou a ansiedade (130). Um estudo observou a utilidade de implementar uma intervenção quando as estruturas que promovem o bem-estar nas escolas passaram por um desenvolvimento mais amplo (124). É necessário que haja estudos qualitativos para avaliar a aceitabilidade e as motivações (126, 131).

Viabilidade

A viabilidade da intervenção varia de acordo com as intervenções incluídas. É necessário adotar um modelo de capacitação de capacitadores, com uso de professores experientes e especializados para tornar as intervenções mais escaláveis para uma grande população de crianças em idade escolar em PBMR (127). Um estudo constatou que era difícil implementar sessões de reforço, pois muitos alunos trocavam de escola (123). Houve maior potencial de implementação futura dos estudos que não exigiam muitos recursos, não tinham logística complexa e não eram culturalmente específicos (120, 131).

Pergunta 2c: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes expostos a adversidades (especificamente, emergências humanitárias) para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

No total, encontraram-se 26 estudos, que abrangeram 14 países predominantemente de baixa e média renda (80,8%, n=21 estudos). Três dos estudos realizados em países de alta renda eram de Israel (11,5%), enquanto os outros dois eram da Alemanha e dos EUA. Todos os estudos foram publicados em inglês.

O objetivo de todos os estudos incluídos era avaliar intervenções para a prevenção de transtornos mentais, ou seja, depressão, ansiedade e transtornos especificamente relacionados ao estresse, como o TEPT. Onze estudos (42,3%) também tinham o propósito de avaliar intervenções para a promoção da saúde mental positiva, voltadas para aspectos como comportamento pró-social, autoeficácia e funcionamento mental. Oito informaram sobre comportamentos agressivos, disruptivos e opostos (30,8%). Um estudo examinou intervenções para prevenir autolesão, enquanto outro abrangeu estratégias para prevenir o uso de substâncias. Nenhum estudo incluiu comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva ou frequência escolar.

O delineamento da maioria dos estudos era de ensaio controlado randomizado (76,9%, n=20 estudos). Seis estudos (23,0%) eram ensaios controlados randomizados por conglomerados. O tamanho da amostra variou de 20 a 2000. Ao todo, os estudos recrutaram 7.356 participantes. O tamanho médio da amostra foi de 283 participantes.

Dos estudos incluídos, 21 (80,8%) informaram a idade média. A idade dos participantes variou de 9 a 19 anos. Dois estudos (7,7%) informaram o ano escolar dos participantes, mas deixaram de fora a idade. A maioria apresentou dados sobre o gênero dos participantes (96,2%, n=25 estudos). Dois estudos (7,7%) eram voltados especificamente para o gênero feminino e outros dois, para o gênero masculino (7,7%).

Nos estudos que informaram o gênero, em média 47,7% dos participantes eram do gênero feminino e 52,2%, do gênero masculino.

Doze estudos (48,0%) selecionaram os participantes com base em sua localização e proximidade de um contexto de emergência humanitária. Onze (42,3%) usaram uma ferramenta ou questionário de triagem para selecionar os participantes. Três estudos selecionaram os participantes por critérios de inclusão descritivos, a saber, estudantes do gênero feminino refugiadas (n=1 estudo), ex-combatentes do gênero masculino e crianças-soldado que haviam estado em combate (n=1 estudo) e cuidadores de origem birmanesa (n=1 estudo).

Implementação da intervenção

Dos 22 estudos incluídos, 16 (61,5%) foram realizados em escolas e cinco (19,2%), em ambientes comunitários. Um estudo foi realizado em acampamento para pessoas deslocadas internamente; outro, no domicílio de um participante; e outro, por plataforma digital. Dois estudos não especificaram o ambiente da intervenção. Onze (42,3%) foram aplicados por profissionais da saúde mental e quatro (15,4%), por professores. Cinco estudos (19,2%) foram implementados por trabalhadores leigos, enquanto um estudo foi realizado por um profissional. Conforme indicado, um estudo foi aplicado por via digital, sem necessidade de implementador. Quatro estudos (15,4%) não deram informações sobre o implementador. O tempo de capacitação dos implementadores variou de 8 a 128 horas. Onze estudos (42,3%) não informaram a capacitação recebida pelos implementadores e 17 estudos (65,4%) supervisionaram os implementadores. Vinte estudos (76,9%) foram implementados no formato de grupo e dois (7,7%), aplicados individualmente. Três estudos (11,5%) usaram tanto o formato de grupo quanto o individual. Um estudo não especificou o formato de implementação da intervenção. Nenhum deles informou sobre a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção.

Resultados da metanálise

Tabela 4 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 2c)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,3941	0,0636	-0,0273	0,8154
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,3783	0,0136*	-0,6698	-0,0869
Transtornos mentais (transtornos de estresse)	-0,4458	0,0024*	-0,7108	-0,1808
Autolesão e suicídio				
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor	-0,1562	0,4535	-0,6251	0,3126
Uso de substâncias				
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva				
Frequência escolar				

* $P < 0,05$. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

A equipe de revisão fez uma análise da sensibilidade para determinar se havia alguma diferença de efeito entre as intervenções que usaram ferramentas de triagem da saúde mental para o recrutamento de participantes e aquelas que não usaram esse tipo de ferramenta. Essa análise é mostrada na Tabela 4a. Não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 4a – Análise da sensibilidade da triagem para recrutamento (pergunta PICO 2c)

	Triagem – SIM				Triagem – NÃO				Diferença			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,2904	0,1716	-0,1692	0,7501	0,6250	0,2577	-0,8408	2,0909	-0,2613	0,6149	1,4942	0,9717
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,4163	0,0965	-0,9240	0,0915	-0,3545	0,0877	-0,7722	0,0633	-0,0498	0,8657	-0,6594	0,5597
Transtornos mentais (transtornos de estresse)	-0,5618	-0,0526	-1,1313	0,0077	-0,3598	0,0084*	-0,5974	-0,1222	-0,1572	0,5490	-0,7003	0,3860
Autolesão e suicídio	-0,06		-0,39	0,28	ND							
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor	-0,3236	0,3894	-1,2583	0,6112	-0,0077	0,9525	-0,9408	0,9254	-0,3579	0,3470	-1,2823	0,5665
Uso de substâncias	ND				-0,77		-0,89	-0,65				
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva												
Frequência escolar												

* $P < 0,05$. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Gillies *et al.* (111) fizeram uma revisão Cochrane sobre psicoterapias para crianças e adolescentes expostos a trauma. O objetivo era avaliar a eficácia das psicoterapias na prevenção de TEPT e de desfechos negativos associados na saúde emocional, comportamental e mental de crianças e adolescentes expostos

a eventos traumáticos (incluindo emergências humanitárias). A revisão incluiu 6.201 participantes de 51 ensaios. Enquanto 20 estudos incluíram apenas crianças, dois outros recrutaram somente crianças em idade pré-escolar e outro concentrou-se exclusivamente adolescentes. Todos os outros estudos incluíram tanto crianças quanto adolescentes. Em 12 ensaios, os participantes haviam sido expostos a abuso sexual; em 10, a guerras ou violência comunitária; em seis, a traumas físicos; em outros seis, a desastres naturais; e em três, a violência. Os participantes dos demais ensaios haviam sido expostos a uma grande variedade de traumas. As metanálises nessa revisão forneceram algumas evidências da efetividade das psicoterapias na prevenção do TEPT e na redução de sintomas em crianças e adolescentes expostos a eventos traumáticos. Entretanto, a confiança nesses achados é limitada em razão da qualidade e da grande heterogeneidade dos estudos incluídos.

Purgato *et al.* (132) fizeram uma revisão Cochrane sobre a efetividade e aceitabilidade de psicoterapias para o tratamento de pessoas com transtornos mentais (como TEPT, depressão e ansiedade) que vivem em PBMR afetados por crises humanitárias. Os resultados da revisão mostraram evidências de baixa qualidade do papel das psicoterapias na redução dos sintomas de TEPT, depressão e ansiedade em adultos que vivem em PBMR afetados por crises humanitárias. Alguns ensaios concentrados em crianças e adolescentes também forneceram evidências de baixa qualidade em termos de redução do TEPT. Entretanto, suscitaram-se preocupações com o risco de viés nos estudos incluídos e de considerável heterogeneidade.

Uma revisão feita por Tol *et al.* (62), concentrada em intervenções de atenção à saúde mental e apoio psicossocial em contextos humanitários, incluiu uma subanálise de crianças e adolescentes. A revisão multimétodo constatou que as intervenções psicossociais melhoraram os desfechos relacionados a sintomas internalizantes em crianças. Cabe destacar que, enquanto as intervenções habitualmente implementadas eram pesquisadas e avaliadas com menor rigor, intervenções baseadas em evidências de alta qualidade tendiam a ser menos implementadas.

Diretrizes

A busca não encontrou diretrizes baseadas em evidências de intervenções psicossociais para ajudar adolescentes expostos a emergências humanitárias a melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco. Há diretrizes destinadas a adolescentes desse grupo-alvo, mas nenhuma especificamente sobre saúde mental (p. ex., prevenção de transtornos mentais e promoção de saúde mental positiva).

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

Essa questão é uma prioridade porque os adolescentes afetados por emergências humanitárias são mais vulneráveis. Os PBMR são desproporcionalmente afetados por essas emergências. Não há serviços de saúde mental prontamente disponíveis nesses locais, apesar da grande necessidade (133).

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis previstos são moderados. Identificaram-se efeitos desejáveis clinicamente relevantes para depressão e ansiedade (TE=-0,378, $P=0,0136$, IC de 95% [0,6698, -0,0869]) e transtornos especificamente relacionados ao estresse (TE=0,4468, $P=0,0024$, IC de 95% [-0,7108, -0,1808]), uso de substâncias (resultados de um ensaio: TE=0,77, IC de 95% [0,65-0,89]) e autolesão e suicídio (resultados de um ensaio: TE=-0,06, IC de 95% [-0,39 - 0,28]).³ Os efeitos indesejáveis previstos são triviais, até onde foram medidos, uma vez que não se identificaram efeitos significativos.

³ “Clinicamente relevante” indica tanto significância estatística ($P<0,5$) quanto um tamanho de efeito acima do limiar acordado ($>0,2$).

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências dos efeitos é baixa. Houve certeza muito baixa das evidências de quatro desfechos (saúde mental positiva, depressão e ansiedade, autolesão e suicídio, comportamentos agressivos, disruptivos e opostos) e baixa certeza das evidências de um desfecho (transtornos especificamente relacionados ao estresse). A certeza das evidências relativas a outro desfecho (uso de substâncias) foi moderada, embora resultado de um único ensaio, e alguns itens no sistema de classificação levam a classificações de alta certeza dos desfechos quando há apenas um estudo. Os desfechos relacionados a comportamentos sexuais de risco e frequência escolar não foram medidos.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não examinou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

O balanço de efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção.

Recursos necessários

A exigência de recursos para as intervenções incluídas variou. A maioria dos estudos foi implementada em escolas, em grupos e por profissionais de saúde mental. As intervenções realizadas em áreas muito carentes de recursos tiveram que contar com profissionais não clínicos para a implementação dos programas (8, 134). Poucas intervenções voltadas para a saúde mental de adolescentes expostos a desastres passaram por uma avaliação científica rigorosa; as intervenções avaliadas com rigor geralmente exigem muitos recursos. Abordagens de autoajuda por meio da internet podem contribuir para corrigir deficiências importantes na disponibilidade de recursos para implementar as intervenções (135).

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

Em geral, a certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é baixa. As práticas baseadas em evidências originalmente desenvolvidas para ambientes de alta renda são adaptáveis e podem oferecer benefícios para contextos de baixa renda (136, 137). As intervenções manualizadas, simples e que não demandam profissionais de saúde mental podem ser ideais para contextos humanitários (138). É necessário dispor de soluções custo-efetivas e escaláveis para apoiar as comunidades afetadas por emergências humanitárias (135).

Custo-efetividade

Não foram incluídos estudos que examinassem a custo-efetividade da intervenção nem se a custo-efetividade favorecia a intervenção ou a comparação. Assim, há poucas evidências quanto à custo-efetividade dos estudos incluídos e de estudos com essa população.

Equidade

Essas intervenções ajudariam a aumentar o impacto sobre a equidade em saúde. A equidade é um aspecto primordial para esse grupo. Em geral, os jovens expostos a emergências humanitárias têm menos acesso à atenção à saúde física e mental, e muitas vezes já estão fora da escola (52). Desse modo, a acessibilidade e a flexibilidade do ambiente de implementação e do implementador são aspectos cruciais. Os estudos incluídos na amostra refletiram vários tipos de implementador e estruturas para intervenções dirigidas a adolescentes em vários estágios de exposição a emergências humanitárias. As intervenções foram diversificadas em tipo e grupo-alvo. Elas também refletiram a amostra mais representativa das populações de PBMR de todas as perguntas PICO. A grande maioria dessa população reside em PBMR.

Os estudos incluídos constataram que o gênero pode afetar os desfechos das intervenções psicossociais para adolescentes expostos a emergências humanitárias (136, 137, 139). Além disso, um estudo constatou que as taxas de abandono do estudo eram maiores entre meninos que entre meninas (64, 140, 141).

Aceitabilidade

As intervenções provavelmente são aceitáveis para todas as principais partes interessadas. As intervenções precisam ser culturalmente apropriadas para a população-alvo. A adaptação da intervenção ao contexto específico de aplicação é essencial para o êxito da implementação (142). Além disso, o uso de atividades familiares, trabalho em grupo e pessoas locais para facilitar as intervenções foi fundamental para torná-las aceitáveis (9). As intervenções psicológicas baseadas em evidências e consagradas (como a TCC) podem ser criticadas por não incorporarem e fortalecerem os recursos comunitários existentes ou as capacidades de enfrentamento coletivo. Isso destaca a necessidade de colaboração e transparência nesses cenários de grande tensão (141).

Viabilidade

Essas intervenções provavelmente são viáveis, uma vez que aquelas testadas em PBMR geralmente não dependiam de profissionais da área de saúde mental. Entretanto, os gestores de programa, capacitadores e supervisores podem ter dificuldade de acesso aos locais de conflito para implementar as intervenções planejadas (64, 138). O método de engajamento e capacitação de facilitadores leigos comunitários expande as opções de recursos humanos e aumenta a possibilidade de ampliação de escala (137).

Pergunta 3: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes grávidas e a pais e mães adolescentes para promover a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

No total, identificaram-se 17 estudos, abrangendo três países de alta renda: EUA (n=14 estudos, 82,4%), Canadá (n=2, 11,8%) e Chile (n=1; 5,9%).

A maioria dos estudos (n=15, 88,2%) avaliou a intervenção por meio de ensaio controlado randomizado. Um estudo (5,9%) usou um ensaio controlado randomizado por conglomerados, e outro usou um delineamento fatorial.

O tamanho da amostra variou de 20 a 1.233 participantes, com média de 190 e mediana de 106. No total, a revisão incluiu 3.245 participantes. Do total de 17 estudos, 15 informaram a média de idade dos participantes e os outros dois, a faixa etária. A maioria incluiu adolescentes de 15 anos ou mais (n=16, 94,1%). Um estudo incluiu uma faixa etária ampla, de 12 a 22 anos.

Catorze estudos (82,4%) incluíram apenas meninas, enquanto um incluiu somente meninos. Um estudo incluiu meninos e meninas, e outro não explicitou o sexo, mas deu a entender que somente meninas haviam sido inscritas.

Doze estudos de intervenção (70,6%) mediram transtornos de saúde mental como desfecho (ansiedade e depressão). Nove (52,9%) mediram a saúde mental positiva. Alguns ensaios também mediram as habilidades parentais (n=8, 47,1%) e o uso de substâncias (n=3, 17,6%). A frequência escolar, os comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva e a adesão à atenção pré e pós-natal foram medidos em dois ensaios (11,8%). Nenhum dos estudos mediu autolesão e suicídio nem comportamentos agressivos, disruptivos e opostos ou exposição à violência por parceiro íntimo.

Implementação da intervenção

O domicílio dos participantes foi o ambiente mais comum de aplicação (n=7, 41,2%). Outros três estudos (17,6%) foram realizados em centro de saúde; dois (11,8%), na escola; e dois (11,8%), em ambiente comunitário. Três intervenções foram aplicadas em uma combinação desses ambientes. O tipo mais comum de implementador em todos os estudos foi o trabalhador da saúde leigo (n=7). Um estudo teve aplicação digital e com uso de panfletos, assim dispensando a necessidade de pessoal. Entretanto, profissionais da área de saúde mental realizaram três (17,6%) outros estudos. Duas intervenções foram aplicadas por profissionais de saúde não especializados em saúde mental, enquanto outras duas contaram com a colaboração de profissionais de saúde mental e trabalhadores leigos. Dois estudos não especificaram o implementador. Seis estudos indicaram a duração da capacitação dos implementadores, que variou de 1 a 500 horas, com mediana de 38 horas. Mais da metade das intervenções teve aplicação individual (n=10, 58,8%) enquanto três foram aplicadas em grupo ou em uma combinação dos formatos individual e em grupo. Um estudo usou vídeos e panfletos. Quinze estudos indicaram o tempo total de contato da intervenção. Nos estudos que informaram o tempo, a duração do contato variou de 4 a 43 horas, com uma média de 18 horas de intervenção. Entretanto, cinco (29,4%) tiveram um acompanhamento longo, que variou de 6 meses a 2 anos após o parto. Essa foi uma característica específica das intervenções dirigidas a gestantes e pais e mães adolescentes, não registrada em outras intervenções de saúde mental para adolescentes. Menos de um terço dos estudos (n=5, 29,4%) contou explicitamente com a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção; 10 estudos (58,8%) adaptaram a abordagem da intervenção para atender às necessidades e preferências individuais.

Resultados da metanálise

Tabela 5 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 3)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,3549	0,0141*	0,0952	0,6147
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,1080	0,2145	-0,2953	0,0792
Autolesão e suicídio				
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor				
Uso de substâncias	-0,2682	0,2553	-1,0988	0,5624
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva	-0,1661	0,5556	-2,6821	2,3499
Frequência escolar	0,6350	0,0068*	0,5489	0,7210
Adesão à atenção pré e pós-natal	0,3118	0,5299	-4,0408	4,6643
Habilidades parentais	0,0723	0,4703	-0,1599	0,3045
Exposição à violência por parceiro íntimo				

* $P < 0,05$. Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, frequência escolar, adesão à atenção pré e pós-natal e habilidades parentais, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

A equipe de revisão fez uma análise da sensibilidade para avaliar se havia alguma diferença de efeito entre as intervenções que usaram uma ferramenta de triagem da saúde mental para o recrutamento de participantes e aquelas que não usaram esse tipo de ferramenta. Essa análise é mostrada na Tabela 5a. Não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 5a – Análise da sensibilidade da triagem para recrutamento; diferença entre dois grupos (pergunta PICO 3)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,41	0,01**	0,15	0,66
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,10	0,25	-0,31	0,10
Autolesão e suicídio				
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor				
Uso de substâncias	-0,27	0,26	-1,10	0,56
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva	-0,17	0,56	-2,68	2,35
Frequência escolar	0,64	0,01**	0,55	0,72
Adesão à atenção pré e pós-natal	0,31	0,53	-4,04	4,66
Habilidades parentais	0,07	0,47	-0,179	0,33
Exposição à violência por parceiro íntimo				

** $P < 0,01$. Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, frequência escolar, adesão à atenção pré e pós-natal e habilidades parentais, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Não foram encontradas outras revisões ou diretrizes similares para esse grupo. As diretrizes da OMS *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias* [evitar a gravidez precoce e os desfechos reprodutivos adversos em adolescentes nos países em desenvolvimento: evidências] (34) destacam intervenções efetivas para prevenir a gravidez precoce por meio da influência em fatores como casamento precoce, sexo coercitivo, aborto inseguro, acesso a contraceptivos e acesso a serviços de saúde materna por adolescentes.

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

Os adolescentes são um grupo demográfico em crescimento em todo o mundo, e algumas regiões têm altas taxas de gravidez na adolescência. Em geral, 16% das mulheres apresentam um transtorno mental comum no período pré-natal, e uma em cada cinco desenvolve essas condições no período pós-parto. Muitas vezes, não se dá atenção à saúde mental desse grupo populacional, sobretudo em ambientes de poucos recursos, mesmo quando as adolescentes têm acesso a outros serviços de saúde, como a atenção perinatal.

A saúde mental de adolescentes grávidas e/ou pais e mães adolescentes terá impacto não só sobre os próprios adolescentes, mas também sobre a prole.

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis previstos são pequenos. Identificaram-se efeitos desejáveis clinicamente relevantes para a saúde mental positiva (TE=0,3549, $P=0,0141$, IC de 95% [0,0952, 0,6147]) e para a frequência escolar (TE=0,6350, $P=0,0068$, IC de 95% [0,5489, 0,7210]).⁴

Os efeitos indesejáveis previstos são triviais. Não se identificaram efeitos indesejáveis significativos. Nenhum dos estudos incluídos examinou possíveis danos, como cargas monetárias, psicológicas ou familiares adicionais associadas à participação. As taxas de perda de seguimento informadas entre os grupos de tratamento e de controle sugerem eventos adversos limitados e boa aceitabilidade do tratamento.

⁴ “Clinicamente relevante” indica tanto significância estatística ($P < 0,05$) quanto um tamanho de efeito acima do limiar acordado ($> 0,2$).

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências é baixa. A certeza das evidências foi muito baixa para quatro desfechos (saúde mental positiva, uso de substâncias, habilidades parentais e comportamento sexual de risco). Dois tiveram baixa certeza (transtornos mentais, adesão à atenção pré e pós-natal), enquanto um teve certeza moderada (frequência escolar). Os desfechos não medidos são exposição à violência por parceiro íntimo, comportamento agressivo, disruptivo e opositor, e autolesão e suicídio.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não examinou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

De modo geral, o balanço de efeitos desejáveis e indesejáveis provavelmente favorece a intervenção.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) variam de acordo com as intervenções incluídas. Por exemplo, o tempo de capacitação dos implementadores da intervenção variou de 1 a 500 horas nos estudos incluídos nessa revisão. Trabalhadores da saúde leigos realizaram a maioria das intervenções. Muitas intervenções demandaram uma considerável operação logística e organizacional por meio de esforços domiciliares e comunitários. São necessários mais dados sobre as necessidades de recursos.

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é muito baixa. A qualificação, remuneração e categoria dos trabalhadores da saúde leigos variam. Além disso, as iniciativas interorganizacionais têm um papel importante no lançamento das intervenções. Assim, as evidências sobre recursos são incertas e extremamente específicas para o contexto.

Custo-efetividade

A custo-efetividade provavelmente favorece a intervenção. Entretanto, há poucas evidências sobre a custo-efetividade das intervenções, que foi analisada por poucos estudos. Cabe ressaltar que a maioria dos estudos realizados nos EUA considerou os programas de visita domiciliar bastante econômicos, sobretudo pela possível economia para o Estado. Um estudo teve uma publicação complementar relacionada que detalhava a custo-efetividade. O estudo constatou que os problemas de saúde mental acarretavam alto custo para os governos, pois a depressão era responsável por uma considerável carga de anos de vida ajustados pela incapacidade. A intervenção tem um custo de US\$ 90 por adolescente durante um período de 15 meses, US\$ 40 a mais que a atenção convencional (US\$ 50). Entretanto, propiciou melhoria significativa dos indicadores de saúde mental (143). Uma comparação entre o aumento do custo e o aumento da efetividade do programa de visita domiciliar, com auxílio do Questionário de Depressão de Goldberg, revelou uma custo-efetividade de US\$ 13,50 por unidade na redução de sintomas de depressão. Isso significa que um investimento de US\$ 13,50 (por 15 meses) no programa de visita domiciliar ajuda a melhorar a saúde mental das mães adolescentes, o que é demonstrado pela diminuição de um ponto no resultado do Questionário de Depressão de Goldberg.

Outra intervenção, que incluía a leitura de livros, considerou desfechos relacionados à viabilidade, como o custo de recursos educacionais para o programa (livros e cartões de biblioteca) e a necessidade de pessoal adicional para implementar a intervenção (144). O programa pôde ser implementado com um custo mínimo e a intervenção foi adotada de maneira permanente após a conclusão do estudo, graças

ao apoio da comunidade. (Todos os livros e recursos da biblioteca foram doados e os estudantes de biblioteconomia trabalharam como voluntários em troca de créditos no curso.)

As evidências desses estudos sugerem que as visitas domiciliares realizadas por profissionais auxiliares são uma estratégia custo-efetiva de apoio a adolescentes grávidas e a pais e mães jovens. Os profissionais auxiliares foram considerados mais acessíveis economicamente, mais adequados do ponto de vista cultural e tão efetivos quanto os enfermeiros (143, 145). Em um estudo, o custo dos auxiliares foi semelhante ao dos voluntários, o que significa que esses trabalhadores da saúde eram a opção mais custo-efetiva (146).

Equidade

A intervenção pode ter um impacto positivo sobre a equidade em saúde. Na verdade, há uma estreita relação entre gravidez na adolescência e pobreza. É mais provável que adolescentes grávidas e mães adolescentes vivam na pobreza e pertençam a determinadas culturas minoritárias.

Quase 90% dos estudos exploraram os benefícios de intervenções de promoção e prevenção em saúde mental somente para meninas, pois é mais provável que as meninas apresentem transtornos perinatais comuns durante esse período que seus parceiros. Somente um estudo incluiu meninos e meninas, e outro incluiu apenas meninos. Os dois estudos constataram que a participação dos meninos teve efeitos positivos significativos para a saúde mental de pais e mães e para os desfechos sociais e econômicos (147, 148).

Aceitabilidade

De modo geral, essas intervenções provavelmente são aceitáveis para as principais partes interessadas.

Aceitabilidade para os formuladores de políticas: Nas discussões sobre aceitabilidade, é preciso examinar os aspectos culturais relativos à procriação, à gravidez e ao estigma associado à saúde mental. De acordo com as prioridades dos formuladores de políticas e o contexto sociocultural, esse pode ser um tópico muito aceitável ou moralmente controverso.

Aceitabilidade para os prestadores de cuidados: A adoção de estratégias de delegação e compartilhamento de tarefas acarreta outras tarefas e responsabilidades para profissionais não especialistas, que podem se sentir sobrecarregados.

Aceitabilidade para os adolescentes: É fundamental elaborar um material de intervenção adequado ao contexto cultural e compreender as maneiras como as culturas conceituam questões como depressão e parentalidade (149-152). Entre as possíveis soluções estão o emprego de profissionais auxiliares e recursos locais e a descoberta de maneiras de acolher participantes com baixo grau de alfabetização (150, 152, 153).

Viabilidade

A intervenção provavelmente é viável. Há considerações importantes sobre dosagem, implementação e estratégias de aplicação. Os autores de estudos com intervenções domiciliares registraram os desafios enfrentados, muitas vezes em razão da elevada perda de seguimento, com uma população muito móvel e variabilidade nas visitas. Os trabalhadores da saúde leigos encarregados de sessões domiciliares e comunitárias em atividades de extensão comunitária podem estar em uma posição melhor para alcançar pais e mãe jovens e adolescentes grávidas que os profissionais de saúde que trabalham em clínicas em locais fixos. Entretanto, intervenções como as implementadas por trabalhadores da saúde leigos merecem atenção adicional para fortalecer a retenção e a sustentabilidade.

Pergunta 4: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes vivendo com HIV/aids para melhorar a saúde mental positiva e prevenir transtornos mentais, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

Identificaram-se apenas três estudos pertinentes: um realizado em país de renda alta (EUA), um em país de renda média alta (África do Sul) e outro em país de renda média baixa (Zimbábue).

Os três estudos foram semelhantes em vários aspectos. Todos eram ensaios controlados randomizados, com tamanhos de amostra semelhantes (média de 77 participantes, com idade de 10 a 22 anos) e uma proporção relativamente uniforme de meninos e meninas (em média, 48,5% meninos e 51,5% meninas). Todos os ensaios recrutaram os participantes em clínicas. Entretanto, os estudos realizados em países africanos inscreveram participantes de 15 anos ou menos, enquanto o estudo americano inscreveu participantes de 14 anos ou mais. O estudo sul-africano informou como desfechos a saúde mental positiva e os transtornos mentais, e o estudo americano incluiu esses dois desfechos, além de adesão à terapia antirretroviral e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores. O estudo do Zimbábue contemplou a saúde mental positiva e a adesão à terapia antirretroviral. Nenhum estudo mediu autolesão e suicídio, uso de substâncias, comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva ou frequência escolar.

Implementação da intervenção

Os estudos tinham outras semelhanças relativas à maneira de implementação. Dois foram realizados em centros de saúde e usaram o formato em grupo, enquanto um estudo foi aplicado individualmente no domicílio dos participantes. Nenhum deles usou mídia digital nem adaptou as intervenções de acordo com o *feedback* dos participantes. Nenhum dos estudos especificou a duração da sessão. Dois estudos tiveram um número semelhante de sessões (seis no estudo sul-africano e nove no estudo americano), enquanto o terceiro teve sessões semanais durante um ano. Um estudo usou trabalhadores leigos, um empregou tanto trabalhadores leigos quanto profissionais de saúde mental e outro usou instrutores de atenção plena. Por fim, um estudo contou com a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção final.

Resultados da metanálise

Tabela 6 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 4)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,6818	0,0956	-0,2968	1,6604
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	0,2146	0,7611	-6,7059	7,1350
Autolesão e suicídio				
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor				
Uso de substâncias				
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva				
Frequência escolar				
Adesão à terapia antirretroviral	3,2230	0,4685	-33,8605	40,3065

Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Não há revisões Cochrane recentes apropriadas sobre intervenções psicossociais preventivas para melhorar a saúde mental de adolescentes vivendo com HIV/aids. Uma revisão sistemática de 2013 sobre a saúde mental de adolescentes vivendo com HIV encontrou poucos estudos que descrevessem a prevalência de diagnósticos psiquiátricos em adolescentes infectados pelo HIV. Entretanto, os estudos sugerem que transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade são mais frequentes em adolescentes infectados no período perinatal que em adolescentes não infectados (154). Uma revisão narrativa sobre os desafios na área de saúde mental de adolescentes vivendo com HIV enfatizou a necessidade de abordagem proativa das questões de saúde mental com todos os jovens infectados pelo HIV e da integração dessas questões à atenção geral ao HIV para adolescentes (155). Os sistemas de atenção também devem dar maior importância à maneira como o apoio à saúde mental é integrado à gestão da atenção ao HIV. Deve ser adotada uma abordagem do curso de vida, levando em conta as mudanças que ocorrem desde a infância até a adolescência e a vida adulta. A evidente carência de estudos e apoio às necessidades de saúde mental dos adolescentes vivendo com HIV/aids expõe uma enorme lacuna nas pesquisas e na prática e demanda soluções urgentes e custo-efetivas.

Diretrizes

Para os fins deste relatório, não foram encontradas outras diretrizes semelhantes e/ou pertinentes sobre intervenções psicossociais preventivas voltadas para adolescentes vivendo com HIV/aids. Outras diretrizes pertinentes da OMS são listadas adiante.

Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV (32).

Essa diretriz concentra-se na saúde sexual e reprodutiva e nos direitos das mulheres que vivem com HIV. Abrange vários aspectos da saúde mental, como o impacto de um diagnóstico de HIV sobre a saúde mental, a alta prevalência de dificuldades na área de saúde mental citadas por mulheres vivendo com HIV, e preocupações com estigma, medo e discriminação.

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition [diretrizes consolidadas sobre o uso de fármacos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública, segunda edição] (33).

Essas diretrizes contêm instruções sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV, o uso de fármacos antirretrovirais para tratar e prevenir a infecção pelo HIV e a atenção às pessoas (crianças, adolescentes e adultos) que vivem com o HIV. As diretrizes destacam o fato de que um diagnóstico positivo de HIV pode ter consequências para a saúde mental da pessoa vivendo com HIV, como o aumento do risco de depressão ou suicídio. Enfatizam também que os problemas de saúde mental podem prejudicar a adesão à terapia antirretroviral, e que os fármacos antirretrovirais podem causar efeitos colaterais na área de saúde mental. Entretanto, não contêm recomendações sobre intervenções psicossociais específicas para mitigar os riscos.

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção ao HIV para populações-chave] (39).

Essas diretrizes propõem um pacote abrangente de recomendações baseadas em evidências relativas ao HIV para populações-chave, incluindo homens que fazem sexo com homens, pessoas que injetam drogas, pessoas em prisões e outros ambientes fechados, profissionais do sexo e pessoas transgênero. As diretrizes destacam os transtornos de saúde mental (depressão ou estresse psicossocial) como possível comorbidade do HIV que pode demandar intervenções de prevenção ou manejo. Entretanto, não contêm recomendações sobre intervenções psicossociais específicas para mitigar os riscos.

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

Esse problema é prioritário, uma vez que os adolescentes são um grupo demográfico em crescimento em todo o mundo. Além disso, algumas regiões, como a África subsaariana, estão assistindo a um aumento das infecções por HIV em adolescentes. Apesar dos efeitos conhecidos da vida com o HIV sobre a saúde mental dos jovens, poucas intervenções enfrentam esse problema ou procuram prevenir transtornos de saúde mental, mesmo quando esses adolescentes têm acesso a outros tipos de atenção biomédica relacionada ao HIV.

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis previstos são desconhecidos. Da mesma forma, os efeitos indesejáveis previstos são desconhecidos, pois não foram identificados efeitos significativos.

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências é muito baixa. Houve certeza muito baixa das evidências de dois desfechos (saúde mental positiva e transtornos mentais) e baixa certeza de dois (adesão à terapia antirretroviral e comportamentos agressivos, disruptivos e opostos). Os desfechos relacionados a autolesão e suicídio, frequência escolar, uso de substâncias e comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva não foram medidos.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não examinou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

Não se sabe se o balanço dos efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção ou a comparação.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) são desconhecidas. Dada a sensibilidade associada ao tema do HIV, é necessário dedicar tempo e recursos para capacitar a força de trabalho. São necessários também mais dados sobre as necessidades de recursos.

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

Nenhum estudo incluído detalhou a custo-efetividade. Todos os estudos demonstraram que as intervenções psicossociais dirigidas a jovens que vivem com HIV poderiam ser aplicadas com efetividade em contextos de baixa renda e recursos limitados. Os dois estudos realizados na África subsaariana demonstraram especificamente a possibilidade de capacitação adequada do pessoal leigo para implementar as intervenções. Em razão das limitações de recursos na África do Sul e no Zimbábue, o uso de pessoal leigo sob a supervisão de um especialista em saúde mental aumenta as chances de ampliar o programa em contextos de atenção de rotina.

Custo-efetividade

Nenhum estudo incluído informou a custo-efetividade da intervenção e se esta favorece a intervenção ou a comparação. Os estudos mostram poucas evidências da custo-efetividade das intervenções com essa população-alvo.

Equidade

Essas intervenções podem aumentar o impacto sobre a equidade em saúde. As intervenções durante a adolescência são cruciais, porque os adolescentes têm desfechos muito ruins na aceitação da terapia antirretroviral e na adesão a ela. Isso é observado tanto em jovens infectados por transmissão vertical quanto naqueles infectados por transmissão horizontal mais recente (156). De acordo com um estudo, as intervenções que dotam os adolescentes de habilidades e educação para além da atenção ao HIV podem ajudar a conter a disseminação do vírus (157). À medida que os adolescentes passam por transições ao longo da vida, também podem modificar a maneira como se relacionam com o HIV. Os comportamentos de saúde durante esse período podem criar condições para busca de atenção, acesso à atenção e engajamento na atenção no futuro. Adolescentes de áreas rurais ou locais onde o HIV está associado a grande estigma podem ter maior dificuldade de acesso a esses tipos de intervenção, mas também podem ser os que têm maior necessidade.

Essa revisão não identificou nenhuma intervenção para adolescentes vivendo com HIV entre as populações-chave (como jovens trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, jovens transgênero masculinos e femininos ou homens jovens que fazem sexo com homens). Extremamente vulneráveis ao HIV e ao estigma, esses grupos populacionais podem ter outras necessidades e estar expostos a importantes riscos à saúde e psicossociais. É necessário fazer pesquisas com subgrupos mais vulneráveis dessa população. Embora a implementação dessas pesquisas seja um desafio, elas ajudariam a contemplar a população mais ampla de adolescentes vivendo com HIV. As evidências existentes não constataram diferenças entre os desfechos em meninas e meninos. Mulheres jovens de 15 a 24 anos correm um maior risco de infecção pelo HIV e podem se beneficiar de intervenções psicossociais específicas para o gênero com o propósito de responder a múltiplas vulnerabilidades interligadas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e a normas de gênero. Dois países com as maiores cargas de HIV, África do Sul e Zimbábue, implementaram intervenções, o que mostra que estão sendo realizados estudos em contextos pertinentes. Enquanto a base de evidências dos efeitos do HIV sobre a saúde mental cresce e a população necessitada aumenta, há poucas tentativas reais de enfrentar o problema. É necessário realizar com urgência mais trabalhos para testar e disseminar intervenções psicossociais de apoio a adolescentes vivendo com HIV/aids.

Aceitabilidade

Todas as principais partes interessadas aceitam essas intervenções. As constatações do estudo de Willis *et al.* ajudaram o Ministério da Saúde e Atenção à Criança no Zimbábue a adotar o serviço de terapia analítico-cognitiva como modelo de prestação de serviços especializados a crianças, adolescentes e jovens (158). O Ministério está ampliando essa intervenção em todo o país. Na África do Sul, uma equipe multidisciplinar (com enfermeiras, trabalhadores leigos, pesquisadores e artistas) desenvolveu a intervenção VUKA, que tornaram culturalmente apropriada por meio de importantes contribuições dos adolescentes. Cabe ressaltar que, após a conclusão do estudo-piloto, um dos dois hospitais participantes manteve a VUKA como parte da atenção convencional, graças à resposta dos participantes e dos profissionais de saúde.

Viabilidade

As intervenções incluídas provavelmente são viáveis. Um estudo-piloto indicou altos níveis de viabilidade e aceitabilidade da intervenção VUKA nos dois hospitais, que registraram elevados níveis de participação (157). Além disso, segundo o relato, os líderes de pares conseguiram responder às necessidades dos jovens com segurança e confidencialidade e assegurar sua vinculação aos serviços de que necessitavam (64).

Pergunta 5: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com problemas emocionais para prevenir transtornos mentais (incluindo a progressão para transtornos mentais diagnosticáveis), autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

Ao todo, identificaram-se 70 estudos pertinentes. Os estudos abrangeram 19 países, e a maioria deles (n=64, 91,4% da amostra total) foi realizada em países de alta renda. Quatro ensaios incluíram países de renda média-alta (5,7%) e dois, PBMR (2,9%). Não houve ensaios controlados randomizados em países de baixa renda. Pouco mais de um terço dos estudos foi realizado nos EUA (n=24, 34,3%). O segundo país mais representado foi a Austrália, com nove estudos (12,9%), seguida pelo Reino Unido, com sete (n=7, 10,0%), e Países Baixos, com seis (n=6, 8,6%).

A maioria dos estudos de intervenção (n=62, 88,6%) usou o delineamento de ensaio controlado randomizado para avaliar a intervenção. Cinco estudos (7,1%) foram ensaios controlados randomizados por conglomerados, enquanto três (4,3%) seguiram um delineamento fatorial.

O tamanho da amostra variou de 18 a 1.064 participantes, com uma média de 153 e mediana de 90 participantes. No total, a revisão incluiu 10 706 participantes. Dos 70 estudos, 59 informaram a média de idade dos participantes e os outros 11 informaram a faixa etária. Trinta e cinco estudos recrutaram participantes com idade média de 10 a 14,99 anos ou dentro dessa faixa etária média (50,0%), enquanto 31 recrutaram da faixa etária média de 15 a 19,99 anos (44,3%). Quatro estudos (5,7%) que informaram apenas a faixa etária incluíram adolescentes desses dois grupos etários.

Sessenta e dois estudos (88,6%) informaram a porcentagem de meninos e meninas participantes da intervenção. Nesses, a porcentagem média de meninas foi de 68,6%. Seis dos estudos que informaram o gênero (9,7%) incluíram no ensaio somente meninas e um (1,6%) incluiu somente meninos.

A maioria dos estudos de intervenção (n=68, 97,1%) mediu transtornos mentais (ansiedade e depressão) em adolescentes. No total, 34 (48,6%) ensaios mediram a saúde mental positiva. Alguns estudos também mediram: comportamentos agressivos, disruptivos e opositores (n=9, 12,9%); uso de substâncias (n=8, 11,4%); autolesão e suicídio (n=6, 8,6%); e frequência escolar (n=1, 1,4%). Nenhum mediu comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva.

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D, na sigla em inglês) foi a ferramenta de triagem mais usada para avaliar sintomas de problemas emocionais (n=17, 24,3%). Nove estudos usaram o Inventário de Depressão de Beck (12,9%), enquanto os demais usam o Inventário de Depressão Infantil (sete estudos), o Questionário Curto sobre Humor e Sentimentos (seis estudos) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (cinco estudos). No total, 10 estudos (14,3%) usaram autorrelato ou encaminhamento de professores ou profissionais de saúde para a triagem. Além disso, utilizaram-se nos estudos outras 28 ferramentas de triagem de sintomas emocionais.

Implementação da intervenção

A maioria das intervenções foi aplicada em escolas (n=38, 54,3%), com outras oito (11,4%) aplicadas em universidades. Uma intervenção (1,4%) foi implementada na comunidade e outras duas (2,9%), em uma combinação de escola e comunidade. Os ambientes comunitários compreendiam domicílio dos participantes, clínicas ou centros comunitários. Além disso, sete intervenções foram aplicadas exclusivamente por meio de uma plataforma digital (10,0%) e outras sete tiveram aplicação presencial com um componente digital auxiliar. Seis intervenções foram implementadas em um centro de saúde (8,6%). Seis estudos não informaram o local de implementação (8,6%).

Profissionais de saúde mental aplicaram a maioria das intervenções (n=44, 62,9%). Dez estudos usaram exclusivamente plataforma digital ou impressa e, portanto, não houve participação de pessoal (14,3%). Oito ensaios usaram uma combinação de pessoal (11,43%), enquanto três usaram professores (4,3%) e quatro não especificaram o implementador (5,7%). Uma intervenção usou um líder de pares, mas nenhuma usou outros profissionais de saúde além dos especialistas em saúde mental. Mais da metade das intervenções foi aplicada em grupo (n=39, 55,7%), enquanto 24 tiveram aplicação individual (34,3%). Sete intervenções usaram um misto de implementação em grupo e individual (10,0%). Ao todo, 12 estudos não indicaram o tempo total de contato das intervenções (17,1%). Entre aqueles que informaram o tempo, o contato variou de 1 a 24 horas, com uma média de 9 horas. Somente quatro (5,7%) contaram com a participação explícita de adolescentes no desenvolvimento da intervenção, enquanto 15 (21,4%) adaptaram a intervenção para atender às necessidades individuais dos adolescentes.

Resultados da metanálise

Tabela 7 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 5)

	Todos os pontos temporais			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,3058	0,0000*	-0,4220	-0,1897
Autolesão e suicídio	0,0078	0,9672	-0,4677	0,4833
Saúde mental positiva	0,1941	0,0003*	0,0965	0,2918
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor	-0,2016	0,1076	-0,4604	0,0572
Uso de substâncias	-0,1054	0,2132	-0,2889	0,0781
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva				
Frequência escolar***				

* $P < 0,05$. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

** A frequência escolar não foi submetida a metanálise porque apenas um estudo mediu esse desfecho.

Além da metanálise principal, realizaram-se análises de sensibilidade para detectar possíveis efeitos em estudos que usaram diferentes modos de triagem dos participantes da intervenção. Embora todos os estudos incluídos nesta pergunta em revisão usassem alguma forma de triagem, as distinções foram feitas da seguinte maneira.

- **Alta** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram somente adolescentes considerados de alto risco ou alto limiar, com base nos sintomas.
- **Média** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram adolescentes com sintomas moderados (ou seja, não os adolescentes com maior pontuação).
- **Mista** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram adolescentes com sintomas intensos e moderados.

Os resultados são mostrados na Tabela 7a. Não se observaram diferenças significativas por tipo de método de triagem.

Tabela 7a – Análises de sensibilidade por tipo de triagem (pergunta PICO 5)

	Triagem alta				Triagem mista (3)				Triagem média (2)			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,1010	0,3573	-0,1337	0,3358	0,2214	0,0033*	0,0852	0,3576	-0,2613	0,6149	1,4942	0,9717
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,2386	0,0119*	-0,4192	-0,0580	-0,3306	0,0007*	-0,5102	-0,1510	-0,0498	0,8657	-0,6594	0,5597
Autolesão e suicídio	-0,2659	0,0366*	-0,4975	-0,0343	0,6927	0,4760	-7,4694	8,8549	-0,1572	0,5490	-0,7003	0,3860
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor	-0,2955	0,2022	-1,1939	0,6028	-0,1558	0,3569	-0,5602	0,2486				
Uso de substâncias	-0,2104	0,2210	-0,6531	0,2324	-0,0122	0,8526	-0,2184	0,1940	-0,3579	0,3470	-1,2823	0,5665

	Triagem alta comparada à média (2)				Triagem alta comparada à mista (3)			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,1735	0,2315	-0,1843	0,5313	0,1480	0,1943	-0,0824	0,3784
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,2092	0,2489	-0,5999	0,1815	-0,0840	0,5079	-0,3370	0,1690
Autolesão e suicídio					0,7162	0,3315	-1,5793	3,0117
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor					0,1818	0,4114	-0,4122	0,7758
Uso de substâncias					0,1996	0,2366	-0,1765	0,5757

*P<0,05. Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Hetrick *et al.* (99) fizeram uma revisão Cochrane sobre a eficácia dos programas psicológicos implementados na escola para prevenir a depressão em crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos. Segundo eles, as intervenções seletivas e indicadas tiveram maior tamanho de efeito que as intervenções universais. Entretanto, houve preocupação com a metodologia, além de desafios inerentes à implementação desses tipos de programa. A conclusão foi que as evidências não apoiaram a implementação de programas para prevenir a depressão.

Cox *et al.* (159) revisaram estudos sobre a prevenção de recaídas ou recidivas da depressão em crianças e adolescentes. Os autores constataram a necessidade de mais pesquisas apesar das novas evidências sobre intervenções psicológicas (revisão Cochrane) (140).

Sregonja *et al.* (12) revisaram estudos sobre TCC em grupo para adolescentes de 12 a 19 anos com depressão subsindrômica. Os autores constataram redução significativa da incidência e dos sintomas de depressão pós-intervenção, em comparação com controles ativos e inativos, mas houve diminuição do efeito após 12 meses.

Diretrizes

Não foram encontradas diretrizes pertinentes sobre esse ou outros tópicos relacionados.

Estrutura de evidências para decisão**Prioridade do problema**

Os transtornos emocionais são cada vez mais prevalentes em adolescentes e podem ter profundas implicações no funcionamento social e ocupacional, bem como na saúde. A saúde mental precária na adolescência é um fator de risco fundamental para a saúde física e mental no futuro.

Em todo o mundo, a depressão é a quarta maior causa de doença e deficiência em adolescentes de 15 a 19 anos e a 15ª maior entre 10 e 14 anos. A ansiedade é a nona maior causa entre 15 e 19 anos e ocupa a sexta posição entre 10 e 14 anos. A intervenção precoce com adolescentes que já apresentam problemas emocionais é considerada vital para prevenir a progressão de transtornos mentais.

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis previstos são moderados. Identificaram-se efeitos desejáveis clinicamente relevantes para transtornos mentais ($TE=-0,3058$, $P=0,000$, IC de 95% [0,4220, -0,1897]). Constataram-se efeitos desejáveis estatisticamente significantes, mas clinicamente irrelevantes para a saúde mental positiva ($TE=0,1941$, $P=0,0003$, IC de 95% [0,0965, 0,2918]).⁵

Os efeitos indesejáveis previstos são triviais, até onde foram medidos, uma vez que não se identificaram efeitos indesejáveis significativos.

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências é muito baixa. A certeza das evidências foi muito baixa em todos os seis desfechos (saúde mental positiva, transtornos mentais, autolesão e suicídio, uso de substâncias, comportamentos agressivos, disruptivos e opostos, e frequência escolar). Não foram medidos desfechos relacionados a comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva.

Valores

Não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não examinou se as pessoas valorizavam desfechos específicos. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

De modo geral, o balanço de efeitos desejáveis e indesejáveis favorece a intervenção.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) variam de acordo com as intervenções incluídas. A maioria das intervenções foi implementada em ambiente escolar, o que pode ter desviado tempo e recursos de programas escolares já sobrecarregados.

Constatou-se que a implementação de intervenções em formato de grupo e com menor tempo de contato tinha menor custo que as intervenções individuais de longo prazo, mas igual efetividade (160-162).

O uso de ferramentas digitais de autoajuda pode reduzir a necessidade de recursos. Em geral, as intervenções indicadas são mais administráveis (49, 50, 79, 163). Alguns tipos de intervenção foram

⁵ "Clinicamente relevante" indica tanto significância estatística ($P<0,5$) quanto um tamanho de efeito acima do limiar acordado ($>0,2$).

considerados baratos o suficiente para serem implementados pelos estudos. Por exemplo, três ensaios constataram que as intervenções biblioterápicas ou o envio de informações personalizadas sobre saúde mental aos participantes são flexíveis e têm baixo custo (164-166).

Em um estudo, os custos com pessoal e supervisão da TCC são estimados em US\$ 645 por grupo, o que corresponde a US\$ 80 por estudante, enquanto o custo do livro de autoajuda usado na biblioterapia é de US\$ 8 por estudante (166).

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é moderada. Em ambientes escolares, as intervenções de atenção plena foram consideradas custo-efetivas e benéficas para o enfrentamento de uma série de problemas emocionais e comportamentais dos alunos (167). Apenas um dos estudos detalhou a custo-efetividade. Ele não ofereceu evidências para recomendar a TCC em sala de aula como forma custo-efetiva de reduzir os sintomas de depressão em crianças em idade escolar quando comparada à rotina de capacitação de habilidades para a vida escolar. Vários estudos constataram que as intervenções implementadas pela internet, programas de computador ou videogames apresentaram evidências custo-efetivas promissoras (168-170).

Custo-efetividade

A custo-efetividade provavelmente favorece a intervenção. Como indicado acima, as intervenções de saúde digital e as intervenções de atenção plena na escola mostraram-se custo-efetivas (118-120). Os estudos costumam citar a custo-efetividade como uma vantagem das intervenções pela internet. Entretanto, deve-se observar que uma intervenção *online* guiada (em oposição às intervenções *online* de autoajuda) é relativamente demorada e pode não ser mais eficiente em termos de tempo que uma sessão em grupo (162).

Equidade

A implementação de intervenções pode ajudar a aumentar a equidade em saúde. Os estudos incluídos indicam que, em geral, a alta demanda e a escassez de serviços impedem que os adolescentes com problemas emocionais recebam apoio adequado (171, 172). Entretanto, como quase dois terços das intervenções foram implementadas em escolas ou universidades, também é possível que excluam alguns jovens mais vulneráveis – populações fora da escola, ou populações com outras dificuldades, como a falta de moradia.

O perfil da população nos estudos incluídos sugere indivíduos e populações com bons recursos, o que pode introduzir um elemento de viés, positivo ou negativo.

Além disso, muitas intervenções observaram que as meninas eram significativamente mais propensas a apresentar e/ou relatar sentimentos de depressão e ansiedade que os meninos (75, 76, 79, 173-175). Mais de dois terços dos estudos incluíram mais meninas que meninos nas intervenções, e os meninos eram mais propensos a abandonar o ensaio (176). Dois estudos formularam a hipótese de que as meninas apresentam sintomas depressivos mais cedo, o que ajuda a explicar as diferenças (164, 177).

Aceitabilidade

De modo geral, as intervenções incluídas provavelmente são aceitáveis para as principais partes interessadas. As intervenções psicossociais devem ter pertinência cultural. Intervenções concebidas para adaptação às necessidades da população específica poderiam diminuir as taxas de perda de seguimento e aumentar a efetividade (121, 178), sobretudo ao considerar traduções de idioma adequadas que possam captar a compreensão local dos problemas de saúde mental (173).

Muitas vezes, o estigma é uma barreira às intervenções em saúde mental. Entretanto, vários estudos observaram que a implementação de intervenções por meios digitais poderia mitigar esse efeito. As intervenções que usaram cartas, blogs e telefones celulares observaram altos níveis de acessibilidade e confiança dos adolescentes para participar e construir relacionamentos, graças ao anonimato assegurado por esses meios (164, 179-181). Além das intervenções digitais, as escolas e os profissionais auxiliares também foram considerados bastante úteis para a implementação de intervenções, pois costumam ser considerados menos intimidadores e estigmatizantes que os serviços de saúde (160, 180, 182).

Viabilidade

A viabilidade dessas intervenções varia. Dadas as limitações de tempo e recursos disponíveis para as escolas, é possível que as autoridades escolares resistam à inclusão de programas de saúde mental nos currículos. Entretanto, esses estudos oferecem evidências preliminares de que programas de prevenção voltados para sintomas depressivos também podem afetar positivamente o ambiente escolar (183-185). É necessário estabelecer parcerias com escolas e prestadores de serviços de saúde mental para melhorar a saúde psicossocial dos adolescentes. O uso das telecomunicações para aumentar as parcerias entre provedores de serviços de saúde e escolas rurais é uma necessidade (186). As intervenções digitais apresentam altas taxas de perda de seguimento entre os adolescentes.

Pergunta 6: Deve-se cogitar a aplicação de intervenções psicossociais a adolescentes com comportamentos disruptivos/opositores para evitar transtornos da conduta, autolesão e outros comportamentos de risco?

Características do estudo

No total, encontraram-se 22 estudos, que abrangeram nove países, sendo a maioria (n=19, 86,4%) realizada em países de alta renda. Apenas três estudos (13,6%) foram realizados em PBMR: Índia, Nigéria e Turquia. Oito (36,4%) foram realizados nos EUA e outros três, (13,6%) nos Países Baixos.

Quase todos os estudos incluídos (n=20, 90,9%) procuram prevenir questões relacionadas a comportamentos de risco agressivos, disruptivos e opositores, como agressão, delinquência, raiva e comportamento antissocial.

Dois estudos (9,1%) tinham também o objetivo de prevenir o uso de substâncias. Dois (9,1%) pretendiam prevenir os transtornos da conduta e o transtorno de oposição desafiante. Quinze estudos (68,2%) tinham como objetivo prevenir a depressão e/ou ansiedade e questões relacionadas, como sintomas internalizantes, sofrimento psicossocial, retraimento e sintomas emocionais.

A maioria dos estudos usou o delineamento de ensaio controlado randomizado (n=18, 81,8%). Quatro (18,2%) usaram o delineamento de ensaio controlado randomizado por conglomerados. O tamanho das amostras no conjunto de estudos variou de 33 a 1.244 participantes. Um estudo não informou o tamanho da amostra. Os estudos que informaram o tamanho da amostra (n=21, 95,5%) recrutaram um total de 4.759 participantes. O tamanho médio da amostra foi de 227 participantes. Treze estudos (59,1%) informaram a idade média. Os participantes tinham entre 10 e 18 anos de idade. Um estudo não informou nenhum dado sobre idade, mas especificou a adolescência como critério de inclusão. Somente um estudo foi voltado especificamente para meninas, enquanto quatro (18,2%) incluíram apenas meninos. Dois estudos (9,1%) não informaram o gênero. Nos estudos que informaram o gênero (n=20, 90,0%), a porcentagem média de meninas foi de 32,9%, enquanto a de meninos foi de 67,1%.

Os métodos de triagem para recrutamento variaram nos diferentes estudos. Nove (40,9%) usaram avaliações, indicações ou descrições de professores para identificar alunos que atendessem aos critérios do estudo. Três (13,6%) usaram registros ou indicações escolares. Quatro (18,2%) usaram métodos de

encaminhamento, nos quais um profissional de saúde, assistente social ou o sistema judiciário ou escolar encaminhava adolescentes elegíveis para o estudo em razão do comportamento e/ou histórico de delinquência. Os relatos e experiências dos pais a respeito do comportamento dos filhos também foram usados para selecionar os participantes elegíveis em dois estudos (9,1%). Quatro estudos (18,2%) usaram relatos ou questionários preenchidos por adolescentes para determinar a elegibilidade para participação. Um dos estudos não especificou o método de triagem.

Nenhum dos estudos informou sobre diagnósticos de transtorno da conduta ou transtorno de oposição desafiante. Quase todos os estudos incluídos (n=20, 90,9%) informaram desfechos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor, e muitos também informaram desfechos relacionados a transtornos mentais (n=15, 68,2%). Dois estudos (9,1%) informaram desfechos relacionados à saúde mental positiva e dois informaram sobre o uso de substâncias. Nenhum estudo incluiu autolesão e suicídio, comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva ou frequência escolar.

Implementação da intervenção

Dos 22 estudos incluídos, 11 (50,0%) foram realizados exclusivamente em escolas. Havia também estudos realizados na comunidade (n=3), em centros de saúde (n=2) ou em múltiplos ambientes (n=3). Um estudo foi realizado em meio digital, enquanto dois (9,1%) não especificaram o local de implementação. Profissionais da saúde mental implementaram a maioria das intervenções (n=15, 68,2%). Trabalhadores da saúde leigos implementaram duas intervenções (9,1%) e assistentes sociais, outras duas (9,1%). Um profissional de saúde implementou uma intervenção. Incluiu-se também uma intervenção digital (por computador). Um dos estudos não especificou o implementador da intervenção. Dezesesseis (72,7%) não informaram a capacitação recebida pelos implementadores. Um estudo usou plataforma digital e, portanto, não necessitou de implementador.

Houve considerável variação de tipo e duração da capacitação dos implementadores. Um estudo ofereceu 6 dias de educação e/ou capacitação e duas sessões de reforço. Outro realizou sessões semanais de 2 horas durante 6 meses. Outros dois estudos ofereceram aos implementadores 56 horas de capacitação e outro, 160 horas. Oito estudos (36,4%) ofereceram supervisão de apoio aos implementadores. Doze estudos (54,5%) foram implementados em grupo, enquanto cinco (22,7%) aplicaram intervenções individuais. Três (13,6%) usaram sessões individuais e em grupo, enquanto um estudo ofereceu sessões individuais ou em grupo. Por fim, um estudo não especificou o formato da implementação. Nenhum dos estudos informou a participação de adolescentes no desenvolvimento da intervenção.

Resultados da metanálise

Tabela 8 – Tamanho de efeito geral por desfecho (pergunta PICO 6)

	Todos os pontos temporais		
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%
Transtorno da conduta			
Transtorno de oposição desafiante			
Autolesão e suicídio			
Comportamentos agressivos, disruptivos e opositores	-0,4812	0,0220*	-0,8855 -0,0769
Uso de substâncias	0,2116	0,0056*	0,1881 0,2351
Saúde mental positiva	0,2888	0,0418*	0,0126 0,5649
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,4416	0,0084*	-0,7501 -0,1330
Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva			
Frequência escolar			

*P<0,05. Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Além da metanálise principal, realizaram-se análises de sensibilidade para detectar possíveis efeitos em estudos que usaram diferentes modos de triagem dos participantes da intervenção. Todos os estudos incluídos nesta pergunta de revisão usaram alguma forma de triagem. No entanto, para esta pergunta PICO, a equipe de revisão fez as seguintes distinções.

- **Alta** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram somente adolescentes considerados de alto risco ou alto limiar, com base nos sintomas.
- **Média** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram adolescentes com sintomas moderados (ou seja, não os adolescentes com maior pontuação).
- **Mista** refere-se a estudos que selecionaram e incluíram adolescentes com sintomas intensos e moderados.

Como a quantidade de pessoas no grupo de triagem média era muito pequena, a equipe de revisão combinou as categorias média e mista para análise. Os resultados são apresentados na Tabela 8a. Não se observaram diferenças significativas associadas ao método de triagem.

Tabela 8a – Análise da sensibilidade por tipo de triagem (pergunta PICO 6)

	Triagem alta				Triagem média/mista (combinada)				Triagem alta comparada à média/mista			
	Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%		Tamanho do efeito	Valor de P	Intervalos de confiança de 95%	
Saúde mental positiva	0,284	0,0933	-0,0587	0,6267	0,2574	0,3772	-0,5501	1,0648	0,0073	0,9815	-0,7434	0,758
Transtornos mentais (depressão e ansiedade)	-0,3431	0,0172*	-0,6044	-0,08818	-0,6272	0,1163	-1,4771	0,2228	-0,289	0,4121	-1,0354	0,4574
Transtornos de comportamento agressivo, disruptivo e opositor	0,3304	0,0147*	-0,5801	-0,0806	-0,9313	0,1775	-2,4012	0,5385	-0,5107	0,3865	-1,7326	0,7112

* $P < 0,05$. Os modelos em itálico são apenas indicativos, em vista dos procedimentos de estimativa estatística usados. No caso da saúde mental positiva, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito positivo. Em todos os outros desfechos, o efeito benéfico é indicado por um tamanho de efeito negativo.

Outras evidências

Revisões existentes

Mytton *et al.* (187) fizeram uma revisão Cochrane sobre o impacto dos programas de prevenção de violência escolar para crianças e adolescentes de 4 a 16 anos identificados como agressivos ou potencialmente agressivos. Os autores relatam diminuição significativa do comportamento agressivo após a intervenção em comparação com controles (SMD=-0,41, IC de 95% [-0,56 a -0,26]), que se manteve nos 12 meses de acompanhamento (SMD=0,40, IC de 95% [-0,73 a -0,06]). As análises de subgrupos mostraram que, comparativamente, as intervenções para ensinar a não responder a situações de provocação eram menos efetivas nas populações do ensino médio ou em grupos compostos exclusivamente por meninos. No entanto, ambas as intervenções tiveram efeitos semelhantes em populações de ensino fundamental ou grupos de gênero misto.

Furlong *et al.* (188) fizeram uma revisão Cochrane sobre programas de parentalidade comportamentais e cognitivo-comportamentais em grupo voltados para problemas de conduta de início precoce em crianças de 3 a 12 anos. Os autores concluíram que as intervenções parentais comportamentais e baseadas em conduta em grupo são efetivas e custo-efetivas para melhorar os problemas de conduta em crianças.

Diretrizes

O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido tem uma diretriz semelhante intitulada *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management* [comportamento antissocial e transtornos da conduta em crianças e jovens: reconhecimento, intervenção e manejo] (13). Essa diretriz contém recomendações sobre a identificação e o manejo do comportamento antissocial e dos transtornos da conduta em crianças e adolescentes com menos de 19 anos.

Contém também recomendações de intervenções dirigidas a pessoas de alto risco que apresentam sintomas, mas não atendem aos critérios para o diagnóstico de transtornos da conduta, bem como a crianças e jovens com diagnóstico de transtorno de oposição desafiante ou transtorno da conduta. As recomendações abrangem três áreas, apresentadas a seguir.

- É necessário implementar programas manualizados de capacitação para pais e mães de crianças com menos de 11 anos, que devem incluir: trabalho em grupo ou individual, uso de um modelo de aprendizagem social e 10 a 16 reuniões com duração de 90 a 120 minutos.
- É necessário implementar programas manualizados voltados para as crianças, que devem incluir: programas sociais e cognitivos em grupo para a solução de problemas dirigidos a crianças e adolescentes de 9 a 14 anos, adaptados ao seu nível de desenvolvimento, com base em um modelo cognitivo-comportamental para a solução de problemas e uso de modelagem, ensaio e *feedback* para melhorar as habilidades, com 10 a 18 reuniões semanais com duração de 2 horas.
- É necessário implementar intervenções multimodais manualizadas para adolescentes de 11 a 17 anos e seus pais e mães, com um enfoque familiar explícito e de apoio, que deve incluir: uso de um modelo de aprendizagem social como base; implantação no âmbito individual, familiar, escolar, comunitário e da justiça criminal; e 3 a 4 reuniões por semana durante 3 a 5 meses.

Estrutura de evidências para decisão

Prioridade do problema

Os comportamentos externalizantes em adolescentes constituem uma preocupação de saúde pública, pois podem acarretar problemas entre pares e de funcionamento escolar e familiar. Os problemas externalizantes podem persistir na vida adulta. Os transtornos comportamentais são a segunda maior causa de carga de doença em jovens adolescentes de 10 a 14 anos e a 11ª causa em adolescentes de 15 a 19 anos.

Desejabilidade dos efeitos

Os efeitos desejáveis previstos são moderados. Identificaram-se efeitos desejáveis clinicamente relevantes para comportamentos agressivos, disruptivos e opositores (TE=0,4812, P=0,0220, IC de 95% [-0,8855, -0,0769]), transtornos mentais (TE=-0,4416, P=0,0084, IC de 95% [-0,7501, -0,1330]) e saúde mental positiva (TE=0,2888, P=0,0418, IC de 95% [0,0126, 0,5649]).

Os efeitos indesejáveis previstos são moderados. Identificaram-se efeitos indesejáveis clinicamente relevantes para uso de substâncias (TE=0,2116, P=0,0056, IC de 95% [0,1881, 0,2351]).⁶

Certeza das evidências

A certeza geral das evidências é muito baixa. Houve certeza muito baixa das evidências para três desfechos (saúde mental positiva, transtornos mentais e comportamentos agressivos, disruptivos e opositores) e baixa certeza das evidências para um desfecho (uso de substâncias). Os desfechos relacionados a comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, frequência escolar e autolesão e suicídio não foram medidos.

⁶ "Clinicamente relevante" indica tanto significância estatística (P<0,5) quanto um tamanho de efeito acima do limiar acordado (>0,2).

Valores

Provavelmente não há importante incerteza ou variabilidade em relação ao grau de valorização dos principais desfechos pelas pessoas. Em geral, os beneficiários dessas intervenções valorizam os principais desfechos medidos. A equipe de revisão não avaliou a especificidade dos desfechos que as pessoas valorizavam. Entretanto, a melhoria da saúde mental é uma parte fundamental dos ODS (meta 3.4), e a redução da taxa de mortalidade por suicídio é uma medida essencial do indicador 3.4.2.

Balanco dos efeitos

De modo geral, o balanço de efeitos desejáveis e indesejáveis varia e favorece a intervenção ou a comparação. O balanço dos efeitos favorece a intervenção para comportamentos agressivos e opositores, bem como para saúde mental positiva e transtornos mentais (depressão e ansiedade).

Entretanto, os efeitos favorecem a comparação para o uso de substâncias.

Recursos necessários

As necessidades de recursos (custos) variam de acordo com as intervenções incluídas. Esses estudos ocorreram em diversos ambientes além das escolas, como centros de saúde, domicílios e estabelecimentos de serviços sociais. A maioria foi implementada por profissionais da saúde mental. Metade dos estudos foi realizada em grupo, e os demais foram individuais ou uma combinação dos dois formatos. Isso indica a falta de boas práticas para essa população. Somente um estudo usou meios digitais, enquanto os outros usaram intervenções presenciais, o que aumenta os custos.

Certeza das evidências sobre os recursos necessários

A certeza das evidências sobre as necessidades de recursos (custos) é moderada.

Custo-efetividade

A relação custo-efetividade da intervenção varia e pode favorecer o grupo de intervenção ou de comparação. Os estudos incluídos relataram várias observações sobre a custo-efetividade, especificamente em relação ao tipo e à estrutura das intervenções. Em primeiro lugar, a TCC mostrou ser custo-efetiva (189). As intervenções que usam a capacitação de pais e mães também são custo-efetivas (190). O uso de um *site* para apresentar grande parte do conteúdo da intervenção simplifica bastante a implementação e pode aumentar a custo-efetividade (191). As intervenções em grupo com formato padronizado podem ter maior custo-benefício (192).

Equidade

As intervenções incluídas poderiam ajudar a aumentar o impacto sobre a equidade em saúde. Muitas delas empregaram redes de prestadores de cuidados para implementar abordagens integradas, como a terapia multissistêmica (193); profissionais de saúde mental que trabalham em ambientes escolares e/ou comunitários (194); ou participação concomitante de pais e mães (195). Esse tipo de estrutura pode ter ajudado a reforçar o apoio para assegurar o êxito das intervenções em jovens com sintomas de comportamento disruptivo/opositor. Entretanto, também pode impedir que ambientes com redes menos estáveis (como aqueles com membros separados da família ou jovens que estão fora da escola) implementem com sucesso esses tipos de intervenção e tirem vantagem delas. Além disso, o modo de triagem pode influenciar o acesso às intervenções pelos adolescentes mais difíceis de alcançar.

Como observado anteriormente, cinco estudos incluídos selecionaram especificamente participantes do gênero masculino com altas taxas de agressão (196). Curiosamente, os tipos de comportamento agressivo de meninas e meninos são diferentes. Em um estudo, os comportamentos externalizantes foram mais comuns entre os meninos e as agressões verbais e relacionais entre as meninas (197). Dois estudos relatam especificamente maiores efeitos (que foram mais positivos) em meninos (190, 193). Entretanto,

em outro estudo o gênero não teve influência significativa nos desfechos do programa (198). Um estudo relatou que, embora o gênero não afetasse o comportamento das crianças, a intervenção teve efeitos diferentes no comportamento de pais/mães de meninas e meninos (199).

Aceitabilidade

É provável que as intervenções incluídas sejam aceitáveis para todas as principais partes interessadas. Os adolescentes mais velhos (14 anos ou mais) tendem a tirar maior proveito da TCC estruturada em grupos de gêneros mistos, enquanto os mais novos poderão ter maior benefício em grupos do mesmo gênero (192). Como os meninos agressivos demonstraram resistência ao tratamento, a introdução de um elemento de biblioterapia na intervenção pode mitigar a atitude defensiva (200).

Viabilidade

A viabilidade das intervenções incluídas geralmente varia. A maioria dos estudos foi realizada em países de alta renda e contou com recursos consideráveis em vários níveis (intervenções prolongadas e com adesão da escola, serviço social, família e comunidade). Esse nível de coordenação de recursos e de adesão financeira pode dificultar a implementação em ambientes de poucos recursos. A dosagem também pode ser um problema, pois alguns estudos exigiram considerável tempo de contato com os participantes, o que pode afetar a viabilidade. É necessário fazer mais pesquisas sobre possíveis efeitos iatrogênicos de intervenções em grupo nessa população (201).

Anexo 7: Lacunas e prioridades de pesquisa

- As evidências de PBMR estão sub-representadas na base de evidências. É imprescindível a realização de outras pesquisas e avaliações de programas para melhorar os conhecimentos sobre a efetividade, os custos e a implementação de intervenções em contextos específicos, incluindo aqueles com poucos recursos ou grandes adversidades.
- Existem evidências sobre a efetividade das intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes. No entanto, muitos estudos tinham grandes limitações metodológicas, o que corrobora a necessidade de mais pesquisas de alta qualidade nessa área.
- É necessário realizar outras pesquisas sobre implementação a fim de criar modelos de capacitação ideais e viáveis para os implementadores das intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes.
- É necessário fazer mais pesquisas sobre os efeitos, incluindo os efeitos aditivos, dos componentes da intervenção estrutural. Isso ajudará, por exemplo, a abordar os determinantes sociais estruturais da saúde mental na adolescência.
- É necessário realizar mais pesquisas sobre intervenções de promoção e prevenção em saúde mental cujos desfechos sejam a longo prazo ou não relacionados à saúde mental. Os desfechos a longo prazo, por exemplo, dizem respeito à educação e ao emprego, enquanto os desfechos não relacionados à saúde mental podem ser relativos à saúde sexual e reprodutiva, ao uso de substâncias e à frequência escolar.
- É necessário fazer outras pesquisas sobre o impacto da participação de pais, mães, cuidadores e famílias nas intervenções psicossociais e sobre as melhores estratégias para isso.
- Muitos estudos excluem habitualmente os adolescentes suicidas. Dado o alto nível de mortalidade associado ao suicídio na adolescência, as futuras pesquisas devem incluir adolescentes suicidas (com supervisão ética apropriada) e avaliar intervenções de prevenção do suicídio e desfechos de suicídio. Os ensaios costumam excluir adolescentes suicidas. Portanto, essa área requer mais pesquisas.
- É importante aprimorar os mecanismos de notificação para coleta de dados e os mecanismos de mudança. É essencial também melhorar os tipos de intervenção, bem como sua implementação e ampliação de escala em diversos contextos.
- É necessário ter mais documentação dos recursos necessários para implementar intervenções, sobretudo em contextos de poucos recursos.
- É crucial ponderar as implicações éticas das pesquisas com intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para adolescentes. Isso deve abranger também a natureza voluntária da participação, o anonimato dos dados e o manejo de possíveis danos não intencionais.
- Há uma necessidade urgente de pesquisar os impactos na equidade das intervenções universais de promoção da saúde mental (levando em conta gênero, adolescentes LGBTI, populações indígenas, adolescentes expostos à violência e à pobreza e outros grupos vulneráveis). É urgente a necessidade de pesquisas de alta qualidade para avaliar o efeito de intervenções psicossociais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco em adolescentes expostos à violência.
- É imprescindível fazer outras pesquisas sobre o impacto das mídias sociais na saúde mental dos adolescentes em PBMR, bem como das intervenções nas mídias sociais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais.
- Os pesquisadores devem analisar os aspectos da comunidade e outros contextos que possam expor os adolescentes à violência, bem como fornecer informações detalhadas sobre características e dados demográficos dessa população-alvo. Assim os leitores poderão avaliar o grau de risco de exposição à violência dos adolescentes que recebem intervenções psicossociais.
- É urgente a necessidade de pesquisas de alta qualidade para avaliar os efeitos das intervenções psicossociais para promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais, autolesão e comportamentos de risco entre adolescentes expostos à pobreza.
- Os pesquisadores devem analisar os aspectos das comunidades e outros ambientes que podem expor os adolescentes à pobreza e fornecer informações detalhadas sobre características e dados demográficos dessa

população-alvo. Assim os leitores poderão avaliar o grau de risco de exposição à pobreza dos adolescentes que recebem intervenções psicossociais.

- As intervenções psicossociais individuais podem ser inadequadas sem intervenções estruturais. Assim, os pesquisadores devem fazer estudos sobre a implementação e a efetividade das intervenções psicossociais. O objetivo é complementar as intervenções estruturais para combater a pobreza subjacente.
- É importantíssimo refletir sobre a ética da pesquisa em contextos humanitários (em conformidade com as recomendações do Comitê Permanente Interagências para realizar pesquisas éticas na área de saúde mental e psicossocial em contextos de emergência, 2015).
- É necessário fazer mais pesquisas sobre o impacto de intervenções psicossociais com o propósito de: reduzir transtornos mentais (depressão e ansiedade), uso de substâncias, autolesão e suicídio; reduzir a exposição à violência por parceiro íntimo, agressão e comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva; aprimorar as habilidades parentais; e incentivar a adesão à atenção pré e pós-natal por adolescentes grávidas e pais e mães adolescentes, sobretudo em PBMR.
- É necessário produzir mais evidências dos efeitos das intervenções psicossociais sobre a saúde mental e as necessidades psicossociais do pai adolescente.
- Há uma necessidade urgente de pesquisar o impacto das intervenções psicossociais sobre a equidade entre adolescentes vivendo com HIV.
- Os pesquisadores devem incluir nos desfechos dos estudos a adesão aos antirretrovirais, a supressão do vírus HIV, a frequência escolar, os comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva e as condições de saúde relacionadas.
- É necessário incluir os desfechos em saúde mental em outras áreas de pesquisa sobre adolescentes vivendo com HIV, com o objetivo, por exemplo, de avaliar o impacto das intervenções relacionadas ao HIV sobre a saúde mental.
- É importante fazer mais pesquisas sobre as maneiras como a depressão, a ansiedade e a autolesão estão ligadas a comportamentos suicidas em PBMR.
- Os pesquisadores devem fazer mais estudos sobre intervenções voltadas para adolescentes com comportamentos disruptivos ou opositores em PBMR. Isso deve incluir pesquisas sobre possíveis efeitos adversos de desfechos de uso de substâncias e a exploração de modelos alternativos para a aplicação de intervenções (incluindo estratégias de delegação de tarefas).
- São necessárias mais pesquisas sobre o impacto das intervenções psicossociais destinadas a reduzir a autolesão e o suicídio em adolescentes com comportamento disruptivo/opositor.
- São necessárias mais pesquisas sobre a idade ideal para a intervenção com adolescentes que apresentam comportamento disruptivo ou opositor.
- Todos os estudos devem monitorar o uso de substâncias ao realizar intervenções com adolescentes que apresentam comportamento disruptivo ou opositor.

Referências

1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nova York: Nações Unidas; 2015.
2. World Population Prospects 2019, revision 1 [online data]. Nova York: Nações Unidas, Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas; 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>.
3. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a implementação pelos países. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49095/9789275719985-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, *et al*. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2009;18(1):23-33.
5. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(3):313-34.
6. Organização Mundial da Saúde. Manual para la elaboración de directrices, 2a edición. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>.
7. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, *et al*. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2019;144(2):e20183488.
8. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma- focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;52(4):359-69.
9. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(11):1231-41.
10. Berger R, Gelkopf M, Heineberg Y, Zimbardo P. A school-based intervention for reducing posttraumatic symptomatology and intolerance during political violence. *Journal of Educational Psychology*. 2016;108(6):761-71.
11. Harris MB, Franklin CG. Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. *Social Work Research*. 2003;27(2):71-83.
12. Ssegonja R, Nystrand C, Feldman I, Sarkadi A, Langenskiöld S, Jonsson U. Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Preventive Medicine* 2019;118:7-15.
13. National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Social Care Institute for Excellence (UK). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management: NICE clinical guidelines, no. 158. Leicester: British Psychological Society; 2013.
14. Balvin N, Banati P, editors. The adolescent brain: a second window of opportunity – a compendium. Florence: UNICEF Office of Research - Innocenti; 2017.
15. Lassi ZS, Salam RA, Bhutta ZA. Recommendations on arresting global health challenges facing adolescents and young adults. *Annals of Global Health*. 2017;83(5-6):704-12.
16. Kapungu C, Petroni S, Allen NB, Brumana L, Collins PY, De Silva M, *et al*. Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2018;2(2):85.
17. Gender disparities in mental health. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
18. Anderson CM, Robins CS, Greeno CG, Cahalane H, Copeland VC, Andrews RM. Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: perceived barriers to care. *Qualitative Health Research*. 2006;16(7):926-43.
19. Maselko J, Patel V. Why women attempt suicide: the role of mental illness and social disadvantage in a community cohort study in India. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(9):817-22.

20. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, *et al.* Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(4):404-13.
21. Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*. 1998;28(1):39-50.
22. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and young adult male mental health: transforming system failures into proactive models of engagement. *Journal of Adolescent Health*. 2018;62(3):S9-S17.
23. Oldfield J, Humphrey N, Hebron J. The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21(1):21-9.
24. *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016–2030)*. Nova York: Cada Mulher, Cada Criança; 2015.
25. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, *et al.* The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(5):398.
26. Organização Mundial da Saúde. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506021>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>.
28. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: The National Academies Press; 2009.
29. England MJ, Butler AS, Gonzalez ML. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington DC: National Academies Press (US); 2015.
30. Richter L, Foster G. Where the heart is: meeting the psychosocial needs of young children in the context of HIV and AIDS. Toronto: Bernard van Leer Foundation; 2006.
31. Guideline on school-based or school-linked health services provided by a health worker. Genebra: Organização Mundial da Saúde (no prelo). (<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/adolescent-and-young-adult-health/school-health/school-health-services#cms>).
32. Organização Mundial da Saúde. Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241549998>.
33. Organização Mundial da Saúde. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241508742>.
34. Organização Mundial da Saúde. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241502214>.
35. Organização Mundial da Saúde. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>.
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>.
37. Organização Mundial da Saúde. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>.

38. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>.
39. Organização Mundial da Saúde. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>.
40. Organização Mundial da Saúde. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241599979>.
41. Organização Mundial da Saúde. Implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297>.
42. Organização Mundial da Saúde. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: evidence and recommendations. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>.
43. National Institute for Health Research. PROSPERO: International prospective register of systematic reviews [online database]. York: National Institute for Health Research; 2014. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>
44. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *Journal of Primary Prevention*. 2015;36(6):387-403.
45. Spence SH. Integrating individual and whole-school change approaches in the prevention of depression in adolescents. In: Abela JRZ, Hankin BL, editors. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2008:333-53.
46. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):388-98.
47. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*. 2010;33(3):429-38.
48. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;51:30-47.
49. Rapee RM, Wignall A, Sheffield J, Kowalenko N, Davis A, McLoone J, *et al.* Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: Perceived stigma and consumer satisfaction. *Prevention Science*. 2006;7(2):167-77.
50. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):377-87.
51. Organização Mundial da Saúde. Violencia contra los niños [site]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.
52. Graham G, Kirolos M, Fylkesnes GK, Salarkia K, Wong N. *Stop the war on children: protecting children in 21st century conflict*. Germany: Save the Children; 2019.
53. Kearney CA, Wechsler A, Kaur H, Lemos-Miller A. Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2010;13(1):46-76.
54. Danielson CK, de Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*. 2005;10(1):37-48.
55. Sonogo M, Pichiule M, Gandarillas A, Polo C, Ordobás M. Mental health in girls and boys exposed to intimate partner violence. *Public Health*. 2018;164:26-9.
56. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A diagnosis of denial: how mental health classification systems have struggled to recognise family violence as a serious risk factor in the development of mental health issues for infants, children, adolescents and adults. *Brain Sciences*. 2017;7(10):133.
57. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW. Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2008;122(2):e298-e304.
58. The Lancet Child Adolescent Health. Tackling the multidimensionality of child poverty. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(4):199.

59. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Investing in adolescents can break cycles of poverty and inequity [comunicado de imprensa]. Nova York: UNICEF; 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/media/media_57728.html.
60. McBride Murry V, Berkel C, Gaylord-Harden NK, Copeland-Linder N, Nation M. Neighborhood poverty and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;21(1):114-28.
61. Leung JTY, Shek DTL. Poverty and adolescent developmental outcomes: a critical review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2011;23(2):109-14.
62. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, *et al.* Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581-91.
63. O'Callaghan P, Branham L, Shannon C, Betancourt TS, Dempster M, McMullen J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38(7):1197-207.
64. Kangaslampi S, Punamaki RL, Qouta S, Diab M, Peltonen K. Psychosocial group intervention among war-affected children: an analysis of changes in posttraumatic cognitions. *Journal of Traumatic Stress*. 2016;29(6):546-55.
65. Brown LK, Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Whiteley LB, Bethel J, *et al.* Effective treatment of depressive disorders in medical clinics for adolescents and young adults living with HIV: a controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016;71(1):38-46.
66. Panter-Brick C, Dajani R, Eggerman M, Hermosilla S, Sancilio A, Ager A. Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2018;59(5):523-41.
67. Organização Mundial da Saúde. Embarazo en la adolescencia [site]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
68. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(2):223-30.
69. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews*. 2012;23(1):123-38.
70. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2014;27(3):138-50.
71. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Adolescent HIV prevention [website]. New York: UNICEF; 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>.
72. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Para cada niño, poner fin al sida. Séptimo inventario de la situación de la infancia y el sida, 2016. Nova York: UNICEF; 2016. Disponível em: https://www.unicef.org/media/49761/file/Children_and_AIDS_Seventh_Stocktaking_Report_2016_SP.pdf.
73. Vranda M, Mothi S. Psychosocial issues of children infected with HIV/AIDS. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013;35(1):19.
74. Friedman Nestadt D, Lakhonpon S, Pardo G, Saisaengjan C, Gopalan P, Bunupuradah T, *et al.* A qualitative exploration of psychosocial challenges of perinatally HIV-infected adolescents and families in Bangkok, Thailand. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2018;13(2):158-69.
75. Martinsen KD, Rasmussen LMP, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas MES, *et al.* Prevention of anxiety and depression in school children: effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2019;87(2):212-9.
76. Zandkarimi G, Kamelifar L, Heshmati-Molae N. Nonviolence communication to reduce stress, anxiety and depression in young Iranian women: a randomized experiment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2019;36:549-55.
77. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Adolescent mental health [site]. New York: UNICEF; 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/every-child-end-aids-seventh-stocktaking-report-2016>.
78. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: a systematic review. *Depression and Anxiety*. 2018;35(8):700-16.

79. Sheffield JK, Spence SH, Rapee RM, Kowalenko N, Wignall A, Davis A, *et al.* Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(1):66-79.
80. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(3):486-503.
81. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, *et al.* Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;338:a2981.
82. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
83. Epstein RA, Fonnnesbeck C, Potter S, Rizzone KH, McPheeters M. Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;136(5):947-60.
84. Liu J. Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004;17(3):93-103.
85. Perrino T, Brincks A, Howe G, Brown CH, Prado G, Pantin H. Reducing internalizing symptoms among high-risk, Hispanic adolescents: mediators of a preventive family intervention. *Prevention Science: the official journal of the Society for Prevention Research*. 2016;17(5):595-605.
86. Johnson MH, George P, Armstrong MI, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, *et al.* Behavioral management for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014;65(5):580-90.
87. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(1):210.
88. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007;7(1):10.
89. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;358:j4008.
90. Haggerty RJ, Mrazek PJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academies Press; 1994.
91. Thomas J, Brunton J. *EPPI-Reviewer: software for research synthesis*. 2007.
92. Hempel S, Shetty KD, Shekelle PG, Rubenstein LV, Danz MS, Johnsen B. *Machine learning methods in systematic reviews: identifying quality improvement intervention evaluations*. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality (US); 2012:2-EHC125-EF.
93. Thomas J, McNaught J, Ananiadou S. Applications of text mining within systematic reviews. *Research Synthesis Methods*. 2011;2(1):1-4.
94. Bannach-Brown A, Przybyła P, Thomas J, Rice ASC, Ananiadou S, Liao J. Machine learning algorithms for systematic review: reducing workload in a preclinical review of animal studies and reducing human screening error. *Systematic Reviews*. 2019;8(1).
95. Wilson DB. Practical meta-analysis effect size calculator [calculadora *online*]. Disponível em: <https://www.campbellcollaboration.org/escalc/html/EffectSizeCalculator-Home.php>.
96. Glenton C, Santesso N, Rosenbaum S, Strømme Nilsen E, Rader T, Ciapponi A, *et al.* Presenting the results of Cochrane Systematic Reviews to a consumer audience: a qualitative study. *Medical Decision Making*. 2010;30(5):566-77.
97. Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of screening and diagnostic tests. *Psychological Bulletin*. 1995;117(1):167-78.
98. Da Costa BR, Rutjes AWS, Johnston BC, Reichenbach S, Nuesch E, Tonia T, Gemperli A, Guyatt GH, Juni P. Methods to convert continuous outcomes into odds ratios of treatment response and numbers needed to treat: meta-epidemiological study. *International Journal of Epidemiology*. 2012;41:1445-59.

99. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*;2016;(8):CD003380.
100. Bastounis A, Callaghan P, Banerjee A, Michail M. The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence*. 2016;52:37-48.
101. Ciocanel O, Power K, Eriksen A, Gillings K. Effectiveness of positive youth development interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Youth and Adolescence*. 2017;46(3):483-504.
102. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, *et al.* Research review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60(3):244-58.
103. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, *et al.* School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9977):1536-44.
104. Aseeltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 2007;7(1):161.
105. Petrova M, Wyman PA, Schmeelk-Cone K, Pisani AR. Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015;45(6):651-63.
106. National Institute for Health and Care Excellence. Social and emotional wellbeing in secondary education. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2009. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph20>.
107. Organização Mundial da Saúde. Draft menu of cost-effective interventions for mental health. WHO discussion paper. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
108. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, *et al.* Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *The Journal of Adolescent Health*. 2016;59(4S):S49-S60.
109. Stallard P. School-based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health*. 2013;16(3):60.
110. Skeen S, du Toit S, Gordon S, Laurenzi C, Melendez-Torres GJ, Dowdall N. Helping adolescents thrive: evidence review and technical report. Cape Town: Stellenbosch University; 2018.
111. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10(10):CD012371.
112. Organização Pan-Americana da Saúde. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52043>.
113. Auslander W, McGinnis H, Tlappek S, Smith P, Foster A, Edmond T, *et al.* Adaptation and implementation of a trauma-focused cognitive behavioral intervention for girls in child welfare. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017;87(3):206-15.
114. van Rosmalen-Nooijens K, Lo Fo Wong S, Prins J, Lagro-Janssen T. Young People, adult worries: randomized controlled trial and feasibility study of the internet-based self-support method "Feel the ViBe" for adolescents and young adults exposed to family violence. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(6):e204.
115. Danielson CK, McCart MR, Walsh K, de Arellano MA, White D, Resnick HS. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*. 2012;26(4):628-35.
116. Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman A-L, Grasley C, Reitzel-Jaffe D. Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(2):279-91.
117. Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP. Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(6):654-62.
118. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN, *et al.* A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(5):603-11.

119. Lucas P, McIntosh K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;(2):CD006358.
120. Leventhal KS, DeMaria LM, Gillham J, Andrew G, Peabody JW, Leventhal S. Fostering emotional, social, physical and educational wellbeing in rural India: the methods of a multi-arm randomized controlled trial of Girls First. *Trials*. 2015;16(1):481.
121. Gaete J, Martinez V, Fritsch R, Rojas G, Montgomery AA, Araya R. Indicated school-based intervention to improve depressive symptoms among at risk Chilean adolescents: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):276.
122. Roberts CM, Kane R, Bishop B, Cross D, Fenton J, Hart B. The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(1):68-73.
123. Araya R, Fritsch R, Spears M, Rojas G, Martinez V, Barroilhet S, *et al*. School intervention to improve mental health of students in Santiago, Chile: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(11):1004-10.
124. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Hodder R, Wolfenden L, *et al*. Effectiveness of a pragmatic school-based universal intervention targeting student resilience protective factors in reducing mental health problems in adolescents. *Journal of Adolescence*. 2017;57:74-89.
125. Lang TJ, Moulds ML, Holmes EA. Reducing depressive intrusions via a computerized cognitive bias modification of appraisals task: developing a cognitive vaccine. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(2):139-45.
126. Mendelson T, Tandon SD, O'Brennan L, Leaf PJ, Jalongo NS. Brief report: Moving prevention into schools: The impact of a trauma-informed school-based intervention. *Journal of Adolescence*. 2015;43:142-7.
127. Berger R, Benatov J, Cuadros R, VanNattan J, Gelkopf M. Enhancing resiliency and promoting prosocial behavior among Tanzanian primary-school students: a school-based intervention. *Transcultural Psychiatry*. 2018;55(6):821-45.
128. Velasquez AM, Lopez MA, Quinonez N, Paba DP. Yoga for the prevention of depression, anxiety, and aggression and the promotion of socio-emotional competencies in school-aged children. *Educational Research and Evaluation*. 2015;21(5-6):407-21.
129. Ismayilova L, Karimli L, Sanson J, Gaveras E, Nanema R, To-Camier A, *et al*. Improving mental health among ultra-poor children: two-year outcomes of a cluster-randomized trial in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*. 2018;208:180-9.
130. Lang JM, Waterman J, Baker BL. Computeen: a randomized trial of a preventive computer and psychosocial skills curriculum for at-risk adolescents. *Journal of Primary Prevention*. 2009;30(5):587- 603.
131. Aderka IM, Appelbaum-Namdar E, Shafran N, Gilboa-Schechtman E. Sudden gains in prolonged exposure for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2011;79(4):441-6.
132. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, Van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low-and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;7(7):CD011849.
133. Kalantari M, Yule W, Dyregrov A, Neshatdoost H, Ahmadi SJ. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega (United States)*. 2012;65(2):139-50.
134. Betancourt TS, Ng LC, Kirk CM, Munyanah M, Mushashi C, Ingabire C, *et al*. Family-based prevention of mental health problems in children affected by HIV and AIDS: an open trial. *AIDS (London, England)*. 2014;28 Suppl 3:S359-68.
135. Ruggiero KJ, Price M, Adams Z, Stauffacher K, McCauley J, Danielson CK, *et al*. Web intervention for adolescents affected by disaster: population-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015;54(9):709-17.
136. Annan J, Sim A, Puffer ES, Salhi C, Betancourt TS. Improving mental health outcomes of burmese migrant and displaced children in Thailand: a community-based randomized controlled trial of a parenting and family skills intervention. *Prevention Science*. 2017;18(7):793-803.
137. Puffer ES, Annan J, Sim AL, Salhi C, Betancourt TS. The impact of a family skills training intervention among Burmese migrant families in Thailand: a randomized controlled trial. *PloS ONE*. 2017;12(3):e0172611.

138. Lange-Nielsen II, Kolltveit S, Mousa Thabet AA, Dyregrov A, Pallesen S, Johnsen TB, *et al.* Short-term effects of a writing intervention among adolescents in Gaza. *Journal of Loss and Trauma*. 2012;17(5):403-22.
139. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA, Kohrt BA, Luitel NP, Macy RD, *et al.* Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2010;51(7):818-26.
140. Qouta SR, Palosaari E, Diab M, Punamaki RL. Intervention effectiveness among war-affected children: a cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(3):288-98.
141. Diab M, Peltonen K, Qouta SR, Palosaari E, Punamaki R-L. Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect*. 2015;40:24-35.
142. Berger R, Gelkopf M. School-based intervention for the treatment of tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;78(6):364-71.
143. Aracena M, Krause M, Perez C, Mendez MJ, Salvatierra L, Soto M, *et al.* A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;14(7):878-87.
144. Kumar MM, Cowan HR, Kaufman M, Hick KM. Reading and adolescent parents: a clinical reading intervention. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(2):S34-5.
145. Barlow A, Mullany B, Neault N, Goklish N, Billy T, Hastings R, *et al.* Paraprofessional-delivered home-visiting intervention for American Indian teen mothers and children: 3-year outcomes from a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(2):154-62.
146. Barnett B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002;156(12):1216-22.
147. Florsheim P, Burrow-Sanchez JJ, Minami T, McArthur L, Heavin S, Hudak C. Young parenthood program: supporting positive paternal engagement through coparenting counseling. *American Journal of Public Health*. 2012;102(10):1886-92.
148. Mazza C. Young dads: The effects of a parenting program on urban African-American adolescent fathers. *Adolescence*. 2002;37(148):681-93.
149. Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, *et al.* Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. *Maternal and Child Health Journal*. 2008;12(Suppl1):S110-8.
150. McDonnell JR, Limber SP, Connor-Godbey J. Pathways teen mother support project: longitudinal findings. *Children and Youth Services Review*. 2007;29(7):840-55.
151. Samankasikorn W, Pierce B, St Ivany A, Gwon SH, Schminkey D, Bullock L. Effect of home visiting with pregnant teens on maternal health. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2016;41(3):162-7.
152. Walkup JT, Barlow A, Mullany BC, Pan W, Goklish N, Hasting R, *et al.* Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(6):591-601.
153. Kumar MM, Cowan HR, Erdman L, Kaufman M, Hick KM. Reach out and read is feasible and effective for adolescent mothers: a pilot study. *Maternal and Child Health Journal*. 2016;20(3):630-8.
154. Mellins CA, Malee KM. Understanding the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(1):18593.
155. Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20:21497.
156. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care*. 2015;27(7):805-16.
157. Bhana A, Mellins CA, Petersen I, Alicea S, Myeza N, Holst H, *et al.* The VUKA family program: piloting a family-based psychosocial intervention to promote health and mental health among HIV infected early adolescents in South Africa. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2014;26(1):1-11.
158. Willis N, Milanzi A, Mawodzeke M, Dziwa C, Armstrong A, Yekeye I, *et al.* Effectiveness of community adolescent treatment supporters (CATS) interventions in improving linkage and retention in care, adherence to ART and

- psychosocial well-being: a randomised trial among adolescents living with HIV in rural Zimbabwe. *BMC Public Health*. 2019;19(1):117.
159. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, *et al*. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;11:CD008324.
 160. Bella-Awusah T, Ani C, Ajuwon A, Omigbodun O. Effectiveness of brief school-based, group cognitive behavioural therapy for depressed adolescents in south west Nigeria. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21(1):44-50.
 161. Stice E, Burton E, Kate Bearman S, Rohde P. Randomized trial of a brief depression prevention program: an elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(5):863-76.
 162. Topper M, Emmelkamp PMG, Watkins E, Ehring T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;90:123-36.
 163. Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: an evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):273-80.
 164. Geisner IM, Neighbors C, Larimer ME. A randomized clinical trial of a brief, mailed intervention for symptoms of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(2):393-9.
 165. Rohde P, Stice E, Shaw H, Briere FN. Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(1):65-74.
 166. Stice E, Rohde P, Gau JM, Wade E. Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(6):856-67.
 167. Fung J, Kim JJ, Jin J, Chen G, Bear L, Lau AS. A randomized trial evaluating school-based mindfulness intervention for ethnic minority youth: exploring mediators and moderators of intervention effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019;47(1):1-19.
 168. Poppelaars M, Tak YR, Lichtwarck-Aschoff A, Engels RCME, Lobel A, Merry SN, *et al*. A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: a school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*. 2016;80:33-42.
 169. Scholten H, Malmberg M, Lobel A, Engels RCME, Granic I. A randomized controlled trial to test the effectiveness of an immersive 3D video game for anxiety prevention among adolescents. *PloS one*. 2016;11(1):e0147763.
 170. Wright B, Tindall L, Littlewood E, Allgar V, Abeles P, Trepel D, *et al*. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017;7(1):e012834.
 171. Gaesser AH, Karan OC. A randomized controlled comparison of emotional freedom technique and cognitive-behavioral therapy to reduce adolescent anxiety: a pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(2):102-8.
 172. Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR. Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*. 2009;56(3):468-75.
 173. Arnarson EO, Craighead WE. Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(7):577-85.
 174. Jolley S, Kuipers E, Stewart C, Browning S, Bracegirdle K, Basit N, *et al*. The Coping with Unusual Experiences for Children Study (CUES): a pilot randomized controlled evaluation of the acceptability and potential clinical utility of a cognitive behavioural intervention package for young people aged 8-14 years with unusual experiences and emotional symptoms. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(3):328-50.
 175. Miller LD, Laye-Gindhu A, Bennett JL, Liu Y, Gold S, March JS, *et al*. An effectiveness study of a culturally enriched school-based CBT anxiety prevention program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2011;40(4):618-29.

176. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(5):e141.
177. Gillham JE, Hamilton J, Freres DR, Patton K, Gallop R. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: a randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006;34(2):203-19.
178. Noel LT, Rost K, Gromer J. Depression prevention among rural preadolescent girls: a randomized controlled trial. *School Social Work Journal*. 2013;38(1):1-18.
179. Boniel-Nissim M, Barak A. The therapeutic value of adolescents' blogging about social-emotional difficulties. *Psychological Services*. 2013;10(3):333-41.
180. Khanna MS, Carper MM, Harris MS, Kendall PC. Web-based parent-training for parents of youth with impairment from anxiety. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2017;2(1):43-53.
181. Reid SC, Kauer SD, Hearps SJ, Crooke AH, Khor AS, Sancu LA, *et al*. A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Family Practice*. 2011;12:131.
182. Fung J, Guo S, Jin J, Bear L, Lau A. A pilot randomized trial evaluating a school-based mindfulness intervention for ethnic minority youth. *Mindfulness*. 2016;7(4):819-28.
183. Young JF, Kranzler A, Gallop R, Mufson L. Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: effects on school and social functioning. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*. 2012;4(4):254-64.
184. 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 Technology Assessment*. 2013;17(47).
185. Rohde P, Stice E, Shaw H, Gau JM. Effectiveness trial of an indicated cognitive-behavioral group adolescent depression prevention program versus bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(4):736-47.
186. Puskar K, Sereika S, Tusaie-Mumford K. Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2003;16(2):71-80.
187. Mytton J, DiGiuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(3):CD004606.
188. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(2):CD008225.
189. Avci D, Kelleci M. Effects of the Anger Coping Programme based on cognitive behavioural techniques on adolescents' anger, aggression and psychological symptoms. *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(2):189-96.
190. Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M. Effects of a primary care-based intervention on violent behavior and injury in children. *Pediatrics*. 2004;114(4):e392-9.
191. Lochman JE, Boxmeyer CL, Jones S, Qu L, Ewoldsen D, Nelson WM. Testing the feasibility of a briefer school-based preventive intervention with aggressive children: a hybrid intervention with face-to-face and internet components. *Journal of School Psychology*. 2017;62:33-50.
192. Down R, Willner P, Watts L, Griffiths J. Anger Management groups for adolescents: a mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;16(1):33-52.
193. Asscher JJ, Dekovic M, Manders WA, van der Laan PH, Prins PJM. A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*. 2013;9(2):169-87.
194. Obsuth I, Sutherland A, Cope A, Pilbeam L, Murray AL, Eisner M. London Education and Inclusion Project (LEIP): results from a cluster-randomized controlled trial of an intervention to reduce school exclusion and antisocial behavior. *Journal of Youth and Adolescence*. 2017;46(3):538-57.

195. Perrino T, Pantin H, Huang S, Brincks A, Brown CH, Prado G. Reducing the risk of internalizing symptoms among high-risk Hispanic youth through a family intervention: a randomized controlled trial. *Family Process*. 2016;55(1):91-106.
196. Abdulmalik J, Ani C, Ajuwon AJ, Omigbodun O. Effects of problem-solving interventions on aggressive behaviours among primary school pupils in Ibadan, Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10(1):31.
197. Shechtman Z, Ifargan M. School-based integrated and segregated interventions to reduce aggression. *Aggressive Behavior*. 2009;35(4):342-56.
198. de Vries SLA, Hoeve M, Wibbelink CJM, Asscher JJ, Stams GJJM. A randomized controlled trial of the effectiveness of the youth crime prevention program 'New Perspectives' (NP): post-treatment changes and moderator effects. *Children and Youth Services Review*. 2017;82:413-26.
199. Leijten P, Overbeek G, Janssens JMAM. Effectiveness of a parent training program in (pre)adolescence: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*. 2012;35(4):833-42.
200. Shechtman Z. The contribution of bibliotherapy to the counseling of aggressive boys. *Psychotherapy Research*. 2006;16(5):645-51.
201. Rhule DM. Take care to do no harm: harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(6):618.

Observações

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.



Contato

Organização Mundial da Saúde
Saúde Mental e Uso de Substâncias

20 Avenue Appia

1211 Geneva 27

Switzerland

E-mail: mhgap-info@who.int

www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use

ISBN: 978-92-75-72713-3



9 789275 727133