



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÉ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO

**SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES ADOLESCENTES APÓS A PANDEMIA POR
COVID-19 EM UM AMBIENTE COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA**

**ARACAJU
2024**

HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO

**SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES ADOLESCENTES APÓS A PANDEMIA POR
COVID-19 EM UM AMBIENTE COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Rosana Cipolotti

**ARACAJU
2024**

HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO

**SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES ADOLESCENTES APÓS A PANDEMIA POR
COVID-19 EM UM AMBIENTE COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Rosana Cipolotti

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosana Cipolotti

Profa. Dra. Simone Santana Viana

Profa. Dra. Karla Maria Nunes Ribeiro

**ARACAJU
2024**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

P654s

Pinheiro, Hugo Nilo Alecrim

Saúde mental de escolares adolescentes após a pandemia por COVID-19 em um ambiente com histórico de violência / Hugo Nilo Alecrim Pinheiro ; orientadora Rosana Cipolotti. – Aracaju, 2024.

105 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2024.

1. Ciências da saúde. 2. Saúde mental. 3. Pandemia de COVID-19. 4. Adolescentes. 5. Adolescentes e violência. I. Cipolotti, Rosana, orient. II. Título.

CDU 613.86:616-036.21-053.6

“Um cavalo andando e uma oportunidade perdida não voltam jamais!”

Mãe-Bene, minha avó

Agradeço, portanto, aos meus (família, amigos, professores, colegas e namorado) por estarem comigo, me fazendo pronto para esta oportunidade.

**“Mais importante que a chegada é a caminhada, e não há caminho sem metamorfose:
ela é a ponte que torna possível a nossa travessia até os novos continentes a serem
descobertos dentro de nós.”**

Kamila Behling

Acrescento que a companhia, talvez seja ainda mais importante que a caminhada e a chegada.
Agradeço, portanto, a Rô por me dar a mão nesta caminhada.
Apreciamos o caminho.
Chegamos!

RESUMO

A emergência global devido a COVID-19 confirmou que os mais afetados pelo vírus são os mais vulneráveis e marginalizados na sociedade. A pandemia não discriminou, mas teve um impacto desproporcionalmente negativo sobre a saúde mental de crianças e adolescentes mais desfavorecidas social e economicamente. Dessa maneira, nesse estudo, objetiva-se avaliar a saúde mental de escolares adolescentes após o período de distanciamento social devido a pandemia por COVID-19, em uma comunidade com histórico de violência e suicídio entre escolares, e correlacionar tais achados com condições sociodemográficas, econômicas e experiências pessoais e familiares ao contexto do distanciamento social. Para isso foram aplicados os questionários: “Children Depression Inventory” – CDI, Beck’s Depression Inventory” – IDB e “Multidimensional Anxiety Scale for Children” – MASC, além de um questionário sociodemográfico do participante da pesquisa e outro do cuidador principal. A coleta de dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2022, com escolares adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. Durante toda a pesquisa foram realizadas palestras na escola participante, com abordagem de temas relevantes à prevenção em saúde mental. A análise dos resultados aconteceu categorizada pela presença ou não de sintomas depressivos e/ou ansiosos, de acordo com o ponto de corte de cada instrumento (CDI, maior ou igual a 18, IDB, maior ou igual a 10 e MASC, maior ou igual a 56). Pouco menos da metade dos escolares apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, corroborando com estudos anteriores que apontam um incremento na prevalência de depressão e ansiedade entre adolescentes. Este estudo avaliou adolescentes em suas comunidades escolares, com suas vivências de desigualdades. Assim, o impacto da pandemia por COVID-19 foi exacerbado pela disparidade social e econômica.

Descritores: Adolescente; Sintomas Depressivos; Ansiedade; Distanciamento Social; Pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

The global emergency created by COVID-19 has confirmed that those most affected by the virus are the most vulnerable and marginalized in society ones. The pandemic did not discriminate, but it did have a disproportionately negative impact on the most socially and economically disadvantaged children and adolescents. Thus, this study aims to evaluate the mental health of adolescent school students after the period of social distancing due to the COVID-19 pandemic, in a community with a recent episode of violence and suicide among students and correlate the findings with of the presence and intensity of symptoms of depression and anxiety with sociodemographic and economic conditions, and personal and family experiences to the context of social distancing. For this, the following questionnaires were applied: "Children Depression Inventory" – CDI, "Beck's Depression Inventory" – IDB and "Multidimensional Anxiety Scale for Children" – MASC, in addition to a sociodemographic questionnaire of the research participant and another of the main caregiver. Data collection was conducted in the second semester of 2022, with student adolescents aged between 15 and 19 years. Throughout the research, lectures were held at the participating school, addressing topics relevant to mental health prevention. The analysis of the results was categorized by the presence or absence of depressive and/or anxious symptoms, according to the cutoff point of each instrument (CDI, greater than or equal to 18, BDI, greater than or equal to 10 and MASC, greater than or equal to 56). Slightly less than half of the students had depressive and anxious symptoms, corroborating previous studies that point to an increase in the prevalence of depression and anxiety among adolescents. This study evaluated adolescents in their school communities, with their experiences of inequalities. Thus, the impact of the COVID-19 pandemic has been exacerbated by social and economic disparity.

Descriptors: Adolescent; Depressive Symptoms; Anxiety; Social Distancing; COVID-19 pandemic.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19	31
Tabela 2 - Status vacinal e vivências de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19	32
Tabela 3 - Escores de depressão e ansiedade nas escalas CDI, IDB e MASC em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60).	33
Tabela 4 - Escores de depressão na escala CDI aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=38)..	34
Tabela 5 - Escores de ansiedade na escala MASC aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=59)..	34
Tabela 6 - Escores de depressão na escala IDB aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=20)..	35
Tabela 7 - Perfil clínico, escolar, social e vivências de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 por gênero e cor da pele (N=60).....	35
Tabela 8 - Associação entre sintomas depressivos e perfil clínico demográfico, escolar, social, status vacinal e vivências de adolescentes matriculados na CEAG submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60).	36
Tabela 9 - Perfil demográfico e sintomas depressivos em adolescentes sem identificação com gênero binário matriculados na CEAG submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60)	37

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Saúde mental de escolares.....	12
2.1.1	Saúde mental de escolares em ambiente de violência	13
2.2	Pandemia por COVID-19 e o distanciamento social	16
2.2.1	Fechamento de escolas e o distanciamento social de escolares durante a pandemia por COVID-19	17
2.2.2	Saúde mental de escolares durante a pandemia por COVID-19	18
2.3	Associação entre vulnerabilidade social, desigualdades em saúde mental e pandemia por COVID-19.....	19
2.4	Saúde mental de escolares: questionários de autoavaliação.....	21
2.4.1	Inventário de Depressão Infantil (CDI)	21
2.4.2	Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	22
2.4.3	Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC).....	22
2.5	Justificativa	23
3.	OBJETIVOS:	24
3.1	Objetivo Geral:	24
3.2	Objetivos Específicos:	24
4.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	25
4.1	Tipo e população de estudo.....	25
4.2	Campo do estudo	25
4.3	Amostra	26
4.3.1	CrITÉRIOS de Inclusão:.....	26
4.3.2	CrITÉRIOS de Exclusão:.....	26
4.4	Desenho do estudo	26
4.5	Variáveis do estudo.....	26

4.5.1	Variáveis dependentes:	26
4.5.2	Variáveis independentes:	26
4.6	Técnica de coleta de dados	27
4.7	Instrumentos de pesquisa.....	27
4.9	Análise estatística.....	29
4.10	Aspectos Éticos.....	29
5.	RESULTADOS	31
6.	DISCUSSÃO	38
7.	CONCLUSÕES.....	43
8.	REFERÊNCIAS	44
9	APÊNDICES	58
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
	APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO CUIDADOR.....	67
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PESSOAL	70
	APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO.....	72
10	ANEXOS	87
	ANEXO A- CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY (CDI)	87
	ANEXO B – ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ANSIEDADE PARA CRIANÇAS (MASC) 92	
	ANEXO C- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)	97
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	99

1. INTRODUÇÃO

A restrição à liberdade e ao contato com familiares e amigos, incertezas sobre a doença COVID-19, crise econômica e estigma a determinados grupos populacionais são alguns dos fatores que levaram as pessoas a apresentarem mais sintomas ansiosos e depressivos, que podem perdurar mesmo após o fim de uma pandemia. Nesse contexto, o distanciamento social e o fechamento de escolas durante a pandemia por COVID-19 afetaram diretamente as crianças e os adolescentes, que vivenciaram momentos de distanciamento físico de seus colegas, professores, família não nuclear e redes comunitárias. As necessárias restrições impostas ao contato social potencializaram assim a sensação de solidão (BROOKS SK et al. 2020; MATA et al. 2021; LANDEIA et al. 2020).

Em decorrência do distanciamento escolar, crianças e adolescentes interromperam a prática de atividade física, aumentaram o seu tempo em frente à tela de computadores ou telefones celulares, passaram a ter seus horários de sono irregulares e a adotar dieta menos saudável, o que pode ter afetado seu desenvolvimento físico e mental (GIARETA et al., 2019; ROSA e PINTO, 2020). Dentre as reações emocionais e alterações comportamentais apresentadas por crianças e adolescentes durante e após a pandemia por COVID-19, destacam-se: dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e de alimentação (FIOCRUZ, 2020).

É possível supor que praticamente todas as crianças e adolescentes estão suscetíveis às repercussões psicossociais da pandemia. Contudo, as desigualdades e vulnerabilidades sociais também determinam diferentes níveis e condições de enfrentamento sobre a experiência da COVID-19, de modo que os profissionais da saúde devem estar atentos às demandas de atenção e cuidado que se produzem nessa situação. Em situações de distanciamento social impostas em períodos anteriores, foram observados aumento da violência doméstica e comunitária, casos de suicídio e manifestação de sintomas de estresse agudo (BROOKS SK et al. 2020; MATA et al. 2021; FIOCRUZ, 2020).

A partir da avaliação desse cenário, torna-se importante o desenvolvimento desta pesquisa, com o propósito de avaliar a saúde mental de escolares adolescentes após o período de distanciamento social devido a pandemia por COVID-19, em uma comunidade com histórico de violência e suicídio entre escolares.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde mental de escolares

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. No que diz respeito à saúde de escolares, as concepções sobre o que constitui ser criança ou adolescente têm sofrido várias mudanças ao longo da história, contudo a visão dominante atual, ainda engloba elementos da noção aristotélica segundo a qual o indivíduo que ainda não é adulto é um espécime humano imaturo com potencial para se desenvolver em um espécime maduro, com a estrutura, forma e função de um adulto (OLDEHINKEL et al, 2019; OMS, 2018; DAVYDOV et al, 2010).

Saúde mental pode ser entendida como um “estado valioso” que vai além da ausência de doença psíquica, mas cujo conceito está longe de ser inequívoco. De acordo com a OMS (2018), é um estado de bem-estar no qual os indivíduos percebem suas próprias habilidades e podem lidar com os estresses normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para sua comunidade (OMS, 2018; OLDEHINKEL et al, 2019; DAVYDOV et al, 2010).

No que diz respeito a saúde mental de escolares, pesquisas apontam que aproximadamente 50% dos desafios em saúde mental vivenciados na vida adulta, desenvolvem-se antes dos 14 anos de idade. Os desafios de saúde mental na infância estão associados a resultados educacionais e sociais ruins na vida adulta, incluindo transtornos de humor, ansiedade, comportamento impulsivo e agressividade, transtornos por uso de substâncias e tabagismo, menor escolaridade e rendimento/produtividade, maior possibilidade de tornar-se morador de rua e de envolver-se em desfechos ruins, como prisão por crimes violentos (KESSLER et al., 2007; KELLAM et al., 2011; BAFFSKY et al, 2023; MULRANEY et al., 2021; COPELAND et al., 2021; (GRATTAN et al., 2022).

Nesse contexto, as escolas têm um papel fundamental para a saúde física e mental dos estudantes, pois, muito além do trabalho curricular relativo ao conteúdo didático, a escola deve ser um espaço seguro e de acolhimento às suas necessidades emocionais, intelectuais e sociais. As escolas também podem promover ativamente bons hábitos de saúde, boa higiene pessoal, incentivar atividades físicas, dieta adequada e bons hábitos de sono, e integrar material de promoção da saúde no currículo escolar (BRAZENDALE et al, 2017; WANG et al, 2020).

Portanto, a educação em sua forma emancipadora pode ser vista como um instrumento de luta pelos direitos do cidadão, contribuindo para a formação de um sujeito crítico e

consciente, um ser humano apto ao questionamento e à tomada de decisões (FREIRE, 1996; OLIVEIRA, 2015). Assim, a escola seria o espaço capaz de produzir uma formação ampla para o indivíduo, auxiliando-o na construção do conhecimento e da convivência humana e social, política e cultural. Essa visão de saúde integrada à educação, atualizada e voltada para a juventude, implica que os adultos têm a responsabilidade fundamental de oferecer às crianças e adolescentes o ambiente necessário para o desenvolvimento de suas estruturas biológicas e psicológicas, de forma que, no futuro, possam desempenhar as funções de adultos saudáveis (OLDEHINKEL et al, 2019; OMS, 2018; DAVYDOV et al, 2010; OLIVEIRA, 2015).

2.1.1 Saúde mental de escolares em ambiente de violência

A partir de uma avaliação mais ampla de saúde e sociedade, não se deve considerar os indivíduos e sua saúde apenas no contexto de pertencimento simultâneo a diferentes grupos identitários, como uma soma de posições sociais ou identidades (MEZZINA et al, 2022).

Interseccionalidade é um referencial teórico que postula que as categorias sociais (por exemplo, raça, etnia, gênero, orientação sexual, status socioeconômico) se cruzam no nível micro da experiência individual para refletir múltiplos sistemas interligados de privilégio e opressão no nível macro, socio estrutural (por exemplo, racismo, classismo, sexismo). Eles são referidos aos processos sociais e podem eventualmente resultar no que tem sido chamado de "violência estrutural" (BAUER et al, 2022; BOWLEG, 2012; GALTUNG, 1969; MEZZINA et al, 2022).

A exposição à violência em ambientes escolares e a preocupação com tiroteios em escolas destaca-se como um estressor emergente e desencadeador de tensão e ansiedade entre escolares. Tiroteios em escolas são com frequência amplamente divulgados: um levantamento organizado pelo professor da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), Daniel Cara, aponta mais de 24 ataques violentos a escolas do Brasil desde 2002 (G1, 2023). O mero conhecimento sobre tais tiroteios pode influenciar a percepção de segurança dos jovens, mesmo que a violência armada em suas próprias escolas e comunidades nunca tenha ocorrido (CDCP, 2021; SHULTZ, 2014; RIEHM et al, 2021).

Em 2019, 8,7% dos alunos norte-americanos do 9º ao 12º ano relataram que não frequentaram a escola por questões de segurança pelo menos uma vez nos últimos 30 dias – um aumento de mais de 2 vezes desde 1993. Para adolescentes moradores de comunidades afetadas pela violência armada, o retrato de tiroteios em escolas na mídia pode ser particularmente angustiante (CDCP, 2021; SHULTZ, 2014; RIEHM et al, 2021).

Todas as crianças e adolescentes podem estar em risco de violência escolar, mas aqueles que são vulneráveis devido a fatores como pobreza, status social associado à etnia, diferenças linguísticas ou culturais, migração ou deslocamento, deficiências, que são órfãos ou de famílias afetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podem ser mais propensos a vivenciá-la (FERRARA et al, 2019; LODOLO, 2019; DEVRIES et al, 2014).

A violência nas escolas é uma das formas mais visíveis de violência contra as crianças e adolescentes e inclui a violência física, psicológica e sexual e o *bullying*, que se relacionam com as normativas de gênero e social, além de fatores estruturais e contextuais mais amplos, como a desigualdade de rendimentos, a privação, a marginalização e demais conflitos sociais (UNESCO, 2011; FERRARA et al, 2019). Correlacionam-se, portanto, impacto físico e sofrimento psicológico, incapacidade física permanente e problemas de saúde física ou mental a longo prazo. Os impactos físicos são os mais óbvios e podem incluir ferimentos leves ou graves, contusões, fraturas e mortes por homicídio ou suicídio (FERRARA et al, 2019).

Com relação aos impactos psicológicos da violência nas escolas, as crianças e adolescentes afetados podem vir a ter dificuldade em formar vínculos emocionais, mostram uma capacidade diminuída de experimentar emoções positivas, não conseguem buscar ou aceitar proximidade física ou emocional e podem reagir violentamente quando seguradas, abraçadas ou confortadas. Mostram-se com comportamentos imprevisíveis, difíceis de consolar e de disciplinar, aumento do risco de ansiedade, depressão, hiperatividade e redução da tolerância à frustração (FERRARA et al, 2019; MILOT et al, 2010; MORAN et al, 2017).

Corroborando com tais dados, aproximadamente um terço dos adolescentes do estudo de Riehm et al (2021) relatou sentir-se muito ou extremamente preocupado e estressado com tiroteios e violência em sua própria escola ou em outras escolas, em 2016. Níveis mais altos de preocupação com violência escolar ou tiroteios foram associados a maiores chances de atender a critérios clínicos para transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico, seis meses depois da exposição à violência em ambientes escolares (envolvimento direto e testemunho) (RIEHM et al, 2021).

Além disso, sugere-se que preocupações com a violência nas escolas podem representar uma nova possível explicação para tendências crescentes na prevalência de agravos de saúde mental entre adolescentes, somando-se a uma lista crescente de causas potenciais que inclui preocupações ambientais, uso de mídia digital, diminuição da duração do sono e aumento da desigualdade, entre outros (RIEHM et al, 2021; KEYES et al, 2019; TWENGE et al, 2019; BOLTON et al, 2021). Juntos, esses fatores refletem uma constelação de problemas sociais,

políticas, econômicas e ambientais que podem contribuir para uma percepção de "fratura social" entre os jovens (RIEHM et al, 2021; CLAYBORNE et al, 2019).

Assim, episódios de violência podem causar prejuízos à saúde física e mental. A literatura apontou que sofrer violência na adolescência associa-se à duplicação do risco de desenvolver transtornos de humor e de ansiedade e transtornos por uso de substâncias, como uso abusivo de álcool e drogas ilícitas na vida adulta (PENSE, 2015; NORMAN et al, 2012). Ainda, os prejuízos não se limitam ao indivíduo, uma vez que a violência pode se perpetuar por uma rede complexa de fatores pessoais e valores culturais de uma sociedade e dos ambientes cotidianos nos quais o indivíduo está inserido (PENSE, 2015; CICCHETTI & VALENTINO, 2015).

2.1.2 Saúde mental de escolares em situação de distanciamento social

O confinamento domiciliar pode oferecer uma boa oportunidade para melhorar a interação entre pais e filhos, envolver as crianças em atividades familiares e melhorar suas habilidades de autossuficiência. Com as abordagens parentais corretas, os laços familiares podem ser fortalecidos e as necessidades psicológicas da criança atendidas (PERRIN et al, 2016; WANG et al, 2020).

Contudo, evidências sugerem que crianças e adolescentes, quando estão fora da escola (por exemplo, em situação de adoecimento ou, até mesmo, em fins de semana e férias escolares), são fisicamente menos ativas, têm muito mais tempo de tela, padrões de sono irregulares e dietas menos favoráveis, resultando em ganho de peso e perda de aptidão cardiorrespiratória. Tais efeitos negativos sobre a saúde provavelmente são muito piores quando os jovens estão confinados, sem atividades ao ar livre e interação com amigos durante longos períodos (BRAZENDALE et al, 2017; BROOKS et al, 2020; WANG et al, 2019; WANG et al, 2020).

Outra questão importante em situações de distanciamento social entre crianças e adolescentes, mas que por vezes é negligenciada, é o impacto psicológico decorrente da falta de contato presencial com colegas, amigos e professores, e da falta de espaço pessoal (privacidade) em casa, que pode levar a um aumento dos agravos de saúde mental e dificuldades de adaptação psicossocial. Por sua vez, esses problemas podem dificultar a perseverança e o desempenho acadêmico, para além do momento de confinamento (WANG et al., 2020; MALBOEUF-HURTUBISE et al., 2021; MORNEAU SHEPELL, 2020; BROOKS et al, 2020).

Sprang e Silman (2013) sugerem que medidas de contenção de doenças, como quarentenas e isolamentos, podem ser traumatizantes para uma parcela significativa de

crianças/adolescentes e pais. Em seu estudo relatam que os critérios para Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) foram preenchidos por 30% das crianças que estavam em situação de isolamento ou em quarentena, com base nos relatos dos pais, e em 25% dos pais na mesma situação, com base em autorrelatos. Tais dados indicam que epidemias e pandemias e suas subsequentes respostas de contenção de doenças podem criar condições traumática para as crianças e suas famílias (SPRANG & SILMAN, 2013).

2.2 Pandemia por COVID-19 e o distanciamento social

Desde 2020, durante aproximadamente três anos e três meses, o mundo vivenciou a pandemia por COVID-19, infecção respiratória causada pelo SARS-CoV-2, transmitida de pessoa para pessoa por gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, em contato pela boca, nariz ou olhos, ou por meio de objetos e superfícies contaminadas (WHO, 2020b; PEREIRA et al., 2020). Além de grave turbulência econômica, interrompendo viagens e negócios e mergulhando milhões na pobreza, a pandemia fez mais de sete milhões de mortes no mundo e em seu pico chegou a mais de 100 mil pessoas mortas por semana (G1, 2023).

Pandemias têm ocorrido em diversos momentos ao longo da história. Porém, anteriormente à pandemia por COVID-19, a última de proporções catastróficas – a gripe espanhola – ocorreu em 1918 e, por falta de relatos confiáveis, não ofereceu oportunidade para se estudar, através de rigorosos métodos científicos, o impacto de uma pandemia e suas repercussões na saúde mental dos indivíduos (HUREMOVIC, 2019; MALLOY-DINIZ, 2020).

Ladeia et al. (2020) sugerem que não só profissionais de saúde tenham sido afetados pelo impacto psicológico da COVID-19 e que a população geral tenha sido afetada em maior ou menor grau, como foi observado nas outras pandemias vividas pela humanidade. Restrições à liberdade e ao contato com familiares e amigos, incertezas sobre a doença, crise econômica e estigma a determinados grupos são alguns dos fatores que levaram as pessoas a apresentarem mais sintomas ansiosos e depressivos, que podem perdurar mesmo após o fim da pandemia (BROOKS SK et al., 2020; LANDEIA et al. 2020).

Durante grandes surtos de doenças infecciosas o distanciamento social pode ser uma medida preventiva necessária, sob a forma de quarentena e isolamento social. A quarentena é a separação e restrição de circulação de pessoas que foram potencialmente expostas a uma doença contagiosa para verificar se elas apresentam sintomas compatíveis, reduzindo assim o risco de infectar outras pessoas. Essa definição difere do isolamento, que é a separação de pessoas que foram diagnosticadas com uma doença contagiosa de pessoas que não estão doentes (BROOKS et al, 2020; MANUELL & CUKOR, 2011).

Infecção pela COVID-19 foi registrada em mais de 180 países ao redor do mundo, com grande avanço de contaminação, levando várias autoridades governamentais a adotarem diversas estratégias com a intenção de reduzir o ritmo de progressão da doença (KRAEMER et al., 2020; PEREIRA et al., 2020). Assim, além do isolamento e da quarentena, outras estratégias de distanciamento social foram adotadas durante a pandemia por COVID-19, como o desencorajamento de atividades públicas e o fechamento de estabelecimentos como escolas e universidades (WANG et al, 2020).

Em situações de distanciamento impostas podem ser observados aumento da violência doméstica e dos casos de suicídio, além da manifestação de sintomas de estresse agudo poucos dias após a implementação (LANCET, 2020; SCHWARTZ et al., 2020; WU et al., 2009; MALLOY-DINIZ et al., 2020). Focando-se nos efeitos psicopatológicos, o distanciamento social provocou impactos negativos que possivelmente perdurarão por muito tempo, como confusão, raiva, ansiedade, medo e estresse pós-traumático, apresentando-se como um problema de saúde pública (BROOKS SK et al. 2020; MATA et al. 2021).

Dessa forma, a pandemia por COVID-19 deverá repercutir no futuro sobre inúmeros aspectos da vida das pessoas em todo mundo, não somente com relação à saúde, hábitos e costumes, como em relação a aspectos sociais, econômicos e emocionais (BROOKS SK et al. 2020; MATA et al. 2021).

2.2.1 Fechamento de escolas e o distanciamento social de escolares durante a pandemia por COVID-19

O fechamento de escolas e universidades foi, portanto, uma das medidas amplamente utilizadas para reduzir a propagação do vírus da COVID-19 na comunidade, rompendo assim com importantes cadeias de transmissão. De acordo com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em 8 de abril de 2020 escolas foram fechadas em 188 países. Com mais de 90% da população estudantil mundial afetada pelo fechamento de escolas, em torno de 1,5 bilhão de estudantes ficaram fora do ambiente escolar (SILVA e ROSA, 2021).

Entre as nações analisadas no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), O Brasil foi o país que manteve a pré-escola e o ensino fundamental sem aulas presenciais por mais tempo (178 dias) em 2020 (O GLOBO, 2021). "Não há no mundo um país que tenha tido tanta perda de aprendizagem como o Brasil. Nossos desafios são imensos, com escolas fechadas por tanto tempo.", afirmou Carolina Campos, responsável por um estudo sobre avaliações internacionais feito por consultoria pelo Vozes da Educação, a pedido da Fundação Lemann (TERRA, 2021).

As medidas de distanciamento social, sobretudo o fechamento de escolas, afetaram diretamente crianças e adolescentes que vivenciaram o momento de isolamento físico de seus colegas, professores, família não nuclear e redes comunitárias, estando seus contatos sociais usuais restringidos, potencializando assim a solidão. Sendo assim, a solidão entre escolares foi uma significativa consequência não intencional das medidas de contenção prolongadas durante a pandemia por COVID-19, o que os tornou vulneráveis e gerou risco de resultar em uma resposta afetiva de depressão (ROSA e PINTO, 2020).

Diante do distanciamento escolar devido à pandemia, as crianças e adolescentes vivenciaram mudanças no estilo de vida, que podem ter afetado seu desenvolvimento físico e mental (GIARETA et al., 2019; ROSA e PINTO, 2020). Dentre as reações emocionais e alterações comportamentais frequentemente apresentadas pelas crianças e adolescentes durante a pandemia porstacam-se dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação (FIOCRUZ, 2020).

2.2.2 Saúde mental de escolares durante a pandemia por COVID-19

Embora ainda não existam estudos conclusivos sobre os impactos do fechamento provisório das escolas, os efeitos adversos da pandemia associados à saúde, bem-estar e aprendizagem já podem ser percebidos. Há indícios de que as interrupções das aulas presenciais podem ter grave impacto na capacidade de aprendizado futuro das crianças, além de efeitos emocionais e físicos, que podem prolongar-se por um longo período (SILVA e ROSA, 2021).

Dentre os estudos populacionais sobre implicações sobre a saúde mental da pandemia por COVID-19 destaca-se o de Wang et al. (2020) na China, incluindo 1.210 participantes em 194 cidades, durante o estágio inicial da pandemia. Esse estudo revelou sintomas moderados a severos de ansiedade, depressão e estresse em 28,8%, 16,5% e 8,1% dos entrevistados, respectivamente. Ser mulher, estudante e apresentar sintomas físicos ligados à COVID-19, ou problemas de saúde prévios, foram fatores associados a maiores níveis de ansiedade, depressão e estresse (WANG et al., 2020; SCHMIDT et al., 2020). Maiores níveis de depressão e ansiedade entre os jovens estudantes estariam relacionados às mudanças na modalidade de ensino, preocupações com a formação e com o desempenho acadêmico (LOBO e RIETH, 2021).

No contexto de um evento extremo como a pandemia por COVID-19, o aumento da visualização, na televisão ou outras telas, de eventos relacionados ao tema, favorecendo o aparecimento de sintomas físicos de ansiedade, como constipação, e sintomas de pânico extremos (sentir que a própria vida ou a de um membro da família está em perigo), foi

considerado associado ao desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. Tais índices de estresse pós-traumático podem ser iguais aos de indivíduos que vivenciam situação de terrorismo, sendo os jovens considerados o grupo populacional de maior risco (LUCAS et al., 2020; CASTILLO & VELASCO, 2020; SILVA et al., 2021).

Corroborando com os estudos relacionados à COVID-19, Sprang e Silman (2013) mostraram que os escores médios de estresse pós-traumático foram quatro vezes maiores em escolares que estavam em situação de distanciamento social. Além disso, a interação entre mudanças no estilo de vida e estresse psicossocial causados pelo confinamento domiciliar poderia agravar ainda mais os efeitos prejudiciais à saúde física e mental da criança, o que poderia causar um círculo vicioso (WANG et al, 2020; SPRANG e SILMAN, 2013).

Assim, sabe-se que antes do distanciamento social imposto pela pandemia por COVID-19 a prevalência de problemas de saúde mental era de 25% entre jovens escolares. Após a decretação do final da pandemia, estudos apontam para aumento do desenvolvimento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (MALBOEUF-HURTUBISE et al., 2021; POLANCZYK et al., 2015).

Pode-se afirmar que todas as crianças e adolescentes estejam suscetíveis às repercussões psicossociais da COVID-19. Contudo, a desigualdade social determina diferentes níveis e condições de vulnerabilidade sobre cada experiência, de modo que os profissionais de saúde devem estar atentos às demandas de atenção e cuidado que se produzem nessa situação (FIOCRUZ, 2020).

De modo geral, nota-se que diversos sintomas psicológicos podem ser desencadeados como consequência da pandemia, afetando negativamente o comportamento de crianças e adolescentes. Contudo, verifica-se que ainda há poucas informações sobre os impactos da pandemia por COVID-19 na saúde mental de escolares, seja no âmbito mundial como no brasileiro (RODRIGUES E LINS, 2020).

2.3 Associação entre vulnerabilidade social, desigualdades em saúde mental e pandemia por COVID-19

A emergência global determinada pela pandemia por COVID-19 confirmou que os mais intensamente afetados pelo vírus são os estratos sociais mais vulneráveis na sociedade, o que também se aplica à saúde mental. (MEZZINA et al, 2022).

Grupos vulneráveis estão expostos a maior risco de adoecimento e têm recursos pessoais e sociais limitados para lidar com suas consequências para a saúde mental. Vulnerabilidade à doença mental grave é multifatorial e potencializada pela interação de vários fatores como os

biológicos e do desenvolvimento, sociais e ambientais, cujos mecanismos exatos ainda não são amplamente conhecidos. Nesse caso, a angústia, na maioria das vezes, é intergeracional, perpetuada pelas amarras e pelo legado da discriminação estrutural e da violência (ZUBIN & SPRING, 1977; MEZZINA et al, 2022).

A ligação entre pobreza e saúde mental é bidirecional: a pobreza (aqui entendida como falta de recursos socioeconômicos) aumenta o risco de exposição a experiências traumáticas e estresse que aumentam a vulnerabilidade aos transtornos mentais (Marmota, 2015). Enquanto isso, problemas de saúde mental no longo prazo podem levar as pessoas à pobreza devido à discriminação no emprego e à redução da capacidade de trabalho (MEZZINA et al, 2022). Também é bem reconhecido que muitos transtornos psiquiátricos são fortemente influenciados por fatores culturais e sociais. Há ricas evidências que sugerem que a urbanização, o desemprego, a superlotação, a falta de espaços verdes e outros determinantes sociais podem contribuir para transtornos psiquiátricos (BOLTON & BHUGRA, 2021).

As desigualdades em saúde estão intimamente relacionadas às desigualdades sociais (MEZZINA et al, 2022). Essas disparidades afetam negativamente grupos populacionais que têm sistematicamente experimentado maiores obstáculos sociais ou econômicos à saúde com base em seu grupo racial ou étnico, religião, status socioeconômico, geografia da renda (por exemplo, área urbana ou rural), gênero, saúde mental, deficiência cognitiva, sensorial ou física, orientação sexual ou outras características historicamente ligadas à discriminação ou exclusão (por exemplo, pessoas em situação de rua) (OMS, 2020).

No contexto de uma pandemia como a por COVID-19 deve-se destacar que as populações vulneráveis diferem das populações de risco, ou seja, subgrupos populacionais que têm maior exposição a um fator de risco específico. Assim, as populações vulneráveis são subgrupos que estão "em maior risco de riscos" devido a condições sociais contextuais comuns que as distinguem do resto da população (FROHLICH & POTVIN, 2008; MEZZINA et al, 2022).

Crianças e adolescentes desfavorecidos, vulneráveis e marginalizados são definidos como aqueles que possuem fatores, geralmente fora de seu controle, que fazem com que não tenham as mesmas oportunidades que outras crianças e adolescentes com mais recursos sociais. São muitos os aspectos da vulnerabilidade, decorrentes de diversos fatores físicos, sociais, econômicos e ambientais (OMS, 2020). Dessa forma, a COVID-19 não discriminou, mas teve um impacto desproporcionalmente negativo sobre as crianças e adolescentes mais desfavorecidos social e economicamente (PATEL et al, 2020; HILL & NARAYAN, 2020).

Assim, há um círculo vicioso que engloba pobreza (privação econômica, baixa escolaridade, desemprego, reduzidos recursos sociais e cuidados em saúde), transtornos mentais (maior prevalência, falta de cuidados, pior prognóstico) e impacto econômico (aumento da necessidade de gastos com saúde, perda de emprego, redução da produtividade). Estima-se que a pandemia por COVID-19 pode ter impactado negativamente essa confluência, por diversas gerações (MEZZINA et al, 2022; OMS, 2001).

2.4 Saúde mental de escolares: questionários de autoavaliação

Os inventários e escalas de autoavaliação são vistos como instrumentos essenciais na avaliação de problemas psíquicos. Técnicas de observação, escalas e inventários de autoavaliação (entrevistas estruturadas e semiestruturadas) são amplamente utilizados por pesquisadores para medir a ocorrência de sintomas psíquicos em crianças e adolescentes (HARRINGTON, 1993; REYNOLDS & JOHNSTON, 1994; SIMÕES, 1999; CRUVINEL et al., 2008).

Os instrumentos de autoavaliação apresentam várias vantagens. Uma delas é a sua fácil e rápida aplicação. Além disso, permite o acesso à experiência interna da criança e do adolescente (alguns sintomas são apenas acessíveis através da introspecção), avaliando uma série de importantes dimensões dos problemas de saúde mental (SALVADOR et al, 2016; MARCH et al, 1997; SCHNIERING, HUDSON).

2.4.1 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Bolton & Bhugra (2021) sugerem que, nos últimos anos, em todas as democracias ocidentais têm ocorrido um aumento substancial na demanda por serviços de saúde mental e serviços relacionados para crianças e adolescentes, juntamente com um aumento da prevalência dos problemas comuns de saúde mental, sobretudo ansiedade e depressão (BOR et al., 2014; COLLISHAW, 2015; MURRAY et al., 2012; PITCHFORTH et al., 2019; BOLTON & BHUGRA, 2021).

Nesse contexto, dentre os inventários de autoavaliação relatados na literatura, o Inventário de Depressão Infantil (CDI) é o instrumento mais utilizado na identificação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. O CDI foi o primeiro instrumento elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância e adolescência (KOVACS, 1992; CRUVINEL et al., 2008).

No Brasil, o CDI foi adaptado por Gouveia et al. (1995) e tem sido muito empregado como medida de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Trata-se de um instrumento

com parâmetros psicométricos aceitáveis, sendo bastante útil na identificação de crianças e adolescentes com sintomas de depressão, permitindo o reconhecimento e a triagem desses indivíduos. Embora não sirva para fins de diagnóstico de Transtorno Depressivo, tem uma boa correlação com a clínica (BAPTISTA & GOLFETO, 2000; CURATOLO, 2001; HALLAK, 2001; CRUVINEL et al., 2008; CRUVINEL et al, 2008).

2.4.2 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Com relação à triagem de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos que possuam sintomas de depressão, a literatura sugere o uso do Inventário de Depressão de Beck (IDB). Trata-se de uma escala desenvolvida por Beck e colaboradores, em 1961, e validada para o português em 1996, por Gorenstein e Andrade, de onde foi adaptado o Inventário de Depressão Infantil (CDI) (CUNHA, 2001; KOVACS, 1992).

2.4.3 Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC)

Com relação aos instrumentos de autoavaliação de saúde mental de escolares, segundo Salvador et al. (2016), a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) apresenta vantagens para avaliação de sintomas ansiosos: fácil e rápida aplicação e avaliação de conteúdo adicional (dimensões de ansiedade social e sintomas físicos) aos avaliados por outras escalas, contribuindo, assim, para uma melhor compreensão da sintomatologia ansiosa apresentada em contexto clínico de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes.

Não obstante a existência de instrumentos anteriores à MASC, como o *Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents - SPAI-B* (GARCÍA LÓPEZ et al., 2008); o *Children's Depression Inventory – CDI* (KOVACS, 1985); o *Mental Health Continuum Short Form - MHC-SF* (KEYES, 2009) e a *Revised Children Manifest Anxiety Scale – RCMAS* (REYNOLDS & RICHMOND, 1978; Versão Portuguesa: FONSECA, 1992), a maioria destes instrumentos apresentava algumas limitações: não cobriam a constelação de sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, não contemplavam algumas dimensões da ansiedade, e não discriminavam perturbações de ansiedade entre si e nem de outras perturbações (confundindo-se com sintomas depressivos e de déficit de atenção-concentração) (MARCH et al., 1997; SALVADOR et al, 2016). Foi em resposta às limitações destes instrumentos para avaliação da ansiedade em crianças, que March e colaboradores (1997) desenvolveram a MASC, que visava cobrir várias dimensões da ansiedade, avaliadas num largo espectro de idades (da infância à adolescência) (SALVADOR et al, 2016).

Em análise mais detalhada, constatou-se que correlações moderadas entre a MASC e o CDI apenas se verificam com as dimensões ‘Sintomas Físicos’, o que pode estar relacionado com o fato de, tanto na depressão (principalmente em crianças e adolescentes) como na ansiedade, esses indivíduos experimentarem alterações fisiológicas semelhantes (PESTANA & GAJEIRO, 2005; SALVADOR et al, 2016), corroborando, para o uso complementar das duas escalas para a avaliação de sintomas de depressão e de ansiedade em crianças e adolescentes.

2.5 Justificativa

Diante desse contexto, torna-se necessária a avaliação do impacto e as respostas psicossociais entre os diferentes subgrupos populacionais após a pandemia, sobretudo adolescentes que vivenciam estressores como violência nas suas comunidades e escolas (LADEIA et al., 2020; RIEHM et al, 2021; PENSE, 2015), a fim de que estratégias de apoio psicológico e social possam ser implantadas para mitigar os possíveis distúrbios psicológicos.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral:

Avaliar a saúde mental de escolares adolescentes após um período de distanciamento social pela pandemia por COVID-19 em um ambiente com histórico de violência.

3.2 Objetivos Específicos:

- a.** Avaliar a presença e intensidade de sintomas de depressão em escolares adolescentes após o retorno ao convívio escolar presencial;
- b.** Avaliar a presença e intensidade de sintomas de ansiedade em escolares adolescentes após o retorno ao convívio escolar presencial;
- c.** Relacionar os achados com condições sociodemográficas, econômicas e experiências pessoais e familiares no contexto do distanciamento social.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo e população de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e quali-quantitativo envolvendo adolescentes que estavam matriculados em uma escola da rede pública no município de Barreiras (Bahia), durante o segundo semestre de 2022.

4.2 Campo do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Barreiras, localizado na região oeste da Bahia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma área territorial de 8.051,274 km² e uma população estimada, em 2021, de 158.432 pessoas. Possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,721, ocupando a posição 1266º de 5565 no *ranking* das cidades brasileiras, realizado pela “*United Nations Development Programme*” (UNDP) com dados de 2010. Assim, Barreiras (Bahia), possui um IDH considerado alto, estando no grupo de 1904 cidades brasileiras com IDH alto ou muito alto (IBGE, 2022; UNDP, 2022).

Segundo dados do IBGE, 2020, a taxa de escolarização de Barreiras, considerando a faixa etária de 6 a 14 anos, é de 97,5%. A cidade possui 72 escolas públicas vinculadas à educação infantil, ao ensino fundamental I e II e à educação de jovens e adultos, e 10 escolas públicas voltadas para o nível médio. Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação, em 2022, 24847 estudantes estavam matriculados na educação infantil, ensino fundamental I e II ou educação de jovens e adultos (EJA) da rede pública municipal e estadual e 7056 matriculados no ensino médio da rede pública.

O governo do estado da Bahia decretou retorno às aulas de forma 100% presencial em 2022. Em 26 de setembro do mesmo ano, houve um ataque a tiros em uma escola da rede pública de ensino de Barreiras, que terminou na morte de uma aluna com mobilidade limitada por deficiência física, após um adolescente invadir a escola armado e atirar contra os alunos (G1, 2022; Governo da Bahia, 2022). Em outra escola pública do município, a Escola Estadual Antônio Geraldo (CEAG), durante o distanciamento social devido a pandemia por COVID-19, aconteceu um episódio de suicídio entre os estudantes matriculados (Memorial CEAG, 2022). Portanto, toda a coleta de dados foi realizada na CEAG, onde ocorreu o suicídio entre escolares e estava inserida numa cidade com histórico recente de ataque a tiros em outra escola pública.

4.3 Amostra

O presente estudo contou com a participação de adolescentes - dos 15 aos 19 anos (OMS, 2009) - estudantes matriculados na escola CEAG, do ensino público de Barreiras, Bahia, no segundo semestre letivo de 2022, cujos cuidadores principais autorizaram a participação na pesquisa.

4.3.1 Critérios de Inclusão:

- a. Saber ler;
- b. Ter idade entre 15 e 19 anos;

4.3.2 Critérios de Exclusão:

- a. Presença de comprometimento cognitivo que impeça a leitura dos instrumentos de pesquisa e a escrita das respostas às questões dos instrumentos.

4.4 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado na escola CEAG, com população-alvo de 1051 escolares adolescentes (dos turnos matutino e vespertino).

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis dependentes deste estudo foram obtidas pelos instrumentos de pesquisa: “Multidimensional Anxiety Scale for Children” – MASC, o “Children Depression Inventory” – CDI e o “*Beck’s Depression Inventory*” – IDB. As variáveis independentes foram obtidas através dos instrumentos: questionário sociodemográfico do cuidador principal e questionário sociodemográfico do participante da pesquisa.

4.5.1 Variáveis dependentes:

- a. Sintomas de depressão;
- b. Sintomas de ansiedade.

4.5.2 Variáveis independentes:

- a. Idade;
- b. Identidade de gênero;
- c. Cor de pele;
- d. Ano escolar;
- e. Escolaridade dos pais;

- f. Histórico de abandono escolar;
- g. Renda familiar;
- h. Moradia;
- i. Religião;
- j. Histórico familiar de transtorno mental;
- k. Histórico pessoal de transtorno mental;
- l. Uso de medicação contínua;
- m. Uso de álcool ou cigarro;
- n. Realizou isolamento social durante a pandemia por COVID-19;
- o. Histórico familiar ou pessoal de adoecimento por COVID-19;
- p. Histórico de morte de amigo ou familiar por COVID-19;
- q. Uso da vacina de COVID-19;
- r. Sentimentos durante o período sem aulas presenciais;
- s. Sentimentos no retorno às aulas presenciais;
- t. Sentimentos durante a pandemia por COVID-19;
- u. Sentimentos do cuidador principal na convivência com o participante da pesquisa, durante a pandemia por COVID-19.

4.6 Técnica de coleta de dados

A aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada pelo pesquisador principal e colaboradores treinados e ocorreu no próprio ambiente escolar (sala de aula). Os colaboradores são acadêmicos do 4º ao 12º período de medicina, alunos do pesquisador principal no Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras/BA; ambos compõem o grupo de pesquisa Saúde Mental nas Escolas.

Em cada sala de aula foram realizadas três tentativas de contato e aplicação dos questionários. A coleta de dados aconteceu durante 10 semanas seguidas, de segunda a sexta-feira, em dois períodos (manhã e tarde).

4.7 Instrumentos de pesquisa

Durante a coleta de dados foram aplicados os instrumentos de pesquisa: “*Children Depression Inventory*” – CDI para os escolares com idade até 17 anos, “*Beck’s Depression Inventory*” – IDB para adolescentes com idades entre 18 e 19 anos, o “*Multidimensional Anxiety Scale for Children*” – MASC e o questionário sociodemográfico para todos os participantes.

- a. Questionário sociodemográfico do cuidador principal;

- b. Questionário sociodemográfico do participante da pesquisa;
- c. *“Children’s Depression Inventory”* – CDI: desenvolvido por Kovacs para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, o CDI é uma adaptação do Beck Depression Inventory – IDB (CUNHA, 2001), composto por 27 questões alternativas de autorrelato ou respondidas por outros informantes, tais como familiares ou professores. A escala é dividida em cinco fatores, entre sintomas afetivos, cognitivos e sociais: humor negativo (questões 1, 6, 8, 10, 11 e 13), problemas interpessoais (questões 5, 12, 26 e 27), ineficácia (questões 3, 15, 23 e 24), anedonia (questões 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22) e autoestima negativa (questões 2, 7, 9, 14 e 25). Os itens referem-se aos sentimentos percebidos pela criança nas duas últimas semanas, sendo pontuação zero quando a primeira alternativa é escolhida (ausência de sintoma); um, quando a segunda alternativa é escolhida (sintoma leve) e dois, quando a terceira alternativa é escolhida (sintoma claro) e a sua pontuação total variável de zero a 54. O ponto de corte para depressão é igual ou maior que 18 (POTASZ et al., 2013; KOVACS, 1992; BECK et al., 1961; CAMPOS et al., 2020).
- d. *“Beck’s Depression Inventory”* – IDB: é uma escala autoaplicável, com propriedades psicométricas testadas e comprovadas, amplamente utilizada em pesquisas e área clínica. Consiste em 21 grupos de afirmações referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros, em que o indivíduo escolhe entre as afirmações (0, 1, 2 ou 3), a que melhor descreve a maneira como tem se sentido na última semana. Com relação aos pontos de corte para distinguir os níveis de sintomas de depressão, utiliza-se: 9/10, 18/19 e 29/30, em que pontuações abaixo de 10 correspondem à pessoa sem sintomas de depressão; entre 10 e 18 pontos, à pessoa com sintomas de depressão leve a moderada; entre 19 e 29 pontos, com sintomas de depressão moderada a grave; e a partir de 30 pontos, podendo chegar a 63 pontos, pessoas com sintomas de depressão grave (CUNHA, 2001).
- e. *“Multidimensional Anxiety Scale for Children”* – MASC: é uma escala de autorrelato para avaliar a ansiedade de crianças e adolescentes com idade entre 08 e 19 anos nos domínios afetivo, físico, cognitivo e comportamental. O instrumento pode ser aplicado individualmente ou em grupo, porém deve ser respondido pela própria pessoa. É composta por 39 itens distribuídos em quatro fatores: sintomas físicos (tensão / inquietude: itens 1, 8, 15, 20, 27, 35; somáticos / autonômicos: itens 6, 12, 18, 24, 31, 38), ansiedade social (humilhação/rejeição: itens 3, 10, 16, 22, 29; desempenho público - itens 14, 33, 37, 39), prevenção de danos (“coping” ansioso: itens 5, 13, 25, 32, 36;

perfeccionismo: itens 2, 11, 21, 28) e ansiedade de separação (itens 4, 7, 9, 17, 19, 23, 26, 30, 34). As respostas têm quatro opções de pontuação na escala Likert, que varia de 0 a 3 (0= nunca, 1= raramente, 2= às vezes e 3= frequentemente). Foi validada e adaptada culturalmente no Brasil como MASC – VB, por Nunes. O estudo brasileiro de Viana (2009) encontrou como ponto de corte para ansiedade geral, o valor de 56 (VIANA, 2009; MARCH et al., 1997; MARCH et al., 1999; NUNES, 2004; CAMPOS et al., 2020).

4.8 Tempo de Coleta

A coleta dos dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2022.

4.9 Análise estatística

As respostas sobre os sentimentos durante o período sem aulas presenciais, os sentimentos no retorno às aulas presenciais, os sentimentos durante a pandemia por COVID-19 e os sentimentos do cuidador principal na convivência com o participante da pesquisa, durante a pandemia foram categorizadas em “sentimentos negativos” (ex.: “fiquei desesperada e ansiosa”), “sentimentos positivos” (ex.: “eu amei, pois a melhor coisa *‘foi’* voltar as aulas, não prestava mais ficar em casa”) ou “sentimentos ambivalentes” (“achei bom no começo, mas depois começou a ficar chato e *‘intediante’*”), pelo pesquisador principal.

Para a análise de dados, foram expressas as variáveis numéricas através de medidas de tendência central: média ou mediana, desvio padrão e valores mínimos e máximos, e as comparações entre grupos foram feitas por meio de um teste de médias (teste “t” independente ou pareado, conforme fosse adequado). As variáveis categóricas foram expressas em valores proporcionais, e as comparações entre grupos, pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

4.10 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento desse projeto foram considerados, em todas as etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos na resolução do CONEP 466/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e recebeu parecer “aprovado”, nº 6.017.979. Os cuidadores principais dos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

As informações coletadas são confidenciais e os registros desta pesquisa estão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, Hugo Nilo Alecrim Pinheiro.

5. RESULTADOS

Eram 1051 adolescentes matriculados por ocasião da coleta. Foram incluídos na pesquisa 60 participantes (taxa de resposta de 5,7%).

A maior parte da amostra é formada por adolescentes do gênero feminino, cor de pele parda e do primeiro ano do ensino médio (tabela 1). A maioria não fazia uso de substância psicoativa (78,57%) e não possuía antecedente de evasão escolar (88,68%). Com relação a transtorno mental, o histórico familiar predominou sobre o histórico pessoal. Já com relação ao tempo de estudo do cuidador principal, o intervalo de um a 11 anos predominou. Ainda sobre as características sociofamiliares, a maioria habitava casas próprias e possuía renda familiar de um a três salários-mínimos. Além disso, a maioria possuía alguma religião (61,82%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (continua)

Variável (n=60)	Frequência	Porcentagem
Gênero (58)		
Masculino	13	22,41
Feminino	39	67,24
Outro	6	10,34
Cor da pele (59)		
Branca	10	16,95
Parda	32	54,24
Preta	16	27,12
Outra	1	1,69
Ano escolar (60)		
1o.	35	58,33
2o.	17	28,33
3o.	8	13,33
Antecedente de abandono escolar** (53)		
Sim	6	11,32
Histórico de uso de substâncias psicoativas (56)		
Lícita	3	5,36
Ilícita	1	1,79
Medicamento	4	7,14
Não especificou	4	7,14
Não usou	44	78,57
Histórico pessoal de transtorno mental (56)		
Sim	5	8,93
Possui alguma religião (55)		
Sim	34	61,82

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (conclusão)

Variável (n=60)	Frequência	Porcentagem
Renda familiar* (56)		
< 1	18	32,14
1 – 3	36	64,29
4 – 7	2	3,57
Moradia** (56)		
Própria	42	75,00
Alugada ou cedida	14	25,00
Anos de estudo dos pais** (40)		
1 – 11	37	92,50
>11	3	3,50
Histórico familiar de transtorno mental** (56)		
Sim	10	17,86

Fonte: elaborado pelo autor

*Em salário-mínimo vigente em 2022, o equivalente a 1.212,00 reais.

**Dados extraídos do questionário específico do cuidador principal.

A maioria dos participantes recebeu a vacina para COVID-19 (96,43%) e realizou distanciamento social durante a pandemia (90,74%). As impressões e sentimentos relacionados ao momento da pandemia foram, em sua maior parte, desfavoráveis, negativos (“fiquei desesperada e ansiosa, pois nunca tinha passado por aquilo”) ou ambivalentes (“foi bom e ruim, porque eu fui tendo muitos problemas ainda mais no período da pandemia, como ansiedade e começo de depressão, até hoje”), assim como as sensações ao retorno das aulas presenciais foram na sua maioria favoráveis (“muita felicidade, por poder voltar viva com saúde, revendo amigos, professores, a sala, os trabalhos, lanches, etc..”) ou ambivalentes (“senti um alívio, mas também medo pois estava no ensino médio, assuntos novos que não estava conseguindo acompanhar”). Ainda sobre os sentimentos, aproximadamente 27% dos cuidadores identificaram apenas pontos negativos no convívio com o/a adolescente durante a pandemia (tabela 2).

Tabela 2 - Status vacinal e vivências de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (continua)

Variável (n=60)	Frequência	Porcentagem
Tomou a vacina para COVID-19 (56)		
Sim	54	96,43
Praticou distanciamento social (54)		
Sim	49	90,74
Teve ou algum familiar teve COVID-19 (54)		
Sim	36	66,67
Algum familiar morreu de COVID-19 (54)		
Sim	5	9,26

Tabela 2 - Status vacinal e vivências de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (conclusão)

Variável (n=60)	Frequência	Porcentagem
Algum amigo, vizinho ou conhecido morreu devido COVID-19 (53)		
Sim	11	20,75
Quais foram os sentimentos no período sem aulas presenciais devido a pandemia por COVID-19 (60)		
Positivos	4	6,67
Negativos	40	66,67
Ambivalentes	16	26,67
Qual foi a sensação no retorno às aulas presenciais após a pandemia por COVID-19 (60)		
Favorável	33	55,00
Desfavorável	8	13,33
Ambivalente	19	31,67
Quais foram os sentimentos ao longo de todo o período da pandemia por COVID-19 (60)		
Positivos	3	5,00
Negativos	52	86,67
Ambivalentes	5	8,33
Cuidador identificou pontos negativos e/ou pontos positivos no convívio com o/a adolescente durante a pandemia por COVID-19* (45)		
Apenas positivos	10	22,22
Apenas negativos	12	26,67
Ambivalentes	23	51,11

Fonte: elaborado pelo autor

*Dados extraídos do questionário específico do cuidador principal.

Na tabela 3, é possível observar as médias das pontuações obtidas para cada instrumento utilizado. Verifica-se, entre elas, que apenas a média obtida no IDB foi maior que o seu ponto de corte para a presença de sintomas depressivos (CDI – ponto de corte: 18; IDB: 10; e MASC: 56).

Tabela 3 - Escores de depressão e ansiedade nas escalas CDI, IDB e MASC em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60).

Variável (n)	Média	Desvio-padrão	Intervalo	Pontuação maior ou igual ao ponto de corte	
				Frequência	Porcentagem
CDI* (38)	15,07	± 7,25	0-37	10	26,31
IDB** (20)	13,55	± 10,16	0-30	13	65
MASC*** (59)	51,46	± 18,53	11-92	26	44,06

Fonte: elaborada pelo autor

*Children Depression Inventory

**Beck's Depression Inventory

***Multidimensional Anxiety Scale for Children

A tabela 4 apresenta as médias das pontuações em cada domínio categórico do CDI. Observa-se que Anedonia é o domínio com o maior intervalo e, também o responsável pelas maiores pontuações. Com relação ao percentual de pontuação média em cada domínio, tem-se os seguintes valores: 45% para Ineficiência, 41% para Problemas Interpessoais, 37,6% para Anedonia, 37,1% para Baixa Autoestima e 37% para Humor Depressivo.

Tabela 4 - Escores de depressão na escala CDI aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=38)

Domínios (38)	Média	Desvio-padrão	Intervalo de pontuação mínima e máxima
Baixa autoestima	2,97	± 1,82	0-8
Humor depressivo	3,33	± 2,35	0-9
Ineficiência	3,15	± 1,64	0-7
Problemas interpessoais	1,23	± 0,98	0-3
Anedonia	4,89	± 3,09	0-13

Fonte: elaborada pelo autor

Na tabela 5, tem-se as médias das pontuações em cada domínio e subfatores categóricos da MASC. Verifica-se que Ansiedade de Separação é o único domínio que não possui subfatores categóricos. Sintomas Físicos possui o maior intervalo, contudo Evitamento de Perigo é o responsável pelas maiores pontuações. Com relação ao percentual de pontuação média em cada domínio, apresentam-se os seguintes valores: 59,46% para Evitamento de Perigo, 51,7% para Ansiedade Social, 45,88% para Ansiedade de Separação e 42,65% para Sintomas Físicos.

Tabela 5 - Escores de ansiedade na escala MASC aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=59)

Domínios (59)	Média	Desvio-padrão	Intervalo
Ansiedade de separação	7,80	± 4,30	1-17
Ansiedade social	12,41	± 6,33	2-24
Humilhação-rejeição	6,21	± 3,77	0-14
Desempenho público	6,06	± 3,27	0-12
Sintomas físicos	14,93	± 8,08	2-35
Somático-autônomo	7,25	± 3,96	1-18
Tensão-inquietude	8,36	± 5,03	0-18
Evitamento de perigo	15,46	± 4,96	3-26
Coping ansioso	7,33	± 3,25	1-15
Perfeccionismo	7,83	± 2,36	3-12

Fonte: elaborada pelo autor

Na tabela 6 apresentam-se os resultados das pontuações em cada categoria de gravidade para o questionário IDB. Nota-se que 65% dos adolescentes que responderam IBD, pontuaram para presença de sintomas depressivos (35%, para moderado e grave).

Tabela 6 - Escores de depressão na escala IDB aplicada em adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=20)

Categorias (20)	Frequência	Porcentagem
Sem sintomas de depressão	7	35,00
Sintomas de depressão leves a moderados	6	30,00
Sintomas de depressão moderados a graves	5	25,00
Sintomas de depressão graves	2	10,00
Total	20	100,00

Fonte: elaborada pelo autor.

A tabela 7 compara variáveis anteriores à pandemia por COVID-19 bem como variáveis referentes à vivência do adolescente durante o período de pandemia em relação ao gênero e cor de pele declarados. Observou-se maior frequência de antecedente de abandono escolar entre os adolescentes do gênero masculino. Não houve diferença quanto ao gênero com relação às outras variáveis. Não houve diferença quanto à cor da pele com relação a nenhuma variável estudada.

Tabela 7 - Perfil clínico, escolar, social e vivências de adolescentes matriculados na CEAG e submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 por gênero e cor da pele (N=60).

Variáveis Independentes	Gênero		p*	n	Cor da pele		p*	n
	M	F			P+P***	B+O***		
Antecedente de abandono escolar	3	2	0,04	46	4	2	0,62	53
Histórico de uso de substâncias psicoativas	3	8	0,67	49	8	4	0,46	56
Histórico pessoal de transtorno mental	0	5	0,56	49	3	2	0,58	56
Possui alguma religião	7	22	0,49	49	27	7	0,46	55
Moradia própria	8	29	1,00	49	32	10	0,73	56
Histórico familiar de transtorno mental	2	8	1,00	49	6	4	0,24	56
Tomou a vacina para COVID-19	10	37	1,00	48	40	14	0,60	56
Praticou distanciamento social	10	31	0,31	47	35	13	1,00	54
Teve ou algum familiar teve COVID-19	6	26	0,70	47	26	10	0,75	54
Algum familiar morreu devido o COVID-19	1	4	1,00	47	5	0	0,31	54
Algum amigo, vizinho ou conhecido morreu devido o COVID-19	2	8	1,00	46	9	2	0,70	53
Presença de sintomas depressivos	3	16	0,27	49	17	6	0,91	56
Presença de sintomas de ansiedade	4	19	0,37	51	20	6	1,00	59

*Teste: Kruskal-Wallis

**Preta e parda

*** Branca e outras

A tabela 8 compara variáveis anteriores à pandemia por COVID-19 bem como variáveis referentes à vivência do adolescente durante o período de pandemia em relação à presença de

sintomas depressivos e de ansiedade. Não houve diferença significativa com relação a nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 8 - Associação entre sintomas depressivos e ansiosos e perfil clínico demográfico, escolar, social, status vacinal e vivências de adolescentes matriculados na CEAG submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60).

Variáveis independentes	Presença de sintomas depressivos	p*	n	Presença de sintomas de ansiedade	p*	n
Cor da pele parda ou preta	17	0,91	23	20	1,00	26
Gênero						
Masculino	3	0,27	13	4	0,37	13
Feminino	16		35	19		38
Antecedente de abandono escolar	2	1,00	6	2	0,68	6
Histórico de uso de substâncias psicoativas	5	1,00	11	5	1,00	12
Histórico pessoal de transtorno mental	4	0,14	5	3	0,64	5
Possui alguma religião	10	0,11	32	13	0,51	33
Moradia própria	16	1,00	39	18	0,70	42
Histórico familiar de transtorno mental	6	0,29	10	5	1,00	10
Tomou a vacina para COVID-19	21	1,00	50	23	0,44	53
Praticou distanciamento social	20	1,00	47	23	0,67	47
Teve ou algum familiar teve COVID-19	16	0,67	35	18	0,56	35
Algum familiar morreu devido o COVID-19	2	1,00	5	2	1,00	5
Algum amigo, vizinho ou conhecido morreu devido o COVID-19	5	1,00	11	6	0,49	10

Fonte: elaborada pelo autor.

*Teste: Kruskal-Wallis

Observam-se na tabela 9 algumas características de adolescentes que escolheram a opção “outra” para gênero, excluindo, portanto, as opções masculino ou feminino. Dentre a amostra, 100% possuem sexo biológico feminino. Pontuaram para sintomas de depressão ou de ansiedade dois terços desses adolescentes, e metade pontuaram para ambos (ansiedade e depressão).

Tabela 9 - Perfil demográfico e sintomas depressivos em adolescentes sem identificação com gênero binário matriculados na CEAG submetidos a avaliação de saúde mental após a pandemia por COVID-19 (N=60)

Ordem	Sexo biológico	Cor da pele	Idade (anos)	Ano escolar	Presença de sintomas depressivos	Presença de sintomas de ansiedade
1	Feminino	Parda	16	1º.	Sim	Sim
2	Feminino	Parda	16	1º.	Não	Não
3	Feminino	Parda	18	3º.	Sim	Não
4	Feminino	Preta	19	3º.	Sim	Sim
5	Feminino	Preta	17	2º.	Não	Não
6	Feminino	Preta	19	2º.	Sim	Sim

Fonte: elaborada pelo autor.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo, faz-se relevante como ponto de partida para discussão o conceito de *sindemia* (MEZZINA et al, 2022): as consequências das doenças são determinadas por privilégios e uma variedade de fatores sociais e materiais, e são exacerbadas pela disparidade social e econômica. Assim, Mezzina e colaboradores (2022) expõem as vulnerabilidades sociais e desigualdades em acesso à saúde durante e após a pandemia por COVID-19, considerando-a como uma doença da desigualdade que, assim como na gripe espanhola, não discriminou os afetados, mas impactou de maneira desproporcionalmente negativa sobre os mais desfavorecidos social e economicamente.

Considerando tais associações, o presente estudo buscou discorrer sobre adolescentes em suas comunidades, com suas vivências de desigualdades e violências. Como campo de pesquisa, tem-se uma escola com histórico recente de suicídio entre escolares e uma comunidade escolar exposta a casos, também recentes, de violência na escola (G1, 2022; MEMORIAL CEAG, 2022).

Fechamento das escolas, isolamento social, conflitos familiares e aumento do tempo de tela têm sido comumente relacionados a aumento de ansiedade e depressão no contexto pós-pandemia. Neste estudo, com relação à vivência do distanciamento social devido à pandemia, verificou-se que 90,74% dos adolescentes praticaram o distanciamento. Destes, 42,55% apresentaram sintomas depressivos e 48,93%, sintomas ansiosos. Sobre os sentimentos diante dos desafios impostos pela pandemia por COVID-19, no grupo de adolescentes desta pesquisa, observou-se que 66,67% tiveram sentimentos negativos durante o período sem aulas presenciais e 26,67% tiveram sentimentos ambivalentes. Numa meta-análise de 26 artigos realizada na Itália com o objetivo de descrever a prevalência dos transtornos e sintomas psicológicos em crianças e adolescentes após dezoito meses do início da pandemia por COVID-19, evidenciou-se aumento de 20% dos casos entre aqueles que não apresentavam transtornos mentais previamente (RACCANELLO et al, 2022).

Pedrini e colaboradores (2022) mencionaram em seu estudo a carência de dados longitudinais sobre o impacto da pandemia por COVID 19 na vida dos adolescentes, população que ficou profundamente exposta às consequências negativas do distanciamento social. Os autores referem que houve incremento nas pontuações médias de ansiedade, estresse por incerteza futura e maior frequência de comportamentos desadaptativos, além do aumento de auto e hetero agressividade e do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Neste estudo, 21,43% da amostra fazia uso contínuo de substâncias psicoativas. Destes, 66,6% eram

do gênero feminino, corroborando com estudos que apontam para esta tendência atual (MADIGAN et al, 2023).

Pedrini e colaboradores (2022) também sugeriram um impacto diferente da pandemia na saúde mental dos adolescentes, de acordo com as faixas etárias. Nesta pesquisa, observou-se que 65% daqueles com idade igual ou superior a 18 anos pontuaram para sintomas de depressão; destes, 46,15% com sintomas leves a moderados, 38,46% com sintomas moderados a graves e 15,38% com sintomas graves. Entre os mais jovens, 26,31% pontuaram para depressão, e anedonia foi o sintoma com maior pontuação, corroborando com estudos prévios que o aponta como o mais marcante na depressão infantil (CHARLES & FAZELI, 2017).

Em outra pesquisa realizada na Itália, foi observado que a exaustão e angústia dos pais e o acometimento familiar por infecção ou morte por COVID-19 também afetaram a qualidade de vida e saúde mental de crianças e adolescentes, após o primeiro ano da pandemia por COVID-19 (BARBIERI et al, 2022). No presente estudo, com relação aos fatores familiares, tem-se que 66,67% pegaram ou tiveram algum familiar que teve COVID-19, 9,26% foi o percentual de adolescentes com algum familiar que morreu devido à COVID-19 e 20,75% tiveram algum amigo, vizinho ou conhecido que morreu pela doença.

Durante a pandemia, sintomas depressivos maternos e conflitos familiares, também foram fatores importantes associados ao desenvolvimento socioemocional menos positivo dos adolescentes (MARUYAMA et al, 2023). Em um estudo realizado com mães brasileiras, durante a pandemia, observou-se que a prevalência de depressão subiu de 3,1% no pré-pandemia para 30,6%, durante a pandemia, em 2020, enquanto a prevalência de ansiedade aumentou de 9,6% para 28,8% - um aumento de 10 vezes na prevalência de depressão e de 3 vezes na ansiedade (LORET DE MOLA et al, 2021). Neste estudo, 51,11% dos cuidadores relataram pontos ambivalentes e 26,67%, apenas pontos negativos com relação ao convívio com o adolescente durante o período sem aulas presenciais e seu maior tempo em casa.

Além das condições familiares, as condições sociais adversas estão associadas ao aumento do risco de transtornos mentais específicos. O desemprego pode aumentar o risco de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, assim como comunidades étnicas minoritárias ou historicamente discriminadas são mais propensas a experimentar problemas de saúde mental como resultado das micro agressões contínuas e recorrentes, incluindo racismo "estrutural", estigma e privação socioeconômica. Nesse mesmo contexto, a desigualdade de gênero também está relacionada a maiores taxas de doença mental entre as mulheres, tal adoecimento por sua vez aumenta as barreiras para o acesso a recursos e cuidados comunitários de saúde mental (MEZZINA et al, 2022; PAUL & MOSER, 2009; CALÇO, 2021; KALIN,

2021; YU, 2018). Com relação ao gênero e a cor da pele, foram encontrados os seguintes dados: em toda a amostra, pretos e pardos foram 81,36% e adolescentes do gênero feminino foram 67,24%; os pretos e pardos foram 73,81% entre os adolescentes com sintomas depressivos e 76,92% entre aqueles que possuíam sintomas ansiosos; as adolescentes também foram maioria entre aqueles que possuíam sintomas depressivos e ansiosos, 84,21% e 82,60% respectivamente.

Pessoas com dificuldades de aprendizagem ou portadoras de transtornos mentais, que vivenciam discriminação na escola ou que não possuem conexões com a comunidade são mais vulneráveis à violência e a maior risco de agravos à saúde mental (MEZZINA et al, 2022, PEEN et al, 2010). Nesse contexto, no presente estudo foi possível observar que os sintomas depressivos estavam presentes em 80% daqueles que já possuíam algum histórico pessoal de transtorno mental e em 60% daqueles que possuíam algum histórico familiar de tal transtorno. Com relação aos sintomas ansiosos, apareceram em 37,5% daqueles que possuíam histórico pessoal de transtorno mental e em 50% daqueles que possuíam histórico familiar.

O gradiente social em saúde é a relação graduada entre posição social e saúde, onde os resultados de saúde melhoram progressivamente com o aumento da posição social. Assim, quando abordadas as desigualdades relacionadas às condições e diversidades humanas, como idade, raça e etnia, identidade de gênero ou deficiências, é importante considerar o estigma e a discriminação contra estes grupos socialmente excluídos. O estigma em si é interseccional, não apenas porque está relacionado a posições sociais ou identidades sociais, mas porque está ligado a processos sociais de rotulação e exclusão social. Por sua vez, o estigma e a discriminação associada agravam frequentemente as desigualdades experimentadas por grupos socialmente excluídos, o que acelera ainda mais a sua exclusão social. Vivenciar o preconceito e a discriminação também pode agravar e dificultar a recuperação de uma condição de saúde mental, o que equivale a violações de direitos humanos, tanto dentro das instituições de saúde quanto no contexto social e comunitário (MEZZINA et al, 2022; STEWART, 2013; BAUER et al, 2022). Este estudo identificou um grupo de 6 adolescentes (10,34% da amostra total) com sexo biológico feminino e que não se identificava com o gênero binário. Nesse grupo, observam-se sintomas depressivos presentes em 66,66% e sintomas depressivos e ansiosos em 50%. Não apresentavam sintomas de ansiedade ou depressão 33,33% dos participantes.

A urbanização e a vida em centros urbanos, incluindo a falta de moradia adequada e transporte, vizinhanças socialmente carentes e comumente associadas à desvantagem social, bem como mudanças climáticas e ambiente naturalmente adverso também são fatores de risco para depressão e ansiedade. Ter alguma desvantagem habitacional, ser sem-teto ou estar em

risco de ficar em situação de rua estão ligados à privação socioeconômica e ao baixo apoio social que por sua vez estão fortemente associados a problemas de saúde mental (MEZZINA et al, 2022; FSM, 2020; SINGH et al, 2019; GRUEBNER et al, 2017). Neste estudo, os adolescentes que moravam em casa da própria família e não apresentavam sintomas depressivos ou ansiosos foram maioria em relação aos que residiam em casas cedidas ou alugadas; foram 58,97% e 57,14%, respectivamente.

Os adolescentes deste estudo retornaram às aulas presenciais, majoritariamente, com sentimentos positivos (55%) ou ambivalentes (31,67%), justificados pela experiência negativa (86,67% dos relatos) acerca da vivência da pandemia por COVID-19 somada a expectativa de dias melhores e ao medo do futuro incerto. Portanto, a recuperação do atraso escolar, inevitável em decorrência da condução titubeante do Ministério da Saúde durante a pandemia, deveria passar pela adoção do ensino integral nas escolas públicas em todos os níveis e na recuperação de conteúdos básicos, como alfabetização, interpretação de texto, matemática e ciências para crianças e adolescentes, que são as vítimas maiores do abismo da desigualdade socioeconômica que sempre castigou o Brasil e o fez ainda mais durante a pandemia, uma vez que, sem computadores e conexão de boa qualidade à Internet, a migração do ensino presencial para o remoto não passava de uma peça de ficção.

Políticas públicas de pleno emprego, distribuição de renda e de garantia de renda mínima a todas as famílias brasileiras por um lado, bem como acesso às vacinas que fazem parte do Programa Nacional de Imunizações e a alimentação escolar de qualidade por outro, são imprescindíveis para o restabelecimento e manutenção da saúde física e mental das crianças e adolescentes. Ambiente escolar seguro e protetivo para vítimas de violência doméstica, políticas de integração/reintegração à vida escolar dos órfãos da pandemia, promoção contínua de uma cultura escolar de respeito às diferenças entre as pessoas, antirracista, de combate à pedofilia, à homofobia e à misoginia, de cidadania e de respeito ao meio ambiente, além de iniciativas permanentes para prevenção da gravidez não desejada e do uso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência, são alguns dos desafios para uma escola que se pretenda promotora de saúde física e mental.

Saúde mental não está e nem poderia estar dissociada da saúde física e social. Para recuperar do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes cronicamente desassistidos pelas políticas educacionais e que foram aguda e intensamente atingidos pela pandemia por COVID-19, inúmeros desafios terão que ser enfrentados. Dessa forma, considera-se que pesquisas devem ser realizadas a fim de comprovar a necessidade da utilização de estratégias para prevenir ou minimizar os agravos de saúde mental entre os escolares, assim como possibilitar

a vivência em ambiente escolar e comunitário seguros. Ressalta-se a importância da realização de estudos de longo prazo para determinar todos os problemas enfrentados e apoiar a criação de políticas públicas que protejam esses indivíduos (SILVA et al., 2021; FERRARA et al, 2019; RIEHM et al, 2021).

Este estudo avaliou adolescentes em seu ambiente escolar, com suas vivências de desigualdades e violências. Foi avaliada uma escola de um estado do nordeste brasileiro, exposta a diversas violências e desigualdades socioculturais e que apresenta histórico recente de suicídio entre os escolares. Essa aproximação com o constructo social ao qual escolares brasileiros estão inseridos é uma das fortalezas deste estudo. Entretanto é possível que os resultados estejam subestimados, visto que os adolescentes com maiores agravos na sua saúde mental podem ter-se recusado a participar da pesquisa, ou mesmo que tenham abandonado a escola.

Portanto, tornam-se necessárias estratégias de prevenção e enfrentamento à violência no ambiente escolar, bem como apoio psicológico e social aos estudantes, particularmente aos adolescentes, a fim de tratar aqueles com transtornos instalados, prevenir novos danos, bem como avaliar longitudinal e continuamente o impacto das medidas implementadas no aprendizado, dos efeitos emocionais e físicos, e das respostas psicossociais.

7. CONCLUSÕES

- Observou-se agravamento à saúde mental em adolescentes após o período de isolamento social decorrente da pandemia por COVID-19 em uma escola pública da região nordeste do Brasil, e que possui histórico de violência no mesmo período;
- Entre os adolescentes avaliados, 42,55% apresentaram sintomas depressivos e 48,93% apresentaram sintomas ansiosos;
- As consequências da pandemia por COVID-19 entre os escolares adolescentes podem ter sido exacerbadas pela disparidade social e econômica.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.S., BRITO, A.R., ALVES, A.S.M., ABRANCHES, C.D., WANDERLEY, D., CRENZEL, G., LIMA, R.C, BARROS, V.F.R. Pandemia por COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2, p. 133-136, 2020.
- BAFFSKY, Rachel et al. Strategies for Enhancing the Implementation of Universal Mental Health Prevention Programs in Schools: A Systematic Review. **Prevention Science**, v. 24, n. 2, p. 337-352, 2023.
- BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica São Paulo**, v. 27, n. 5, p. 253-255, 2000.
- BARBIERI, V. et al. Quality of life and mental health in children and adolescents after the first year of the COVID-19 pandemic: a large population-based survey in South Tyrol, Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 5220, 2022.
- BAUER, G.R. et al. Latent variable and clustering methods in intersectionality research: systematic review of methods applications. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, p. 1-17, 2022.
- BECK, A.T. et al An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, n 6, p. 561–571, 1961.
- BERNARDES, P.S., BECHARA, L.S. Impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, 2021.
- BOLTON, D.; BHUGRA, D.. Changes in society and young people’s mental health1. **International Review of Psychiatry**, v. 33, n. 1-2, p. 154-161, 2021.
- BOR, W. et al. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. **Australian & New Zealand journal of psychiatry**, v. 48, n. 7, p. 606-616, 2014.

BOWLEG, L. The problem with the phrase *women and minorities*: intersectionality—an important theoretical framework for public health. **American journal of public health**, v. 102, n. 7, p. 1267–1273, 2012.

Brasil foi o país que manteve escolas fechadas para alunos mais novos por mais tempo durante a pandemia em 2020, diz OCDE. **O Globo**, 16/09/2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/educacao/brasil-foi-pais-que-manteve-escolas-fechadas-para-alunos-mais-novos-por-mais-tempo-durante-pandemia-em-2020-diz-ocde-25198658> Acesso: 29/03/2022.

BRAZENDALE K, BETERRABA MW, TECELÃO RG. Entendendo as diferenças entre comportamentos obesogênicos de verão vs. escola de crianças: a hipótese dos dias estruturados. **Int J Behav Nutr Phys Act**. 2017; 14:100.

BROOKS, S.K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CAMPOS, F.V., ANTUNES, C.F., DAMIÃO, E.B., ROSSATO, L.M., NASCIMENTO, L.C. Instrumentos de avaliação da ansiedade da criança hospitalizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2020.

CASTILLO, R.P.D., VELASCO, M.F.P. Salud mental infanto-juvenil y pandemia por Covid-19 en España: cuestiones y retos. **Revista de psiquiatria infanto-juvenil**, v. 37, n. 2, p. 30-44, 2020.

CDCP - Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of behaviors that contribute to violence on school property: **National YRBS**: 1991-2019. Reviewed August 20, 2020. Accessed August 12, 2021.

Charles, J., & Fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family Physician*, 46(12), 901–907.

CICCHETTI D, VALENTINO K. **An ecological-transactional perspective on child maltreatment**: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In: *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. Nova Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2015. p. 129-201.

Cidades e Estados. **IBGE**. Disponível em: <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Acesso: 29/03/2022.

CLAYBORNE, Z.M.; VARIN, M.; COLMAN, I. Systematic review and meta-analysis: adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 58, n. 1, p. 72-79, 2019.

COLLISHAW, S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 370-393, 2015.

COPELAND, W.E. et al. Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 60, n. 5, p. 604-611, 2021.

CRUVINEL, M. BORUCHOVITCH, E., SANTOS, A.A.A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, 2008.

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURATOLO, E. Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. **Arquivos de neuropsiquiatria São Paulo**, v. 59, n. 1, p. 215, 2001

DA MATA, I.R.S. et al. As implicações da pandemia da COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças. **Resid Pediatr, Rio de Janeiro**, v. 0, n. 377, p. 1-14, 2020.

DA SILVA, W.C. et al. Explorando os impactos na saúde mental de crianças durante a pandemia por covid-19. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 04, p. 46248-46253, 2021.

DAVYDOV, D.M., STEWART, R., RITCHIE, K., & CHAUDIEU, I. (2010). Resiliência e saúde mental. **Revista de Psicologia Clínica**, 30, 479–495.

DEVRIES, K.M. et al. Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study. **BMC public health**, v. 14, p. 1-9, 2014.

DUARTE, C.S. E BORDIN, I.A.S. Instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 55-58, 2000.

DUARTE, M.Q et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020.

FERRARA, P. et al. Physical, psychological and social impact of school violence on children. **Italian journal of pediatrics**, v. 45, n. 1, p. 1-4, 2019.

FIOCRUZ. Crianças na pandemia COVID-19. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FROHLICH, K. L.; POTVIN, L. Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. **American journal of public health**, v. 98, n. 2, p. 216–221, 2008.

FSM, Fundação Saúde Mental. Combater as desigualdades sociais para reduzir os problemas de saúde mental. **Uma Fundação de Saúde Mental**, Relatório. (2020). Disponível online em: www.mentalhealth.org.uk. (acesso em 12 de maio de 2021).

G1, 2022 Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2022/09/26/jovem-armado-invade-escola-e-atira-contras-estudantes-no-oeste-da-bahia.ghtml>. **G1**. Acesso em 30 de março de 2023

G1, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2023/04/05/brasil-tem-24-ataques-em-escolas-nas-ultimas-duas-decadas-relatorio-cobra-politicas-publicas.ghtml>. Acesso em 28 de maio de 2023

G1, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2023/05/05/oms-declara-o-fim-da-emergencia-global-de-covid.ghtml>. **G1**. Acesso em: 06/08/2023

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of peace research**, v. 6, n. 3, p. 167–191, 1969.

GIARETTA, G. et al. Evaluation of the benefits and risks of the vegetarian diet: update on the topic versus common sense in times of post-truths. **Prevenção e Promoção de Saúde**, p. 61–71, 2019.

GOMES, L.P. et al. Inventário de Depressão Infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, v.6, n.2, p. 95-105, 2013.

GOVERNO Da BAHIA, 2022. Disponível em: <https://www.bahia.ba.gov.br/2022/02/area-de-imprensa/rede-estadual-retomara-aulas-presenciais-seguindo-protocolos-contr-a-covid-19/>
Governo da Bahia. Acesso em 29 de março de 2023

GRATTAN, R.E. et al. Risk and resilience factors for youth homelessness in western countries: A systematic review. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 4, p. 425-438, 2022.

GRUEBNER, O. et al. Cities and mental health. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 114, n. 8, p. 121, 2017.

GUNDIM, V.A et al. Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia por COVID-19. **Revista baiana de enfermagem**, 2021.

HALLAK, L. R. L., Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto 2001. Dissertação (Mestrado)-**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, 2001.

HARRINGTON, R. Depressive disorder in childhood and adolescence. **New York: John Wiley & Sons**, 1993.

Hill R, N.A. Covid-19 Inequality: A Review of the Evidence on Likely Impact Policy Options, Working paper, **Centro de Proteção contra Desastres**. Londres (2020). Disponível online em: <https://www.disasterprotection.org/publications-centre/covid-19-and-inequality-a-review-of-the-evidence-on-likely-impact-and-policy-options> (acesso em 13 de janeiro de 2022).

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

HUREMOVIĆ, D. Psychiatry of pandemics: a mental health response to infectious outbreak. **New York: Springer**, 2019.

IDHM Municípios 2010. **UNDP**. Disponível em:
<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>.
 Acesso: 29/03/2022.

INSTITUTO De ESTATÍSTICA Da Unesco. **Global Education digest 2011**: comparando estatísticas educacionais em todo o mundo. 2011

KALIN, N.H. Impacts of structural racism, socioeconomic deprivation, and stigmatization on mental health. **American Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 7, p. 575-578, 2021.

KELLAM, S. G. et al. The good behavior game and the future of prevention and treatment. **Addiction science & clinical practice**, v. 6, n. 1, p. 73–84, 2011.

KELLY, M.P. The axes of social differentiation and the evidence base on health equity. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 103, n. 7, p. 266-272, 2010.

KESSLER, R.C. et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. **Current opinion in psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 359, 2007.

KEYES, K.M. et al. Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 54, p. 987-996, 2019.

Kluge H. **Comunicação Pessoal**, Atenas Julho (2021).

KOVACS, M. Children's depression inventory manual. **Toronto: MultiHealth Systems**, 1992.

KRAEMER, M. U. G. et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science (New York, N.Y.)**, v. 368, n. 6490, p. 493–497, 2020.

LADEIA, D. N. et al. Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia por Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e3925, 2020.

LI, W. H. C. et al. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. **BMC pediatrics**, v. 16, n. 1, p. 36, 2016.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

LOBO, L.A.C., RIETH, C.E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 45, n. 130, p. 885-901, 2021.

LODOLO D'ORIA V. Ricerca 2014–2019 sui presunti maltrattamenti a scuola. **Estúdio Maltra**. 2019.

LORET DE MOLA, Christian et al. Increased depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in Brazilian mothers: a longitudinal study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, p. 337-338, 2021.

LUCAS, L.S et al. Impactos da pandemia por covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: orientações do departamento de psiquiatria da infância e adolescência da associação brasileira de psiquiatria. **Debates em psiquiatria**, 2020.

MADIGAN, Sheri et al. Changes in Depression and Anxiety Among Children and Adolescents From Before to During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA pediatrics**, 2023.

MALBOEUF-HURTUBISE, C. et al. Philosophy for children and mindfulness during COVID-19: Results from a randomized cluster trial and impact on mental health in elementary school students. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 107, p. 110260, 2021.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Saúde mental na pandemia por Covid-19: considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 46–68, 2020.

MANUELL, M.E.; CUKOR, Jeffrey. Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. **Disasters**, v. 35, n. 2, p. 417-442, 2011.

MARCH, J.S. et al. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. **Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 554-565, 1997.

MARCH, J.S., SULLIVAN, K., PARKER, J. Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. **J Anxiety Disord**, v. 13, n. 4, p. 349–358, 1999.

MARMOTA M. A lacuna de saúde. O desafio de um mundo desigual. Londres: **Bloomsbury Publishing**, Plc; (2015).

MATA, A.A et al. COVID-19: ensino remoto emergencial e saúde mental de docentes universitários. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 245-251, 2021.

MATTHEWS, G., & MULLIN, A. (2015). A filosofia da infância. In E.N. Zalta (ed.), A enciclopédia de filosofia de Stanford (Edição da primavera de 2015).

MEMORIAL CEAG, 2022. Disponível em:

<https://memorialceag.wordpress.com/2016/09/22/historico-do-ceag/> Acesso em 27 de maio de 2023

MEZZINA, R. et al. Social vulnerability and Mental Health inequalities in the “syndemic”: Call for action. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, 2022.

MILOT, T. et al. The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. **Child abuse & neglect**, v. 34, n. 4, p. 225-234, 2010.

MORAN, K. et al. A study of Attachment Disorders in young offenders attending specialist services. **Child abuse & neglect**, v. 65, p. 77-87, 2017.

MULRANEY, M. et al. A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 129, p. 182-205, 2021.

NEUMANN, A.L. et al. Impacto da Pandemia por Covid-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Pandemias: impactos na sociedade. Belo Horizonte (MG): Synapse**, p. 56-66, 2020.

NORMAN RE, BYAMBAA M, De R, BUTCHART A, SCOTT J, VOS T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine** 2012; 9(11):e1001349.

NUNES, M.M. Validade e confiabilidade da escala multidimensional de ansiedade para crianças. **São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina**, 2004.

OLDEHINKEL, Albertine J. Improving children's mental health. What does that mean, actually?. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 8, p. 825-827, 2019.

OLIVEIRA, CAHS. O significado do trabalho interdisciplinar na escola. In: DAVID, CM., et al., orgs. Desafios contemporâneos da educação [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2015. Desafios contemporâneos collection, pp. 237-249. ISBN 978-85-7983-622-0. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>

OMS, Organização Mundial da Saúde . Pare a exclusão - Ouse cuidar. Dia Mundial da Saúde 2001. **Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias**. Genebra: OMS; (2001)

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Iniquidades em Saúde e Desigualdades em Saúde: Módulo de Formação 2 Parte 2**. (2020). Disponível online em: [https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-\(hiap\)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities](https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-(hiap)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities) (acessado em 3 de julho de 2020).

ORBEN, A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 55, n. 4, p. 407-414, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS (2018). Saúde mental: Fortalecendo nossa resposta. **Ficha informativa da OMS**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (2009). Child and adolescent health and development. Genebra: **OMS**. <http://www.who.int/child-adolescent-health/>

ORNELL, Felipe et al. Differential impact on suicide mortality during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 44, p. 628-634, 2022.

Países que fecharam escolas por menos dias tiveram pouco ou nenhum déficit de aprendizagem. **Terra**, 11/06/2021. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/paises-que-fecharam-escolas-por-menos-dias-teram-pouco-ou-nenhum-deficit-de-aprendizagem,cc525a360577cf44fc6a5014b8d3dc98mqiu5hkd.html#:~:text=%C3%89%20o>

%20caso%20da%20Fran%C3%A7a,na%20aprendizagem%20durante%20a%20pandemia.
Acesso: 29/03/2022.

PATEL, J.A. et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. **Public health**, v. 183, p. 110, 2020.

PAUL, K.I.; MOSER, K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. **Journal of Vocational behavior**, v. 74, n. 3, p. 264-282, 2009.

PAVANI, F.M. et al. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

PEDRINI, L. et al. Adolescents' mental health and maladaptive behaviors before the Covid-19 pandemic and 1-year after: Analysis of trajectories over time and associated factors. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2022.\

PEEN, J. et al. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 121, n. 2, p. 84-93, 2010.

PEREIRA, M.D.et al.. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-35, 2020.

PERRIN, E.C.; LESLIE, L.K.; BOAT, T. Parenting as primary prevention. **JAMA pediatrics**, v. 170, n. 7, p. 637-638, 2016.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Silabo. 2008.

PETRY, Nancy M.; O'BRIEN, Charles P. Internet gaming disorder and the DSM-5. 2013.

PITCHFORTH, J. et al. Mental health and well-being trends among children and young people in the UK, 1995–2014: analysis of repeated cross-sectional national health surveys. **Psychological medicine**, v. 49, n. 8, p. 1275-1285, 2019.

POLANCZYK, G. V. et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

POTASZ, C. et al. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 20, n. 1, p. 71-79, 2013.

RACCANELLO, D. et al. Eighteen months of COVID-19 pandemic through the lenses of self or others: a meta-analysis on children and adolescents' mental health. In: **Child & Youth Care Forum**. New York: Springer US, 2023. p. 737-760.

REYNOLDS, W. M.; JOHNSTON, H. F. The nature and study of depression in children and adolescents. **Handbook of depression in children and adolescents**, p. 3-18, 1994.

RIEHM, K.E. et al. Adolescents' concerns about school violence or shootings and association with depressive, anxiety, and panic symptoms. **JAMA network open**, v. 4, n. 11, p. e2132131-e2132131, 2021.

RODRIGUES, J.V.; LINS, A.C Araújo. Possíveis impactos causados pela pandemia da COVID-19 na saúde mental de crianças e o papel dos pais neste cenário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e793986533-e793986533, 2020.

SALVADOR, Maria do Céu et al. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): psychometric properties and confirmatory factor analysis in a sample of Portuguese adolescents. **REVISTA IBEROAMERICANA DE DIAGNOSTICO Y EVALUACION-E AVALIACAO PSICOLOGICA**, v. 3, n. 45, p. 33-46, 2017.

SANTOS, M. et al. Saúde mental de crianças e seus cuidadores diante da pandemia da COVID-19: Um relato de experiência a partir de vivências de uma equipe de residência multiprofissional em um CER II. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 5, p. 107-119, 2020.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (campinas)**, v. 37, 2020.

SCHNIERING, C. A., HUDSON, J. L., & RAPEE, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assesment of anxiety disorders in children and adolescents. **Clinical Psychology Review**, 20, 453-778.

SCHWARTZ, J., KING, C.C., YEN, M.Y. Protecti ng health care workers during the COVID-19 coronavirus outbreak -lessons from Taiwan’s SARS response. **Clin Infect Dis**, p. 255, 2020.

SHEPELL M. Pleins feux sur l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale. 2020. **Indice de santé mentale**, Canadá, Avril 2020.

SHIM, R.S. Dismantling structural racism in psychiatry: a path to mental health equity. **American Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 7, p. 592-598, 2021.

SHULTZ, J.M. et al. Multiple vantage points on the mental health effects of mass shootings. **Current psychiatry reports**, v. 16, p. 1-17, 2014.

SILVA, S.M., ROSA, A.R. O impacto da covid-19 na saúde mental dos estudantes e o papel das instituições de ensino como fator de promoção e proteção. **Revista Prâksis**, v. 18, n. 2, 2021.

SILVA, W.V., FIGUEIREDO, V.L.M. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 329-335, 2005.

SIMÕES, M. R. A depressão em criança e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. **Psychologica, Coimbra**, n. 31, p. 27-64, 1999

Singh A., Daniel L., Baker E., Bentley R. Desvantagem habitacional e saúde mental precária: uma revisão sistemática. **Sou J Prev Med.** (2019) 57:262–72. 10.1016/j.amepre.2019.03.018

SOARES, B.K.P., SILVA, R.M., FELINTO, R.S., SOARES, A.A., LIRA, J.M., ARAUJO, F.D., SILVA, L.M.B., NUNES, A.C.F., OLIVEIRA, M.G.C., CLEMENTE, H.A., SILVA, J.A., SILVA, A.G.C.L. Saúde mental da criança em tempos de pandemia da COVID-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, 2021.

SPRANG, G.; SILMAN, M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. **Disaster medicine and public health preparedness**, v. 7, n. 1, p. 105-110, 2013.

Stewart F. Abordagens da Desigualdade e da Desigualdade: Conceitos, Medidas e Políticas. Documento de Discussão do Escritório de Pesquisa No. 2013-01, **Escritório de Pesquisa do UNICEF**, Florença; (2013).

TERRIBELE, F.B.P.; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. Violência contra escolares no Brasil: Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE, 2015). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 241-254, 2021.

THE LANCET: COVID-19: protecting health-care workers. **Lancet**, 2020.

THEBERATH, M. et al. Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. **SAGE open medicine**, v. 10, p. 20503121221086712, 2022.

TWENG, J.M. et al. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. **Journal of abnormal psychology**, v. 128, n. 3, p. 185, 2019.

VIANNA, R.R. Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-VB). **Psicol Clin**, v. 21, n. 2, p. 493– 504, 2009.

WANG G, ZHANG J, LAM SP. Tendências seculares de dez anos nos padrões de sono/vigília em crianças em idade escolar de Xangai e Hong Kong: um conto de duas cidades. **J Clin Sono Med**. 2019; 15:1495–1502.

WANG, C., PAN, R., WAN, X., TAN, Y., XU, L., HO, C. S., & HO, R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

WANG, G. et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. **The lancet**, v. 395, n. 10228, p. 945-947, 2020.

WANG, S. et al. Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, p. 917552, 2022.

WERLING, A. M. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and family situation of clinically referred children and adolescents in Switzerland: Results of a survey among mental health care professionals after 1 year of COVID-19. **Journal of Neural Transmission**, v. 129, n. 5-6, p. 675-688, 2022.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION: **COVID-19, situation reports**, WHO, 2020.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. Who, 2020.

WU, P., FANG, Y., GUAN, Z., FAN, B., KONG, J., YAO, Z., LIU, X., FULLER, C.J., SUSSER, E., LU, J., HOVEN, C.W. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. **Can J Psychiatry**, v. 54, p. 302-311, 2009.

YU, S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. **Translational psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 98, 2018.

ZUBIN, J.; SPRING, B.. Vulnerability: A new view of schizophrenia. **Journal of abnormal psychology**, v. 86, n. 2, p. 103, 1977.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES

Pesquisador Responsável: Hugo Nilo Alecrim Pinheiro, Universidade Federal de Sergipe.

Orientador: Rosana Cipolotti, Universidade Federal de Sergipe

Local onde será realizada a pesquisa:

A criança/adolescente pela/pelo qual você é responsável está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa porque queremos saber se o distanciamento social pela pandemia por COVID-19 causou algum problema emocional que atrapalhe o aprendizado e a qualidade de vida. Sua contribuição é muito importante, mas não deve participar contra a sua vontade.

Esta pesquisa será realizada porque a pandemia afetou vários aspectos da vida das pessoas.

O objetivo dessa pesquisa é saber se as crianças e adolescentes apresentam sintomas de ansiedade ou depressão após o isolamento social devido a pandemia COVID-19.

Os participantes da pesquisa são crianças e adolescentes (de oito a 19 anos), estudantes matriculados no ensino público e particular.

Antes de decidir, é importante que entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Hugo Nilo Alecrim Pinheiro, nos telefones (74) 3661-1279, celular (79) 99171-3976, Rua Cláudio Batista, S/N Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. e-mail cep@academico.ufs.br.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. “O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa

dentro de padrões éticos” (Resolução CNS nº 466/2012, VII. 2).

Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br .Telefone: (79) 3194-7208 e horários para contato– Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 12:00h.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado) e utilizadas apenas para esta pesquisa. Somente nós, o pesquisador responsável e/ou equipe de pesquisa, teremos conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá rubricar todas as páginas deste termo e assinar a última página, nas duas vias. Eu, o pesquisador responsável, farei a mesma coisa, ou seja, rubricarei todas as páginas e assinarei a última página. Uma das vias ficará com você para consultar sempre que necessário.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER:

DE QUE FORMA A CRIANÇA/ADOLESCENTE VAI PARTICIPAR DESTA PESQUISA:

Caso concorde que a criança ou adolescente participe do estudo, você responderá a um questionário sobre a família. Depois, os pesquisadores responsáveis irão comparecer à escola onde a criança/adolescente estuda, e dentro do próprio ambiente escolar, irá receber algumas folhas de papel que são: 01 questionário sobre o que viveu durante a pandemia e 02 questionários sobre seus sentimentos. Neste mesmo momento, a criança/adolescente vai responder as perguntas dos questionários e depois devolvê-los aos pesquisadores.

RISCOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: Os riscos em participar da pesquisa são mínimos. Todo o cuidado será tomado com os participantes da pesquisa. Em caso de identificação de algum problema de saúde entraremos em contato com você e a criança/adolescente será atendido/a no serviço de saúde do município, onde receberá assistência gratuita. Os participantes da pesquisa serão orientados que não precisarão responder às questões que não quiserem responder ou que causam algum desconforto a eles/elas, e a qualquer

momento poderão retirar-se da pesquisa ou negar a participação sem precisar dar explicações. De acordo com a Resolução CNS Nº 466 de 2012, “os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa”

BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: A pandemia da COVID-19 parece ter afetado a sociedade de diversas maneiras. Esta pesquisa possibilitará entender melhor como as crianças e adolescentes podem ter sido afetadas/as pela pandemia, e fornecer informações necessárias pra que a assistência à saúde seja melhor estruturada para melhorar o bem-estar emocional, não só da criança e do adolescente, mas de sua família.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: Qualquer informação obtida durante este estudo será mantida em segredo. O nome do participante da pesquisa será substituído por um código de números, de conhecimento apenas do pesquisador principal.

ACESSO A RESULTADOS DA PESQUISA: Quando a pesquisa for finalizada, os dados sobre saúde mental relacionada a pandemia serão publicados em forma de artigos científicos, de modo que poderão servir como base para desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental voltadas para o público participante (crianças e adolescentes).

CUSTOS ENVOLVIDOS PELA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA: Como a pesquisa não envolve despesas, tais como transporte e alimentação, você não terá custos para participar e, portanto, não receberá nenhum pagamento.

DANOS E INDENIZAÇÕES: Se lhe ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante a pesquisa, lhe será garantido o direito à assistência médica imediata, integral e gratuita, às custas do pesquisador responsável, com possibilidade de indenização caso o dano for decorrente da pesquisa (através de vias judiciais Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954).

Consentimento do participante:

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, li, ou foram lidos para mim, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos e benefícios da minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas.

Sei que posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada.

Recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim

e pelo Pesquisador Responsável.

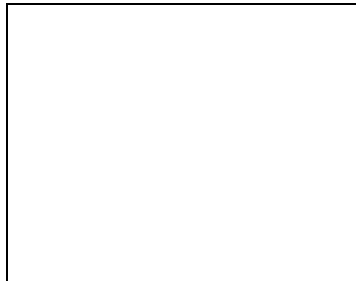
Nome do(a) participante:

Assinatura:

Local/Data:

Declaração do pesquisador:

Declaro que obtive de forma apropriada, esclarecida e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Entreguei uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim ao participante e declaro que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador Responsável: _____**Assinatura:** _____**Local/data:** _____**Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (quando aplicável):** _____**Assinatura:** _____**Local/data:** _____

Assinatura Datiloscópica (quando não alfabetizado)

APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE - PPGCS-UFS**

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá,

Fazemos parte de um grupo de cientistas!

Chamamo-nos Hugo Nilo Alecrim Pinheiro e Rosana Cipolotti, trabalhamos na Universidade Federal de Sergipe

Estamos aqui para conversar com você e o adulto que te acompanha. Vem com a gente!

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que se chama: SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES

Este documento serve para você ficar sabendo de tudo sobre a pesquisa e o que vai acontecer nela, não se esqueça: qualquer dúvida é só perguntar para o pesquisador ou seu responsável.

Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar se não quiser. Você que decidirá se participará ou não.

Seus responsáveis também precisarão autorizar! Iremos conversar com ele/a e explicar, vocês dois terão que concordar.

Antes de decidir, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada e como será desenvolvida.

Mesmo se você aceitar agora, você pode mudar de ideia a qualquer momento e dizer que não quer mais fazer parte. Em todos esses casos está tudo bem, você não será prejudicado de nenhuma forma. Para participar você nem seus pais não precisam pagar nada.

Por que a pesquisa está sendo realizada?

Ela está sendo feita para avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes após o período de

distanciamento social devido a pandemia da COVID-19, isso porque a pandemia afetou vários aspectos da vida das pessoas.

Quem pode participar?

Crianças e adolescentes (de oito a 19 anos), estudantes matriculados no ensino público.

O que vai acontecer durante a pesquisa?

Se você quiser participar, nós iremos te entregar 01 questionário sobre o que você viveu durante a pandemia e 02 questionários sobre seus sentimentos. Você vai responder os questionários no momento que entregarmos, em uma única visita na escola, depois vai nos devolver os questionários respondidos. Caso tenha alguma dúvida, você pode perguntar ao pesquisador.

Quais são os riscos ao participar?

É importante que você saiba que os riscos em participar da pesquisa são mínimos, mas pode ser que você se sinta constrangido ou desconfortável com alguma pergunta. **Mas não se preocupe! Vamos tomar bastante cuidado.** Você não precisa responder o que não quiser ou o que te deixa desconfortável. Em qualquer momento, você pode se retirar da pesquisa, sem dar mais explicações. Se algo der errado, você vai receber os cuidados necessários!

Participar desta pesquisa pode ser bom pois vai nos ajudar a entender melhor como a saúde mental das crianças e adolescentes ficou depois da pandemia, e assim vamos poder cuidar melhor da saúde e do bem-estar dessas pessoas.

IMPORTANTE

Ninguém vai saber sobre as suas informações e seu nome jamais será divulgado. Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa saberão da sua identidade e nós prometemos manter tudo em segredo.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Quando terminar, a gente pode te contar o que descobrimos, os resultados dos exames e da pesquisa. Você vai poder ver os dados sobre saúde mental de crianças e adolescentes de várias idades, incluindo sintomas de ansiedade e depressão.

E aí, quer participar? Faça um x na sua opção.



Sim ()

Não ()

└─▶ Se você marcou sim, por favor assine aqui:

Declaração do participante

Eu, _____, aceito a participar da pesquisa. Entendi as informações importantes da pesquisa, sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que isto não irá causar nenhum outro problema. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Os pesquisadores conversaram comigo e tiraram minhas dúvidas.

Assinatura:

Data:

Acesso à informação:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Hugo Nilo Alecrim Pinheiro, nos telefones (74) 3661-1279, celular (79) 99171-3976, no endereço Rua Coronel José Nogueira, bairro: centro - Xique-Xique (BA) e no e-mail niloalecrim@hotmail.com. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista, S/N Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br. Telefone: (79) 3194-7208 e horários para contato– Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 12:00h.

Declaração do pesquisador:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador:

Assinatura:

Local/data:

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha:

Assinatura:

Local/data:

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO CUIDADOR**1. DATA DA ENTREVISTA:**

2. NÚMERO DE MATRÍCULA:

3. LOCAL DA ENTREVISTA:

4. NOME:

5. DATA DE NASCIMENTO:

6. ANO ESCOLAR:

7. GÊNERO QUE SE IDENTIFICA:

() MASCULINO () FEMININO () OUTRO, QUAL?

8. NATURALIDADE:

9. COR DA PELE:

() BRANCA () PARDA () PRETA () OUTRA

10. RENDA FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS):

< 1 () 1 a 3 () 4 a 7 () > 7 ()

11. MORADIA:

() CASA PRÓPRIA () ALUGADA

12. PRÁTICA ALGUMA RELIGIÃO:

☐ SIM ☐ NÃO

13. NÚMERO DE MEMBROS NA CASA:

14. HISTÓRIA PESSOAL DE TRANSTORNO MENTAL:

☐ SIM ☐ NÃO

15. A CRIANÇA/ADOLESCENTE PARTICIPANTE DA PESQUISA POSSUI ALGUM HISTÓRICO DE TRANSTORNO MENTAL:

☐ SIM ☐ NÃO

16. A CRIANÇA/ADOLESCENTE PARTICIPANTE DA PESQUISA JÁ ABANDONOU A ESCOLA (NÚMERO DE VEZES)?

17. A CRIANÇA/ADOLESCENTE TEM HISTÓRIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS (ALCOOL E CIGARRO), ILÍCITAS (MACONHA, COCAÍNA, CRACK...) E MEDICAMENTOS (ANTIDEPRESSIVOS, ANSIOLÍTICOS...):

☐ SIM ☐ NÃO QUAL?

18. A CRIANÇA/ADOLESCENTE TOMOU A VACINA CONTRA COVID? SE SIM, QUANTAS DOSES?

19. QUAL A SUA ESCOLARIDADE (ANOS):

☐ 0 ☐ 1- 11 ☐ > 11

20. ALGUM(NS) MEMBRO(S) DA FAMÍLIA TEVE/TIVERAM COVID? QUAL GRAU DE PARENTESCO DESSA PESSOA COM A CRIANÇA/ADOLESCENTE?

21. ALGUM(NS) MEMBRO(S) DA FAMÍLIA MORREU/MORRERAM POR COVID? QUAL GRAU DE PARENTESCO DESSA PESSOA COM A CRIANÇA/ADOLESCENTE?

22. ALGUM(NS) AMIGO(A/S) OU PESSOA(S) PRÓXIMA(S) À CRIANÇA, QUE NÃO SEJA PARENTE, MORREU/MORRERAM POR COVID? QUAL O GRAU DE PROXIMIDADE DESSA PESSOA (EX. VIZINHO, AMIGO, PROFESSOR...)?

23. DURANTE A PANDEMIA, VOCÊS REALIZARAM O ISOLAMENTO SOCIAL? SE SIM, POR QUANTO TEMPO? SE NAO, POR QUAL(IS) MOTIVO (S)?

24. QUAIS FORAM OS PONTOS NEGATIVOS E POSITIVOS (SE EXISTIREM) DA PANDEMIA COVID-19 PARA A SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA/ADOLESCENTE EM QUESTÃO?

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PESSOAL**1. DATA DA ENTREVISTA:**

2. NÚMERO DE MATRÍCULA:

3. LOCAL DA ENTREVISTA:

4. NOME:

5. DATA DE NASCIMENTO:

6. ANO ESCOLAR:

7. GÊNERO QUE SE IDENTIFICA:

() MASCULINO () FEMININO () OUTRO, QUAL?

8. NATURALIDADE:

9. COR DA PELE:

() BRANCA () PARDA () PRETA () OUTRA

10. COMO FOI O PERÍODO SEM AULAS PRESENCIAIS?

11. O QUE VOCÊ SENTIU QUANDO AS AULAS PRESENCIAIS RETORNARAM?

12. O QUE VOCÊ MAIS SENTIU DURANTE A PANDEMIA COVID-19?

13. VOCÊ PRATICAVA ATIVIDADE FÍSICA ANTES DA PANDEMIA? PRATICOU ATIVIDADE FÍSICA DURANTE O DISTANCIAMENTO SOCIAL?

14. VOCÊ REALIZAVA ATIVIDADES COM EXPOSIÇÃO AO SOL DURANTE O DISTANCIAMENTO?

() SIM () NÃO

APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO

Revista Paulista de Pediatria



Mental Health of a Public School Adolescents in NE-Brazil after Social Distancing

Journal:	<i>Revista Paulista de Pediatria</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keywords - Please find additional keywords from the following lists: http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh .:	inequalities, adolescents, depression, anxiety, COVID-19, public health schools

SCHOLARONE™
Manuscripts

Abstract

Objective: Health integrated with education implies in a safe and emancipatory school environment for biopsychological development of children and adolescents. In the context of social disparities, COVID-19 pandemic has affected the mental health of the most socially and economically disadvantaged schoolchildren in a disproportional way. Therefore, a longitudinal assessment of the impact of the pandemic and the psychosocial responses among children and adolescents who experience stressors in their communities and schools, and to support the creation of strategies that promote mental health in the school environment, are necessary. Method: This is a cross-sectional study that recruited adolescents enrolled in a public school in the second semester of 2022. The following research instruments were used: Children Depression Inventory (CDI), Beck's Depression Inventory (BDI), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), personal sociodemographic questionnaire and a main caregiver's questionnaire. Results: Just under half of the schoolchildren had depressive and anxiety symptoms, corroborating previous studies which point to an increase in the prevalence of depression and anxiety among adolescents. Conclusions: This study assessed adolescents in their school communities, with their experiences of inequalities. Thus, the impact of COVID-19 pandemic was determined by social and material factors and exacerbated by social and economic disparity.

Keywords: inequalities, adolescents, depression, anxiety, COVID-19, public health schools.

Resumo

Objetivo: saúde integrada à educação implica em ambiente escolar seguro e emancipador para o desenvolvimento biopsicológico de crianças e adolescentes. No contexto de disparidades sociais, a pandemia por COVID-19 teve um impacto desproporcionalmente negativo sobre a saúde mental dos escolares mais desfavorecidos social e economicamente. Portanto, torna-se necessária a avaliação longitudinal do impacto da pandemia e as respostas psicossociais entre crianças e adolescentes que vivenciam estressores nas suas comunidades e escolas, e apoiar a criação de estratégias que promovam saúde mental em ambiente escolar. Método: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e quali-quantitativo envolvendo adolescentes matriculados em uma escola da rede pública, no segundo semestre de 2022. Foram utilizados os instrumentos de pesquisa: Children Depression Inventory (CDI), Beck's Depression Inventory (IDB), Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), questionário sociodemográfico pessoal e do cuidador principal. Resultados: Pouco menos da metade dos escolares apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, corroborando com estudos anteriores que apontam um incremento na prevalência de depressão e ansiedade entre adolescentes. Conclusões: Este estudo avaliou adolescentes em suas comunidades escolares, com suas vivências de desigualdades. Assim, o impacto da pandemia por COVID-19 foi determinado por fatores sociais e materiais, e exacerbado pela disparidade social e econômica.

Palavras-chave: desigualdades, adolescente, depressão, ansiedade, COVID-19, saúde na escola pública.

Introduction

Education in its emancipatory form can be seen as an instrument in the fight for citizens' rights, contributing to the formation of a critical and conscious subject, a human being capable of questioning and making decisions.¹ Thus, school should be a space capable of producing a broad education for the individual, helping them to build knowledge and human, social, political, and cultural coexistence. This vision of health integrated with education, updated, and focused on young people, implies that adults have a fundamental responsibility to provide children and adolescents with the necessary environment for the development of their biological and psychological structures, in such a way that in the future they will be able to perform the functions of healthy adults.²

Disadvantaged schoolchildren can be identified as those who have aspects of vulnerability resulting from various physical, social, economic, and environmental factors, and therefore do not have the same opportunities as other children and adolescents.^{3,4,5} In turn, this inequality is associated with poor educational and social outcomes in adulthood, including mood disorders, anxiety, impulsive and aggressive behavior, substance use disorders and smoking, lower schooling, productivity, and income, as well as a greater risk of becoming homeless and having outcomes such as imprisonment for violent crimes.^{6,7,8}

In a context of social disparities, the global emergency resulting from COVID-19 pandemic has not spared any scenario but has had a disproportionately negative impact on the most socially and economically disadvantaged children and adolescents.^{4,5} Also, in terms of the impact on mental health, those most affected by the pandemic are the most vulnerable and marginalized in society. In this way, there are complex relationships between social processes and domains and inequalities and disparities in mental health: social factors determine vulnerabilities, which increase the risk of mental health problems. In turn, mental illness can generate even more disadvantage and social exclusion.⁹

Thus, there is a vicious circle of poverty (economic deprivation, low education, unemployment, reduced social resources and health care), mental disorders (higher prevalence, lack of care and worse prognosis) and economic impact (increased need for health spending, loss of employment and reduced productivity). It is estimated COVID-19 pandemic may negatively impact the social determinants of mental health for several generations.^{3,9}

Before COVID-19 pandemic, the prevalence of mental health problems among young schoolchildren was around 25%. Following the declaration of the end of the global health emergency, studies indicate that COVID-19 pandemic may have increased the frequency of

mental health problems in children and adolescents, particularly among those most at risk of developing them.^{10,11}

Therefore, psychological, and social support strategies are needed to mitigate possible psychological disorders, as well as longitudinal evaluation of the impact and psychosocial responses among different population subgroups after the pandemic, especially children and adolescents who experience stressors in their communities and schools.¹² It is emphasized the importance of conducting long-term studies to determine the problems faced and support the creation of strategies that promote mental health in children and adolescents in the school environment.^{12,13,14}

Methods

This research was approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Beings at the Federal University of Sergipe (no. 6017979). It is a cross-sectional study involving adolescents enrolled in a public school in the municipality of Barreiras (Bahia-Brazil) during the second semester of 2022.

The school enrollment rate in Barreiras is 97.5%. The city has 72 public schools dedicated to preschool education, primary education I (elementary) and II (secondary) and youth/adult education, and 10 public high schools. According to data from the Municipal Department of Education, in 2022, 24847 students were enrolled in early childhood education, elementary school I and II or youth and adult education and 7056 enrolled in high school in the municipal and state public schools.

One of the municipality's public schools, Colégio Estadual Antônio Geraldo (CEAG), during social distancing due to COVID-19 pandemic, recorded one suicide among the students and for this has been chosen for the study. All data collection was carried out at CEAG during the second semester of 2022, after the Bahia state government decreed a return to 100% in-classroom classes.

This study has recruited adolescents aged between 15 and 19 who were students enrolled at the CEAG school, who could read, who agreed and whose main caregivers authorized their participation in the research. Students with cognitive impairment that would prevent them from reading the survey instruments and answering the questions were excluded from the study.

During data collection, the following research instruments has been applied to 1051 adolescent schoolchildren (morning and afternoon shifts): *Children Depression Inventory* (CDI) for schoolchildren aged up to 17 years,^{15,16} *Beck's Depression Inventory* (BDI) for

adolescents aged between 18 and 19 years^{16,17} *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC)¹⁸, a sociodemographic questionnaire for all participants and a specific sociodemographic questionnaire for the main caregiver. In each classroom the main researcher and trained collaborators made three attempts to contact and administer the questionnaires. Data collection took place over 10 consecutive weeks, from Monday to Friday, in two periods (morning and afternoon).

The dependent variables (symptoms of depression and anxiety) were obtained by the MASC and CDI or IDB (according to age) research instruments. The independent variables (age, gender identity, skin color, school year, parents' education, history of school dropout, family income, housing, religion, family and personal history of mental disorder, use of continuous medication, use of alcohol or cigarettes, social isolation during the COVID-19 pandemic, family or personal history of illness due to COVID-19, history of death of friend or family member due to COVID-19, use of COVID-19 vaccine, feelings upon returning to classroom classes, feelings during COVID-19 pandemic and feelings of the primary caregiver in living with the research participants during COVID-19 pandemic) were obtained through the sociodemographic questionnaires of the primary caregivers and the research participants.

The responses about feelings were categorized into negative feelings (ex: *I was desperate and anxious*), positive feelings (ex: *I loved it, because the best thing was to go back to classes, it was no longer worth staying at home*), or ambivalent feelings (ex: *I thought it was good at first, but then it started to get boring and tedious*), by the main researcher.

For data analysis, numerical variables were expressed through measures of central tendency: mean or median, standard deviation, and minimum and maximum values, and comparisons between groups were made through a means test: independent or paired "t" test, as appropriate. Categorical variables were expressed in proportional values, and comparisons between groups were made by the chi-square test or Fisher's exact test. Values of $p < 0.05$ were considered as significant.

Results

By the time of data collection there were 1051 adolescents enrolled in the CEAG school. Sixty participants were included in the research (response rate of 5.7%).

Table 1 shows that most of the sample is composed of female adolescents, brown skin color, and from the first year of high school. Most of them did not use psychoactive substances and had no history of school dropout. Family history of mental disorder predominated over personal history. Most of the caregivers reported between one and 11 years of study, lived in

their own homes, and had a family income of one to three minimum wages. Those who had some religion predominated among the caregivers.

Table 2 shows that most of the participants received at least one dose of the vaccine against COVID-19 and respected social distancing during the pandemic. The impressions and feelings related to the pandemic moment were mostly negative or ambivalent, as well as the sensations upon returning to classroom classes were mostly favorable or ambivalent.

We evaluated the mean scores obtained for each instrument used. Only the average obtained in the IDB was higher than its cut-off point for the presence of depressive symptoms.

Regarding the scores of depressive symptoms on the CDI scale (N = 38), the percentage of average score in each domain of symptoms was: 45% for Inefficiency, 41% for Interpersonal Problems, 37.6% for Anhedonia, 37.1% for Low Self-esteem and 37% for Depressive Mood. On the IDB scale (N = 20) there is no categorization by domains, but the average score is presented in each severity category for depression: 10% for severe depressive symptoms, 25% for moderate to severe symptoms, 30% for mild to moderate symptoms and only 35% did not present symptoms of depression.

The percentage of average score on the MASC scale (N = 59) in each domain of anxiety symptoms was 59.46% for Danger Avoidance, 51.7% for Social Anxiety, 45.88% for Separation Anxiety and 42.65% for Physical Symptoms.

Table 3 compares variables prior to COVID-19 pandemic as well as variables relating to the adolescent's experience during the pandemic period in relation to declared gender and skin color. There was a higher frequency of previous school dropout among male adolescents. There was no difference in gender in relation to the other variables. There was no difference related to skin color in relation to any of the variables studied.

Table 4 compares variables prior to COVID-19 pandemic as well as variables relating to the adolescent's experience during the pandemic period in relation to the presence of depressive and anxiety symptoms. There was no difference among any of the variables studied.

Regarding demographic profile and depressive and anxiety symptoms, six adolescents did not identify themselves with one binary gender. It was observed that 100% had a female biological sex, two thirds scored for symptoms of depression or anxiety and half scored for both (anxiety and depression).

Discussion

Syndemic is a concept that applies to the consequences of diseases, determined by privilege and social and material factors, and which are exacerbated by social and economic

disparity.⁹ The social vulnerabilities and inequalities in access to health during and after the pandemic have thus been exposed during COVID-19, considering it a "disease of inequality" which, like the Spanish flu, has not discriminated against those affected, but has had a disproportionately negative impact on the most socially and economically disadvantaged.⁹

There is still a lack of longitudinal data on the impact of COVID-19 pandemic on the lives of the adolescents, a population that has been deeply exposed to the negative consequences of social distancing.¹⁹ School closures, social isolation, family conflicts and increased screen time have been commonly related to increased anxiety and depression in the context of COVID-19.²⁰ In this study, regarding the experience of social distancing due to the pandemic, it was found that almost all adolescents practiced social distancing. Of these, just under half showed depressive symptoms and, in a similar proportion, anxious symptoms, corroborating recent studies that point to an increase in the prevalence of depression and anxiety among adolescents^{20,21} during the SARS-Cov-2 health emergency period. Regarding the feelings about the challenges posed by the COVID-19 pandemic, negative feelings predominated during the period without classroom lessons and 1:4 adolescents expressed ambivalent feelings. Most of them returned to the classroom with positive (55%) or ambivalent (31.67%) feelings, when compared to the negative experience (86.67% of reports) about the general experience of COVID-19 pandemic.

During the pandemic, maternal depressive symptoms and family conflicts were also important factors associated with the less positive socio-emotional development of adolescents.²² In a study with Brazilian mothers during covid-19 pandemic, it was observed that the prevalence of depression rose from 3.1% in the pre-pandemic to 30.6% during the pandemic in 2020, while the prevalence of anxiety increased from 9.6% to 28.8% - a 10-fold increase in the prevalence of depression and a 3-fold increase in anxiety.²³ In this study, 51.11% of caregivers reported ambivalent points and 26.67%, only negative points regarding living with the adolescent during the period without classroom classes and their longer time at home.

It can be noted that parental exhaustion and anguish and family involvement due to infection or death from COVID-19 also affected the quality of life and mental health of children and adolescents after the first year of COVID-19 pandemic.²⁴ In this study, with regard to family factors, 66.67% of the adolescents were ill or had a family member who became ill with COVID-19; 9.26% had a family member who died from COVID-19 and 20.75% had a friend, neighbor or acquaintance who died from the disease.

In addition to family conditions, adverse social conditions are associated with an increased risk of specific mental disorders. Unemployment can increase the risk of common

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

mental disorders such as depression and anxiety, just as minority ethnic or historically discriminated communities are more likely to experience mental health problems because of ongoing and recurrent microaggressions, including structural racism, stigma, and socioeconomic deprivation. In this same context, gender inequality is also related to higher rates of mental illness among women, which in turn increase barriers to accessing community mental health resources and care.^{9,25,26,27} In terms of gender and skin color, 81.36% of the entire sample were black and brown and 67.24% were female; 73.81% of black and brown adolescents had depressive symptoms and 76.92% had anxious symptoms. Female adolescents were also in the majority among those with depressive and anxious symptoms, 84.21% and 82.60%, respectively, and among those who made continuous use of psychoactive substances, 66.6% - corroborating the results of a previous meta-analysis.²¹

It is also suggested that the pandemic has had a different impact on the mental health of adolescents according to age group.^{19,21} In this study, 65% of those aged 18 or over scored for symptoms of depression, with mild to moderate symptoms predominating. Among the younger ones, 26.31% scored for depression.

People with learning difficulties or mental disorders, who experience discrimination at school or who lack community connections are more vulnerable to violence and at greater risk of mental health problems.^{9,28} In this context, this study found that depressive symptoms were present in 80% of those who already had a personal history of mental disorders and in 60% of those who had a family history of mental disorders. Anxiety symptoms were identified in more than 1/3 of those with a personal history and in half of those with a family history of mental disorders.

Urbanization and living in urban centers, including a lack of adequate housing and transport, socially deprived neighborhoods commonly associated with social disadvantage, as well as climate change and a naturally adverse environment are also risk factors for depression and anxiety. Having some housing disadvantage or being homeless or at risk of homelessness are linked to socio-economic deprivation and low social support which, in turn, are strongly associated with mental health problems.^{9,29,30} In this investigation, adolescents who lived in their own family home and did not show depressive or anxious symptoms were in the majority compared to those who lived in rented or shared houses.

This study assessed adolescents in their school communities, with their experiences of inequalities and violence. It looked at a school in a northeastern Brazilian state, exposed to various socio-cultural inequalities and with a recent history of suicide among its students. This closeness to the social construct to which Brazilian schoolchildren are inserted is one of the

strengths of this study. Furthermore, it is possible that the results are underestimated, since adolescents with more serious mental health problems may have refused to take part in the study, or even dropped out of school.

Thus, the consequences of COVID-19 pandemic among adolescent schoolchildren have been determined by a variety of social and material factors and have been exacerbated by social and economic disparity. Knowing that mental health is not dissociated from physical and social health,⁹ to recover from psychological suffering, children and adolescents who are chronically underserved by educational policies and who have been acutely and intensely affected by COVID-19 pandemic, numerous challenges will have to be faced. Psychological and social support strategies are needed to treat those with established disorders, prevent further damage, as well as longitudinally and continuously evaluate the impact of the measures implemented on learning, their emotional and physical effects, and their psychosocial responses.

References

1. Freire P. *Pedagogy of autonomy: Knowledge necessary for educational practice*. São Paulo: Peace and Earth; 1996.
2. Oldehinkel AJ. Editorial: Improving children's mental health. What does that mean, actually? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60:825-7.
3. World Health Organization. *Health Inequities and Health Inequalities: Training Module 2 Part 2*. [Internet] 2020. [cited 2022 Apr 17]. [https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-\(hiap\)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities](https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-(hiap)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities)
4. Patel JA, Nielsen FBH, Badiani AA, Assi S, Unadkat VA, Patel B, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. 2020;183:110-1.
5. Hill RV, Narayan A. *Covid-19 Inequality: A Review of the Evidence on Likely Impact Policy Options*, [working paper]. London: Centre for Disaster Protection; 2020.
6. Baffsky R, Ivers R, Cullen P, Wang J, McGillivray L, Torok M. Strategies for Enhancing the Implementation of Universal Mental Health Prevention Programs in Schools: A Systematic Review. *Prevention Science*. 2023;24:337-52.
7. Mulraney M, Coghill D, Bishop C, Mehmed Y, Sciberras E, Sawyer M, et al. A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021;129:182-205.

8. Copeland WE, Alaie I, Jonsson U, Shanahan L. Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;60:604-11.
9. Mezzina R, Gopikumar V, Jenkins J, Saraceno B, Sashidharan SP. Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the "Syndemic": Call for Action. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:894370
10. Malboeuf-Hurtubise C, Léger-Goodes T, Mageau GA, Joussemet M, Herba C, Chadi N, et al. Philosophy for children and mindfulness during COVID-19: Results from a randomized cluster trial and impact on mental health in elementary school students. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;107:110260.
11. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56:345-65.
12. Riehm KE, Mojtabei R, Adams LB, Krueger EA, Mattingly DT, Nestadt PS, Leventhal AM. Adolescents' Concerns About School Violence or Shootings and Association With Depressive, Anxiety, and Panic Symptoms. *JAMA Network Open*. 2021;4:e2132131-e.
13. Da Silva WC, Da Silva CO, Melo KC, Soares AN, Hernandez L, Araújo Z, Sousa F. Exploring the impacts on children's mental health during the covid-19 pandemic. *International Journal of Development Research*. 2021;11:46248-53.
14. Ferrara P, Franceschini G, Villani A, Corsello G. Physical, psychological and social impact of school violence on children. *Italian Journal of Pediatrics*. 2019;45:76.
15. Potasz C, Varela MJVD, Carvalho LCD, Prado LFD, Prado GFD. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2013;20:71-9.
16. Kovacs M. Children's depression inventory manual. Toronto: MultiHealth Systems; 1992.
17. Cunha JA. Manual of the Portuguese version of the Beck Scales. São Paulo: Psychologist's House; 2001.
18. Vianna RRAB. Assessment of anxiety levels in a sample of schoolchildren in Rio de Janeiro using the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-VB). *Clinical Psychology*. 2009;21(2):500.
19. Pedrini L, Meloni S, Lanfredi M, Ferrari C, Geviti A, Cattaneo A, Rossi R. Adolescents' mental health and maladaptive behaviors before the Covid-19 pandemic

- and 1-year after: analysis of trajectories over time and associated factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2022;16:42.
20. Raccanello D, Rocca E, Vicentini G, Brondino M. Eighteen Months of COVID-19 Pandemic Through the Lenses of Self or Others: A Meta-Analysis on Children and Adolescents' Mental Health. *Child & Youth Care Forum*. 2023;52:737-60.
21. Madigan S, Racine N, Vaillancourt T, Korczak DJ, Hewitt JMA, Pador P, et al. Changes in Depression and Anxiety Among Children and Adolescents From Before to During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2023;177:567-81.
22. Maruyama JM, Tovo-Rodrigues L, Santos IS, Murray J, Matijasevich A. Changes and predictors of adolescent emotion regulation, self-esteem, and locus of control during the COVID-19 pandemic: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Braz J Psychiatry*. 2023;45(5):389-396.
23. Loret de Mola C, Blumenberg C, Martins RC, Martins-Silva T, Carpena MX, Del-Ponte B, et al. Increased depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in Brazilian mothers: a longitudinal study. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021;43:337-338.
24. Barbieri V, Wiedermann CJ, Kaman A, Erhart M, Piccoliori G, Plagg B, et al. Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents after the First Year of the COVID-19 Pandemic: A Large Population-Based Survey in South Tyrol, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19:5220.
25. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009;74:264-82.
26. Kalin NH. Impacts of Structural Racism, Socioeconomic Deprivation, and Stigmatization on Mental Health. *American Journal of Psychiatry*. 2021;178:575-8.
27. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry*. 2018;8:98.
28. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010;121:84-93.
29. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019;57:262-72.
30. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt International*. 2017;114:121-7.

Table 1. Sociodemographic and clinical profile of adolescents enrolled in CEAG and submitted to mental health evaluation after the COVID-19 pandemic.

Variable (60)	Frequency	Percentage
Gender (58)		
Male	13	22.41
Female	39	67.24
Other	6	10.34
Skin color (59)		
White	10	16.95
Brown	32	54.24
Black	16	27.12
Other	1	1.69
School year (60)		
1st	35	58.33
2nd	17	28.33
3 rd	8	13.33
History of school dropout (53)		
Yes	6	11.32
History of psychoactive substance use (56)		
Lawful	3	5.36
Unlawful	1	1.79
Medication	4	7.14
Did not specify	4	7.14
Did not use	44	78.57
Personal history of mental disorder (56)		
Yes	5	8.93
Have a religion (55)		
Yes	34	61.82
Family income* (56)		
< 1	18	32.14
1 – 3	36	64.29
4 – 7	2	3.57
Habitation (56)		
Own home	42	75.00
Rented or provided	14	25.00
Caregiver' years of schooling (40)		
1 – 11	37	92.50
>11	3	3.50
Family history of mental disorder (56)		
Yes	10	17.86

Table 2. Vaccination status and experiences of adolescents enrolled in CEAG and submitted to mental health assessment after the COVID-19 pandemic.

Variable (60)	Frequency	Percentage
Took the COVID-19 vaccine (56)		
Yes	54	96.43
Practiced social distancing (54)		
Yes	49	90.74
Had or a family member had COVID-19 (54)		
Yes	36	66.67
A family member died of COVID-19 (54)		
Yes	5	9.26
A friend, neighbor or acquaintance died due to COVID-19 (53)		
Yes	11	20.75
What were the feelings during the period without face-to-face classes due to the COVID-19 pandemic (60)		
Positive	4	6.67
Negative	40	66.67
Ambivalent	16	26.67
How did it feel to return to face-to-face classes after the COVID-19 pandemic (60)		
Favorable	33	55.00
Unfavorable	8	13.33
Ambivalent	19	31.67
What were the feelings throughout the COVID-19 pandemic (60)		
Positive	3	5.00
Negative	52	86.67
Ambivalent	5	8.33
Caregiver identified negative and/or positive points in living with the adolescent during the COVID-19 pandemic* (45)		
Only positives	10	22.22
Only negatives	12	26.67
Ambivalent	23	51.11

Table 3. Clinical, school, social profile and experiences of adolescents enrolled in CEAG and undergoing mental health assessment after the COVID-19 pandemic by gender and skin color (N=60).

Independent Variables	Gender		p*	n	Skin color		p*	n
	M	F			B+B	W+O		
History of school dropout	3	2	0.04	46	4	2	0.62	53
History of psychoactive substance use	3	8	0.67	49	8	4	0.46	56
Personal history of mental disorder	0	5	0.56	49	3	2	0.58	56
Have a religion	7	22	0.49	49	27	7	0.46	55
Own housing	8	29	1.00	49	32	10	0.73	56
Family history of mental disorder	2	8	1.00	49	6	4	0.24	56
Took the COVID-19 vaccine	10	37	1.00	48	40	14	0.60	56
Practiced social distancing	10	31	0.31	47	35	13	1.00	54
Had or a family member had COVID-19	6	26	0.70	47	26	10	0.75	54
A family member died from COVID-19	1	4	1.00	47	5	0	0.31	54
A friend, neighbor or acquaintance died from COVID-19	2	8	1.00	46	9	2	0.70	53
Presence of depressive symptoms	3	16	0.27	49	17	6	0.91	56
Presence of anxiety symptoms	4	19	0.37	51	20	6	1.00	59

Table 4. Association between depressive symptoms and demographic clinical profile, school, social, vaccination status and experiences of adolescents enrolled in CEAG submitted to mental health assessment after the COVID-19 pandemic (N=60).

Independent Variables	Presence of depressive symptoms	p*	n	Presence of anxiety symptoms	p*	n
Brown or black skin color	17	0.91	23	20	1.00	26
Gender						
Male	3	0.27	13	4	0.37	13
Female	16		35	19		38
History of school dropout	2	1.00	6	2	0.68	6
History of psychoactive substance use	5	1.00	11	5	1.00	12
Personal history of mental disorder	4	0.14	5	3	0.64	5
Have a religion	10	0.11	32	13	0.51	33
Own housing	16	1.00	39	18	0.70	42
Family history of mental disorder	6	0.29	10	5	1.00	10
Took the COVID-19 vaccine	21	1.00	50	23	0.44	53
Practiced social distancing	20	1.00	47	23	0.67	47
Had or a family member had COVID-19	16	0.67	35	18	0.56	35
A family member died from COVID-19	2	1.00	5	2	1.00	5
A friend, neighbor or acquaintance died from COVID-19	5	1.00	11	6	0.49	10

10 ANEXOS

ANEXO A- CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

Marque com um “X” as alternativas abaixo de alguns pensamentos e comportamentos seus durante as duas últimas semanas:

1) () Eu fico triste às vezes.

() Eu fico triste muitas vezes.

() Eu fico triste sempre.

2) () Nunca nada dá certo para mim.

() Eu não tenho certeza se as coisas dão certo para mim.

() As coisas dão certo para mim.

3) () Eu faço a maioria das coisas direito.

() Eu faço muitas coisas erradas.

() Eu faço tudo errado.

4) () Eu me divirto com muitas coisas.

() Eu me divirto com algumas coisas.

() Eu não me divirto com nada.

5) () Eu sou má o tempo todo.

() Eu sou má muitas vezes.

() Eu sou má de vez em quando.

6) () Eu penso que coisas ruins podem acontecer para mim, de vez em quando.

() Eu me preocupo que coisas ruins vão acontecer para mim.

() Eu tenho certeza que coisas terríveis vão acontecer para mim.

7) () Eu me odeio.

() Eu não gosto de mim.

() Eu gosto de mim.

8) () Todas as coisas ruins podem acontecer por minha culpa.

() Muitas coisas podem acontecer por minha culpa.

() Coisas ruins que acontecem geralmente não são por minha culpa.

9) () Eu não penso em me matar.

() Eu penso em me matar, mas eu não faria isso.

() Eu quero me matar.

10) () Eu tenho vontade de chorar todo dia.

() Eu tenho vontade de chorar muitos dias.

() Eu tenho vontade de chorar de vez em quando.

11) () As coisas me incomodam o tempo todo.

() As coisas me incomodam muitas vezes.

() As coisas me incomodam de vez em quando.

12) () Eu gosto de estar com pessoas.

() Eu não gosto de estar com pessoas muitas vezes.

() Eu não gosto de estar com pessoas de maneira nenhuma.

- 13) () Eu não consigo tomar decisões sobre as coisas.
() É difícil tomar decisões sobre as coisas.
() Eu consigo facilmente tomar decisões sobre as coisas.
- 14) () Eu me acho bonito (a).
() Tem algumas coisas ruins sobre minha aparência.
() Eu me acho feio (a).
- 15) () Eu tenho que me esforçar todo o tempo para fazer minhas tarefas escolares.
() Eu tenho que me esforçar muitas vezes para fazer minhas tarefas escolares.
() Fazer as tarefas da escola não é um grande problema.
- 16) () Eu tenho problemas para dormir toda noite.
() Eu tenho problemas para dormir em muitas noites.
() Eu durmo muito bem.
- 17) () Eu me canso de vez em quando.
() Eu me canso muitas vezes.
() Eu me canso o tempo todo.
- 18) () A maioria dos dias eu não tenho vontade de comer.
() Em muitos dias eu não tenho vontade de comer.
() Eu como muito bem.

- 19) () Eu não me preocupo com dores.
() Eu me preocupo com dores muitas vezes.
() Eu me preocupo com dores o tempo todo.
- 20) () Eu não me sinto só.
() Eu me sinto só muitas vezes.
() Eu me sinto só o tempo todo.
- 21) () Eu nunca me divirto na escola.
() Eu me divirto na escola somente de vez em quando.
() Eu me divirto na escola muitas vezes.
- 22) () Eu tenho muitos amigos (as).
() Eu tenho alguns amigos (as), mas eu desejaria ter mais.
() Eu não tenho nenhum amigo (a).
- 23) () Minhas tarefas escolares são boas.
() Eu não sou tão bom em minhas tarefas escolares como antes.
() Eu estou indo muito mal em matérias que antes eu ia bem.
- 24) () Eu nunca posso ser tão bom (oa) quanto os (as) outros (as) garotos (as).
() Eu posso ser tão bom (oa) quanto os (as) outros (as) garotos (as), se eu quiser.
() Eu sou tão bom (oa) quanto os (as) outros (as).

25) () Ninguém realmente me ama.

() Eu não tenho certeza se alguém me ama.

() Eu tenho certeza que alguém me ama.

26) () Eu geralmente faço o que me pedem.

() Eu não faço o que me pedem na maioria das vezes.

() Eu nunca faço o que me pedem.

27) () Eu me dou bem com as pessoas.

() Eu me meto em brigas muitas vezes.

() Eu me meto em brigas o tempo todo.

ANEXO B – ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ANSIEDADE PARA CRIANÇAS (MASC)

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: Masc. Fem. (circule um)

Data: __/__/__ Série escolar: _____

dia mês ano

Este questionário pergunta a você como você vem se sentindo, o que você tem pensado, tem sentido ou como tem agido recentemente. Para cada item, por favor faça um círculo ao redor do número que indica com que frequência a afirmativa é verdadeira para você. Se o que a sentença diz é verdade sobre você muitas vezes, circule 3. Se ela é verdade sobre você algumas vezes, circule 2. Se a sentença é verdade sobre você uma vez ou outra, circule 1. Se dificilmente ou nunca a sentença é verdade sobre você, circule 0. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, responda apenas como você vem se sentindo recentemente.

Aqui estão dois exemplos para lhe mostrar como completar o questionário. No exemplo A, se você muito poucas vezes tem medo de cachorro, você deve circular 1, significando que a afirmativa raramente é verdadeira sobre você. No exemplo B, se às vezes os trovões o perturbam, você deve circular 2, significando que a afirmativa é às vezes verdade sobre você. Exemplo A Eu tenho medo de cachorros..... Exemplo B Trovões me perturbam.....	Nunca é verdad e sobre mim	Rarament e é verdade sobre mim	Às vezes é verdad e sobre mim	Frequentement e é verdade sobre mim
	0	1	2	3
	0	1	2	3

Agora tente esses itens você mesmo. Não se esqueça também de responder as questões no verso deste questionário:

		Nunca é verdade sobre mim	Rarame n te é verdade sobre mim	Às vezes é verdade sobre mim	Freqüentement e é verdade sobre mim
1.	Eu me sinto tenso ou nervoso	0	1	2	3
2.	Eu costumo pedir permissão para fazer as coisas	0	1	2	3
3.	Eu me preocupo que as outras pessoas dêem risada de mim	0	1	2	3
4.	Eu fico com medo quando os meus pais saem	0	1	2	3
5.	Sinto falta de ar	0	1	2	3
6.	Eu fico atento se há algum perigo	0	1	2	3
7.	A idéia de ficar longe de casa me assusta	0	1	2	3
8.	Eu fico tremendo ou inquieto	0	1	2	3
9.	Eu me esforço para obedecer meus pais e professores	0	1	2	3
10.	Eu tenho medo que os outros meninos (ou meninas) gozem de mim	0	1	2	3
11.	Eu tento ficar perto da minha mãe ou meu pai	0	1	2	3
12.	Eu tenho tontura ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13.	Eu verifico as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14.	Eu me preocupo em ser chamado	0	1	2	3

	na classe				
--	-----------	--	--	--	--

Por favor, vire a folha; as questões continuam na próxima página...

15.	Eu me sinto desassossegado (sobressaltado)	0	1	2	3
16.	Eu tenho medo que os outros achem que eu sou bobo	0	1	2	3
17.	Eu deixo as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18.	Eu sinto dores no peito	0	1	2	3
19.	Eu evito sair sem minha família	0	1	2	3
20.	Eu me sinto estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21.	Eu tento fazer coisas que vão agradar aos outros	0	1	2	3
22.	Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim	0	1	2	3
23.	Eu evito assistir filmes ou programas de TV que assustam	0	1	2	3
24.	Meu coração dispara ou “falha”	0	1	2	3
25.	Eu evito as coisas que me aborrecem	0	1	2	3
26.	Eu durmo junto de alguém da minha família	0	1	2	3
27.	Eu me sinto inquieto e nervoso	0	1	2	3
28.	Eu tento fazer tudo exatamente do jeito certo	0	1	2	3
29.	Eu me preocupo em fazer alguma coisa boba ou que me deixe sem graça	0	1	2	3
30.	Eu fico com medo quando ando de carro ou de ônibus	0	1	2	3
31.	Eu sinto mal estar no estômago	0	1	2	3
32.	Se eu fico aborrecido ou com medo, eu conto logo para alguém	0	1	2	3
33.	Eu fico nervoso se eu tenho que fazer alguma coisa em público	0	1	2	3

Por favor, vire a folha; as questões continuam na próxima página...

34.	Tenho medo de tempo ruim, escuridão, altura, animais ou insetos	0	1	2	3
35.	Minhas mãos tremem	0	1	2	3
36.	Eu preciso ter certeza que as coisas estão Seguras	0	1	2	3
37.	Eu tenho dificuldade em chamar outros meninos (ou meninas) para brincar comigo	0	1	2	3
38.	Minhas mãos ficam suadas ou frias	0	1	2	3
39.	Eu sinto vergonha	0	1	2	3

ANEXO C- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)

		0	1	2	3
I.	0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.				
II.	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.				
III.	0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.				
IV.	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.				
V.	0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.				
VI.	0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.				
VII.	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.				
VIII.	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.				
IX.	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar. 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.				
X.	0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.				
XI.	0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava irritar-me.				

		0	1	2	3
XII.	0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.				
XIII.	0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.				
XIV.	0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.				
XV.	0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.				
XVI.	0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.				
XVII.	0 Não fico mais cansado que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.				
XVIII.	0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.				
XIX.	0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5kg. 2 Perdi mais de 5,0kg. 3 Perdi mais de 7,5kg. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: () SIM () NÃO				
XX.	0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.				
XXI.	0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.				

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES APÓS O PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL DEVIDO À PANDEMIA DA COVID-19 **Pesquisador:** HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 64939822.9.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.017.979

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo “Informações Básicas da Pesquisa” (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024772.pdf) e do “Projeto Detalhado / Brochura Investigador” (PROJETO_PESQUISA.pdf), postados em 28/03/2023.

Introdução:

A pandemia de COVID-19 deverá repercutir no futuro sobre inúmeros aspectos da vida das pessoas em todo mundo, não somente com relação à saúde, hábitos e costumes, como em relação a aspectos sociais, econômicos e emocionais. Focando nos efeitos psicopatológicos, a quarentena provocou impactos negativos que perdurarão por muito tempo, como confusão, raiva, ansiedade, medo e Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), apresentando-se como um problema de saúde pública. (BROOKS SK et al. 2020; MATA et al. 2021) De acordo com Ladeia et al. (2020), acredita-se que não só a classe dos profissionais de saúde seja afetada pelo impacto psicológico. Espera-se, também, que a população geral seja afetada em maior ou menor grau, como foi observado em outras pandemias vividas pela humanidade. Restrições à liberdade e ao contato com familiares e amigos, incertezas sobre a doença, crise econômica e estigma a determinados grupos são alguns dos fatores que levam as pessoas a apresentarem mais sintomas ansiosos e depressivos que podem perdurar mesmo após o

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU



fim da pandemia. (BROOKS SK et al., 2020; LANDEIA et al. 2020) Além disso, tais medidas de isolamento, principalmente o distanciamento social e o fechamento de escolas, afetam diretamente crianças e adolescentes que vivenciam momento de isolamento físico de seus colegas, professores, família extensa e redes comunitárias, estando seus

contatos sociais usuais restringidos, potencializando assim a solidão. Sendo assim, a solidão é uma significativa consequência não intencional das medidas de contenção prolongadas, o que torna as crianças vulneráveis e gera risco de resultar em uma resposta afetiva de depressão. (ROSA e PINTO, 2020) No distanciamento escolar as crianças reduzem a prática de atividade física, aumentam o seu tempo em frente à tela de computadores ou telefones celulares, passam a ter seus horários de sono irregulares e passam a adotar uma dieta menos saudável, o que pode afetar seu desenvolvimento (GIARETA et al., 2019; ROSA e PINTO, 2020). Dentre as reações emocionais e alterações comportamentais frequentemente apresentadas pelas crianças durante a pandemia, destacam-se: dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação. (FIOCRUZ, 2020) É possível afirmar que todas as crianças estão

suscetíveis às repercussões psicossociais da pandemia. Contudo, a desigualdade social também determina diferentes níveis e condições de vulnerabilidade sobre a experiência da infância, de modo que os profissionais da saúde devem estar atentos às demandas de atenção e cuidado que se produzem nessa situação. (FIOCRUZ, 2020) De modo geral, nota-se que diversos sintomas psicológicos podem ser desencadeados como consequência da pandemia, afetando negativamente o comportamento das crianças. Contudo, nota-se que ainda há poucas pesquisas no que se refere aos impactos da pandemia na saúde mental infantil, seja no âmbito mundial como no contexto brasileiro (RODRIGUES E LINS, 2020). Através da avaliação deste panorama, torna-se importante o desenvolvimento desta pesquisa, com o propósito de investigar sobre os impactos na saúde mental de crianças e adolescentes no cenário de retorno às atividades presenciais na pandemia da Covid-19.

Metodologia Proposta:

Campo do estudo

A pesquisa será realizada em escolas de ensino fundamental e/ou ensino médio da rede pública (municipal e estadual) no município de Barreiras (Bahia). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma área territorial de 8.051,274 km² e uma população estimada, em 2021, de 158.432 pessoas. Possui o Índice de Desenvolvimento Humano

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



(IDH) de 0,721, ocupando a posição 1266º de 5565, no ranking das cidades brasileiras, realizado pela “United Nations Development Programme”(UNDP) com dados de 2010. Segundo a UNDP, o IDH varia de 0 até 1, e nesta lista é dividido em cinco categorias: IDH muito alto (0,800 – 1,000), IDH alto (0,700 – 0,799), IDH médio (0,600 0,699), IDH baixo (0,500 – 0,599) e IDH muito baixo (0,000 – 0,499). Assim, Barreiras (Bahia), possui um IDH considerado alto, estando no grupo de 1904

cidades brasileiras com IDH alto ou muito alto. (IBGE, 2022; UNDP, 2022). Segundo dados do IBGE, 2020, a taxa de escolarização de Barreiras, considerando a faixa etária de 6 a 14 anos, é de 97,5%. A cidade possui 72 escolas públicas vinculadas à educação infantil, ao ensino fundamental I e II e à educação de jovens e adultos, e 09 escolas públicas (com exceção do Instituto Federal da Bahia - IFBA, campus Barreiras) voltadas para o nível médio. Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação, em 2022, são 24847 estudantes matriculados na educação infantil, ensino fundamental I e II ou educação de jovens e adultos da rede pública e 7056 matriculados no ensino médio da rede pública (com exceção do IFBA).

Amostra

O presente estudo contará com a participação de crianças e adolescentes (de oito a 17 anos) estudantes matriculados no ensino público no início do primeiro semestre letivo de 2023 e será executada no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024. Serão incluídos aqueles que preencherem os critérios de inclusão e cujos responsáveis aceitarem participar da pesquisa.

Desenho do estudo

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe será dado início a aplicação dos questionários: o “Children Depression Inventory” – CDI, o “Multidimensional Anxiety Scale for Children” – MASC e o questionário sociodemográfico.

A coleta de dados será realizada com crianças e adolescentes com idades entre oito e 17 anos, estudantes de escolas públicas.

A pesquisa acontecerá em três etapas: inicial, seis e 12 meses após o início e haverá aplicação dos questionários nas três fases.

Variáveis do estudo

Idade

Gênero

Ano escolar

Rede escolar que está matriculado (pública ou particular, se particular, com ou sem bolsa de estudos)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Página 03 de

Características sociodemográficas

História pessoal de transtorno mental

Técnica de coleta de dados

A aplicação dos instrumentos de pesquisa será realizada pelo pesquisador e colaboradores treinados e ocorrerá no próprio ambiente escolar.

Tempo de Coleta

O início da coleta será em janeiro de 2023 e o término da coleta, em dezembro de 2024.

Critério de Inclusão:

Ser alfabetizado;

Ter idade entre oito e 17 anos;

Estar matriculado em alguma escola do ensino fundamental e/ou ensino médio das redes pública ou particular no município de Barreiras (Bahia); Critério de Exclusão:

Presença de enfermidade que comprometa a realização do teste

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes após o período de isolamento social devido a pandemia de COVID-19.

Objetivo Secundário:

Avaliar a presença e intensidade de sintomas de depressão em crianças e adolescentes após o retorno ao convívio escolar presencial;

Avaliar a presença e intensidade de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes após o retorno ao convívio escolar presencial;

Relacionar os achados com condições socioeconômicas, escolaridade dos pais e da criança/adolescente e experiência pessoal e familiar com casos de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A resposta às perguntas dos questionários pode gerar desconforto ou constrangimento aos participantes.

Mas os pesquisadores atuarão de forma positiva para que esses riscos sejam reduzidos ao mínimo, pelo cuidado na aplicação e estando disponíveis para responder qualquer

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Página 04 de

dúvida que os participantes possam ter.

Benefícios:

- Avaliar o impacto do isolamento social devido a Pandemia Covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes;
- Avaliar a saúde mental das crianças e adolescentes em períodos distintos de retorno às atividades escolares presenciais;
- Proporcionar material de estudo para o desenvolvimento de medidas de redução de danos em situações de isolamento social imposto à crianças e adolescentes;
- Fornecer dados para produção de medidas que auxiliem crianças e adolescentes contemporâneas à Pandemia Covid-19 e que tiveram a sua saúde mental afetada.
- Promover saúde nas escolas, através de debates de temas relevantes para a prevenção em saúde mental

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe será dado início a aplicação dos

questionários: o “Children Depression Inventory” – CDI, o “Multidimensional Anxiety Scale for Children” – MASC e o questionário sociodemográfico.

A coleta de dados será realizada com crianças e adolescentes com idades entre oito e 17 anos, estudantes de escolas públicas.

A pesquisa acontecerá em três etapas: inicial, seis e 12 meses após o início e haverá aplicação dos questionários nas três fases.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 6.017.979

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024772.pdf	28/03/2023 22:06:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	28/03/2023 22:03:37	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	28/03/2023 21:59:27	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAL_E.pdf	28/03/2023 21:41:58	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL_E.pdf	28/03/2023 21:41:28	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Cronograma	cronogra_ma.pdf	28/03/2023 21:40:47	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Orçamento	orcamen_to.pdf	28/03/2023 21:40:05	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Declaração de concordância	termoconcordancia.pdf	08/02/2023 22:45:58	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declara_caopesquisador.pdf	06/11/2022 17:25:19	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisadores.pdf	06/11/2022 17:10:19	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra.pdf	06/11/2022 12:07:45	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	06/11/2022 12:06:23	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	BRNB422006BFE98_000005.pdf	06/11/2022 11:58:11	HUGO NILO ALECRIM PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

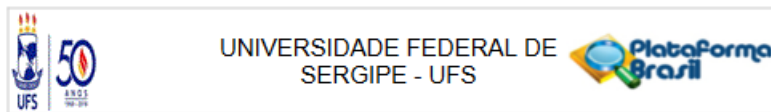
UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cnp@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 6.017.979

ARACAJU, 24 de Abril de 2023

Assinado por:
ANA BEATRIZ GARCIA COSTA RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **CEP:** 49.060-110
E-mail: cep@academico.ufs.br