



**Juliana Maria Santos Rodrigues**

**Sintomas de Ansiedade e Depressão em  
Adolescentes no contexto da  
Pandemia do COVID-19**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do  
Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Helenice Charchat Fichman

Rio de Janeiro,  
Março de 2022



**Juliana Maria Santos Rodrigues**

**Sintomas de Ansiedade e Depressão em  
Adolescentes no contexto da  
Pandemia do COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia  
Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão  
Examinadora abaixo.

**Profa. Helenice Charchat Fichman**

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Breno Sanvicente Vieira**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Renata Barboza Vianna Medeiros**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Nara Côrtes Andrade**

UFJF

Rio de Janeiro, 31 de março de 2022.

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial do trabalho, é proibida sem a autorização da universidade, da autora e da orientadora.

### **Juliana Maria Santos Rodrigues**

Graduou-se em Psicologia na UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 2006. Pós-graduada (Especialização) em Neuropsicologia pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e em Terapia Cognitivo-Comportamental na Infância e Adolescência pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Atendimento Individual e Familiar (InTCC) em conjunto com a Faculdade Mario Quintana (FAMAQUI). Atua em psicoterapia clínica com crianças, adolescentes e adultos na abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

#### Ficha Catalográfica

Rodrigues, Juliana Maria Santos

Sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes no contexto da Pandemia do COVID-19 / Juliana Maria Santos Rodrigues ; orientadora: Helenice Charchat Fichman. – 2022.

130 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2022.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Adolescente. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. COVID-19. 6. Pandemia. I. Fichman, Helenice Charchat. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

## Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Helenice Charchat Fichman, pelos ensinamentos, pela orientação e pela parceria para a realização deste trabalho, mesmo em um contexto tão atípico e imprevisto.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Aos meus colegas da PUC-Rio, em especial, Manuela da Costa Gonçalves de Almeida, por compartilhar essa jornada, pela colaboração e pela contribuição.

À Larissa Marques Hartle, por me ensinar a ver a beleza na estatística, pelas explicações e pelas provocações.

À minha professora, supervisora e amiga Renata Barboza Vianna Medeiros, pela generosidade e pelo incentivo.

Aos professores que participaram da Comissão Examinadora.

A todos os professores e os funcionários do Departamento pelos ensinamentos e pelas orientações.

Aos meus pais, pela educação e carinho de todas as horas, e à minha irmã, pelo apoio e ajuda. Obrigada por terem feito sua parte e se cuidado nesses tempos incertos.

Ao meu companheiro, Luis Flavio Souza Biolchini, por toda a paciência e estímulo. Espero reproduzir o mesmo no meu mestrado recém-iniciado.

Aos meus amigos e familiares, agradeço por todo apoio e compreensão.

Às ONG's que colaboraram com esta pesquisa, aos participantes e seus responsáveis que viabilizaram este trabalho.

À FIOCRUZ, pela defesa da ciência e pela disponibilização de dados de extrema relevância de saúde pública.

Aos cientistas e pesquisadores, por não desistirem e nos oferecerem esperança.

A todos os profissionais de saúde, que se expuseram para salvar vidas, e ao SUS, por promover acesso à saúde para a população brasileira.

## Resumo

Rodrigues, Juliana Maria Santos; Fichman, Helenice Charchat. **Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes no contexto da Pandemia do COVID-19**. Rio de Janeiro, 2022. 130p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A pandemia do COVID-19 e suas medidas de contenção trouxeram diversos impactos para a saúde física e mental da população mundial. A adolescência é uma etapa do desenvolvimento de vulnerabilidade psicológica e tende a ser altamente impactada por um fator estressante dessa magnitude. Assim, nessa dissertação, pesquisou-se sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes durante a crise sanitária, por meio de dois artigos distintos. O primeiro trata-se de uma revisão sistemática de pesquisas de coorte produzidas entre 2020 e 2021 que avaliaram sintomas de depressão e/ou ansiedade em adolescentes, bem como fatores de risco e proteção associados. O segundo artigo é uma pesquisa de coorte realizada com adolescentes entre doze e dezessete anos, moradores do município do Rio de Janeiro, ao longo de um ano, no qual se estudou as características sociodemográficas, experiências vividas e sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados indicam prevalências elevadas de ansiedade e depressão em adolescentes cariocas e na maioria dos países analisados. Os fatores sociodemográficos de risco e proteção foram semelhantes no Brasil e no mundo. Como diferencial, na segunda pesquisa, pôde-se avaliar não apenas variáveis pessoais do adolescente, como também dados epidemiológicos da própria pandemia no município do Rio de Janeiro, que também se mostraram variáveis preditoras sobre desfechos de saúde mental. Estes dados podem ser utilizados para auxiliar a compreensão dos impactos do contexto pandêmico, bem como orientar medidas de prevenção e intervenção no público estudado. Por fim, propõe-se desdobramentos em pesquisas adicionais para compreensão precisa do atual panorama.

## Palavras-chave

Adolescente; Depressão; Ansiedade; COVID-19; Pandemia.

## Abstract

Rodrigues, Juliana Maria Santos; Fichman, Helenice Charchat (*Advisor*).  
**Symptoms of Anxiety and Depression in Adolescents in the context of the COVID-19 Pandemic.** Rio de Janeiro, 2022. 130p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The COVID-19 pandemic and its containment measures have brought several impacts to the physical and mental health of the world's population. Adolescence is a development's stage of psychological vulnerability and tends to be highly impacted by a stressor of this magnitude. Thus, in this dissertation, symptoms of anxiety and depression in adolescents during the health crisis were researched through two separate articles. The first one is a systematic review of cohort studies produced between 2020 and 2021 that evaluated depression and/or anxiety's symptoms in adolescents, as well as associated risk and protective factors. The second article is a cohort research carried out with adolescents between twelve and seventeen years old, residents of the Rio de Janeiro city, over an year, in which sociodemographic characteristics, lived experiences and symptoms of anxiety and depression were studied. The results indicate high prevalence of anxiety and depression in adolescents from Rio de Janeiro and in most of the countries analyzed. Sociodemographic risk and protection factors were similar in Brazil and worldwide. As a differential, in the second research, it was possible to evaluate not only the adolescents' personal variables, but also Rio de Janeiro's epidemiological data from the pandemic itself, which also proved to be predictive variables on mental health outcomes. These data can be used to help understand the impacts of the pandemic context, as well as guide prevention and intervention measures in the population studied. Finally, developments in additional research are proposed for a precise understanding of the current scenario.

## Key-words

Adolescent; Depression; Anxiety; COVID-19; Pandemic.

# Sumário

1. Apresentação .....	17
2. Introdução .....	19
3. Avaliação do Impacto da Covid-19 na Ansiedade e na Depressão de Adolescentes: Uma Revisão Sistemática .....	30
3.1 Resumo e Palavras-Chave.....	30
3.2. Introdução .....	30
3.3. Metodologia .....	32
3.4. Resultados .....	33
3.4.1. Prevalência de Sintomas .....	36
3.4.2. Aspectos Temporais .....	37
3.4.3. Aspectos Regionais .....	38
3.4.4. Fatores de Risco .....	39
3.4.5. Fatores de Proteção .....	40
3.5. Discussão .....	40
3.6. Conclusão .....	43
4. Experiências e Sintomas de Depressão e de Ansiedade em Adolescentes Cariocas na Pandemia de COVID-19 .....	45
4.1. Resumo e Palavras-Chave .....	45
4.2. Introdução .....	46
4.3. Metodologia .....	48
4.3.1. Procedimentos .....	48
4.3.2. Instrumentos .....	49
4.3.3. Participantes .....	51
4.3.4. Análise dos Dados .....	53
4.4. Resultados .....	53
4.5. Discussão .....	62
4.6. Conclusão .....	67
5. Conclusão e Trabalhos Futuros .....	69

6. Referências Bibliográficas .....	81
7. Anexos .....	96
7.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	96
7.2. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) .....	99
7.3. Questionário de Dados Sociodemográficos .....	101
7.4. Questionário Critério Brasil 2019 (CCEB) .....	109
7.5. Escala de Depressão <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) .....	112
7.6. Escala de Ansiedade <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i> (SCARED) .....	120
7.7. Tela final do Formulário .....	130



## Lista de Figuras

Figura 2.1 – Casos Graves e Óbitos por COVID-19 de março de 2020 a janeiro de 2022 (Instituto Pereira Passos, 2022)	20
Figura 2.2 - Taxa de Letalidade da COVID-19 no município do Rio de Janeiro (FIOCRUZ, 2022)	22
Figura 2.3 – Casos registrados de COVID-19 por bairro no município do Rio de Janeiro (Instituto Pereira Passos, 2022).	23
Figura 2.4 – Óbitos decorrentes de COVID-19 por bairro no município do Rio de Janeiro (Instituto Pereira Passos, 2022).	23
Figura 3.1 – Fluxograma PRISMA	34
Figura 4.1 – Mês de Participação e Presença de Sintomas nos Participantes	54
Figura 5.1 – Letalidade por COVID-19 no Brasil e Reino Unido, entre 30 set 2020 e 28 fev 2021 (OWID, 2022).	72
Figura 5.2 – Média móvel de casos e óbitos por COVID-19 em 9 países entre 28 jan. 2020 e 30 set. 2021 (OWID, 2022).	73

## Lista de Tabelas

Tabela 3.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos	33
Tabela 3.2 – Características dos Artigos da Revisão Sistemática sobre Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes	35
Tabela 3.3 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes	36
Tabela 3.4 – Prevalência e Média de Sintomas agrupados por País e Continente	38
Tabela 3.5 – Fatores de Risco para o aumento de sintomas de Ansiedade e Depressão	39
Tabela 3.6 – Fatores de Proteção para a redução de sintomas de Ansiedade e Depressão	40
Tabela 4.1 – Origem e Triagem dos Formulários Respondidos	52
Tabela 4.2 – Características (Perfil) da Amostra (N=419)	52
Tabela 4.3 – Sintomas de Ansiedade e de Depressão avaliados pelas escalas SCARED e CDI	53
Tabela 4.4 – Ano de Participação e prevalência de Sintomas dos Participantes	54
Tabela 4.5 – Prevalência de Sintomas conforme sexo dos participantes	54

Tabela 4.6 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo Tipo de Escola e Segmento Escolar	55
Tabela 4.7 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo informações sobre o trabalho dos Responsáveis/Pais	55
Tabela 4.8 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo exposição ao COVID-19 e dados de saúde física do participante	56
Tabela 4.9 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão conforme autodeclaração de informações de saúde mental dos adolescentes durante a pandemia	56
Tabela 4.10 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão conforme situações de vulnerabilidade durante a pandemia	57
Tabela 4.11 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão de acordo com a rotina de atividades realizadas durante a pandemia	58
Tabela 4.12 – Autodeclaração sobre níveis de Otimismo e Preocupação com a Pandemia do COVID-19	59
Tabela 4.13 – Autodeclaração sobre níveis de Conhecimento e de Adesão aos meios de prevenção frente ao COVID-19	59
Tabela 4.14 – Correlação entre as variáveis do estudo e pontuação nas escalas de Depressão e Ansiedade	60
Tabela 4.15 – Modelo de Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> para as variáveis dependentes Depressão e Ansiedade	61
Tabela 5.1 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Global 2014 (PNUD, 2022) e dados epidemiológicos de COVID-19 em 2020 e 2021 (OWID, 2022) de 9 países	71

Tabela 5.2 – Comparação estudos Estados Unidos (Hawes *et al.*, 2021) e 77  
Brasil

## Lista de Abreviaturas

Abr. – Abril

Ans. – Ansiedade

Ago. – Agosto

BR – Brasil

Cat. – Categoria

CBCL – *Child Behavior Checklist (6-18)*

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CDI – *Children's Depression Inventory*

CES-D – *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

Classe Socio-econ. – Classe Socioeconômica

CMD – *Common Mental Disorders*

CONCRIAD – Congresso Brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e da Adolescência

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRP – Conselho Regional de Psicologia

Dep. – Depressão

DF – Distrito Federal

DP – Desvio Padrão

DPA – Departamento de Psicologia Aplicada

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSRS-C – *Birleson Depression Self-Rating Scale for Children*

Dez. – Dezembro

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

E.F. – Ensino Fundamental

E.M. – Ensino Médio

EUA – Estados Unidos da América

EWEC – EVERY WOMAN EVERY CHILD

FAMAQUI – Faculdade Mario Quintana

Fev. - Fevereiro

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAD-7 – *General Anxiety Disorder Scale*

GBD – *Global Burden of Disease*

GHQ-20 – *General Health Questionnaire*

HSCL-10 – *The Hopkins Symptom Checklist*

IAS – *Illness Attitude Scales*

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IHME – *Institute of Health Metrics and Evaluation*

INTCC – Instituto de Ensino, Pesquisa e Atendimento Individual e Familiar

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Jan. – Janeiro

Jul. – Julho

Jun. - Junho

Mar. – Março

Mai. – Maio

MHT – *Mental Health Test*

N – Número

NOS – *Newcastle-Ottawa Scale adapted for cross-sectional studies*

Nov. – Novembro

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONG – Organização Não-Governamental

Out. – Outubro

OWID – *Our World in Data*

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire*

PROSPERO – *International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews*

PubMed – Serviço de Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para acesso gratuito

ao Medline

PUC – Pontifícia Universidade Católica

Qtdd. – Quantidade

Ref. Pop. – Referência da População

RCADS-30 – *Revised Children's Anxiety and Depression Scale*

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SAS – *Self-rating Anxiety Scale*

SCARED – *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*

Set. – Setembro

SPA – Serviço de Psicologia Aplicada

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

STAI – *The State-Trait Anxiety Inventory*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TREC – Terapia Racional-Emotiva Comportamental no Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UK – *United Kingdom*

v. – Versão

YSR – *The Youth Self-Report*

WHO – *World Health Organization*

*Em tempos de quarentena  
Nas sacadas, nos sobrados  
Nós estamos amontoados e sós  
O que temos são janelas*

Adriana Calcanhotto, *O Que Temos*



## **Apresentação**

Desde 2006, sou psicóloga formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estagiei em pesquisa na área Social e em Clínica na equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) do Departamento de Psicologia Aplicada (DPA). Em paralelo, participei do curso de formação em TCC no Centro de Psicologia Aplicada e Formação (CPAF-RJ) e do curso de Licenciatura na Faculdade de Educação da UFRJ.

Em 2007, obtive meu registro profissional junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP) e atuo como psicóloga clínica na linha de TCC no meu consultório particular desde então. Em 2010, iniciei o curso de especialização em Neuropsicologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com estágio prático em avaliação neuropsicológica. Após o curso, permaneci mais um ano na instituição, dentro do Serviço de Psiquiatria Infantil, realizando avaliações neuropsicológicas de crianças e adultos de forma voluntária. Em 2013, migrei para a equipe de atendimento psicológico infantil no mesmo serviço, onde atuei por mais 6 anos.

Neste mesmo período, iniciei estudos voltados para o atendimento psicoterápico de crianças, adolescentes e famílias, por meio do Curso de Extensão em Terapia Cognitivo-Comportamental com Crianças e Adolescente da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Também participei dos cursos de Extensão em Violência Doméstica na Infância e Adolescência e de Neurociência Cognitiva e Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

Ao longo de 2016 e 2017, participei da implantação do Programa Compasso nas escolas municipais de Ensino Fundamental do Rio de Janeiro. Os resultados iniciais desse programa de educação socioemocional foram apresentados em uma mesa no Congresso CONCRIAD de 2016. Em seguida, em 2019, finalizei minha segunda especialização: o curso em Terapia Cognitiva na Infância e Adolescência do INTCC/FAMAQUI.

Em 2019, fui aprovada no processo seletivo para o mestrado em Psicologia Clínica na PUC-Rio e iniciei a primeira aula do curso em março de 2020. O meu projeto seria um estudo de coorte com estudantes de uma escola municipal na zona sul do Rio de Janeiro e teria a sua

coleta de dados no final daquele mês. O planejamento envolvia tempo suficiente para executar todo o cronograma com tranquilidade. Mas 2020 guardava outros planos para todos nós.

A disseminação do COVID-19 levou ao isolamento, ao medo e à incerteza. A quarentena para evitar a propagação do vírus seria inicialmente por uma quinzena, para “achatar a curva” de contaminação, no que se previa que seriam os piores dias da pandemia. Foram muitas prorrogações e alertas que o pior ainda estava por vir. Rapidamente, os professores conseguiram retomar as aulas à distância e o trabalho na clínica se adaptou ao modelo *online*. Nestes primeiros meses, participei da idealização e da implantação do Projeto Apoio Psicológico Coronavírus com a TREC-RJ, oferecendo atendimento gratuito para crianças, adolescentes e adultos de todo o Brasil.

A mudança no contexto obrigou à mudança do projeto de pesquisa, que ocorreu entre junho e julho de 2020, quando a esperança de um fim próximo das medidas de isolamento não se sustentava mais. A completa imersão e vivência da pandemia, a produção e a divulgação científica nesse momento foram fundamentais para a escrita dessa dissertação. A rápida aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética viabilizou a coleta de dados ainda em setembro de 2020. Acredito que a experiência acumulada em atendimento clínico de crianças e adultos em TCC, além da participação no programa de desenvolvimento de competências socioemocionais Compasso serviram de experiência pessoal para contribuir para o trabalho ora apresentado.

Esses 2 anos de mestrado foram uma verdadeira imersão na pandemia do COVID-19, pelas leituras, pelos debates e pelas vivências. Felizmente, encerro esse ciclo com a esperança da vacina, com as pessoas próximas bem de saúde e satisfeita com o projeto que pude realizar nesse tempo. Nessa jornada, foram muitas as comemorações não celebradas, saudades e sofrimento. Ao mesmo tempo, novos aprendizados, formas de adaptação e conexão foram desenvolvidas. Não saio igual a como comecei essa caminhada: aprendi muito, não só academicamente. Hoje carrego um maior orgulho da importância da minha profissão para a humanidade, a verdadeira gratidão à ciência e a certeza de que todos têm o seu melhor para doar.

## Introdução

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada da ocorrência de casos de pneumonia com etiologia desconhecida detectados no distrito de Wuhan, na China. Os sinais e os sintomas clínicos eram principalmente cansaço, dor de cabeça, febre, tosse e coriza, ou seja, manifestações comuns em doenças respiratórias. Em alguns pacientes com evolução grave do quadro, foram reportadas dificuldade respiratória e lesões invasivas nos pulmões. A avaliação inicial da OMS (WHO, 2020a), de 05 janeiro de 2020, apontava ainda informações limitadas para determinar o risco do cenário naquele momento.

Ao mesmo tempo que o Sars-CoV-2 estava sendo mapeado pelas autoridades, ele foi se disseminando por regiões da China, além de outros países asiáticos: Tailândia, Coreia e Japão. Em razão da rápida expansão do vírus, foi decretada a emergência internacional de saúde pública (WHO, 2020b). Em 21 de janeiro de 2020, a OMS iniciou um acompanhamento próprio do Coronavírus (2019-nCoV) por meio de relatórios periódicos (WHO, 2020c). Dois dias depois, foi identificado o primeiro caso fora da Ásia, nos Estados Unidos (WHO, 2020d). Em 28 de fevereiro de 2020, com casos reportados em diversos países e continentes, já com transmissão local na Ásia, na Europa e nos Estados Unidos, o nível de alerta global frente ao Sars-CoV-2 foi classificado como muito alto (WHO, 2020e).

No Brasil, o primeiro registro da doença ocorreu em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020 (FIOCRUZ, 2020a). Em 05 de março de 2021, houve a primeira confirmação de caso no Estado do Rio de Janeiro e, no dia seguinte, no município do Rio de Janeiro (Cavalcante & Abreu, 2020). O perfil inicial dos infectados era tipicamente composto de viajantes oriundos da Europa e de pessoas com contato próximo deles, nas duas principais metrópoles nacionais: São Paulo e Rio de Janeiro, onde ficam localizados os principais aeroportos do Brasil (FIOCRUZ, 2020b).

O Governo Federal publicou a Lei nº 13.979, em 06 de fevereiro de 2020, estabelecendo as medidas de isolamento social como solução para conter e retardar a propagação do vírus (Brasil, 2020a). O Governo do Estado do Rio de Janeiro, no dia 13 de março de 2020, determinou a suspensão das aulas em instituições de ensino públicas e privadas, de eventos e

atividades coletivas, de visitas em hospitais e presídios, entre outras definições, inicialmente por um período de 15 dias. Nesse momento, o Estado já contava com 16 casos devidamente registrados (FIOCRUZ, 2020a) e o Instituto Pereira Passos (2020) iniciava um monitoramento no município. Na semana seguinte, a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro (2020a) declarou situação de emergência na cidade. No dia 28 de abril de 2020, atingiu-se o primeiro pico de 3.602 casos confirmados na cidade e, no dia 01º de maio de 2020, o primeiro recorde local de óbitos em um dia: 287 pessoas.

Ao longo dos anos de 2020 a 2022, segundo dados do Instituto Pereira Passos (2020), o município do Rio de Janeiro foi marcado por cinco ondas de aumento de casos e óbitos decorrentes de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conforme Figura 2.1 abaixo. A onda inicial, entre março e junho de 2020, esteve associada ao cenário mundial de deflagração da pandemia. Apesar das medidas de isolamento social e de proteção individual, como higienização das mãos e uso de máscaras, ainda assim a disseminação do vírus levou à alta ocupação de leitos hospitalares, mesmo com a ampliação da rede de atendimento de saúde no Município e no Estado (FIOCRUZ, 2020c).

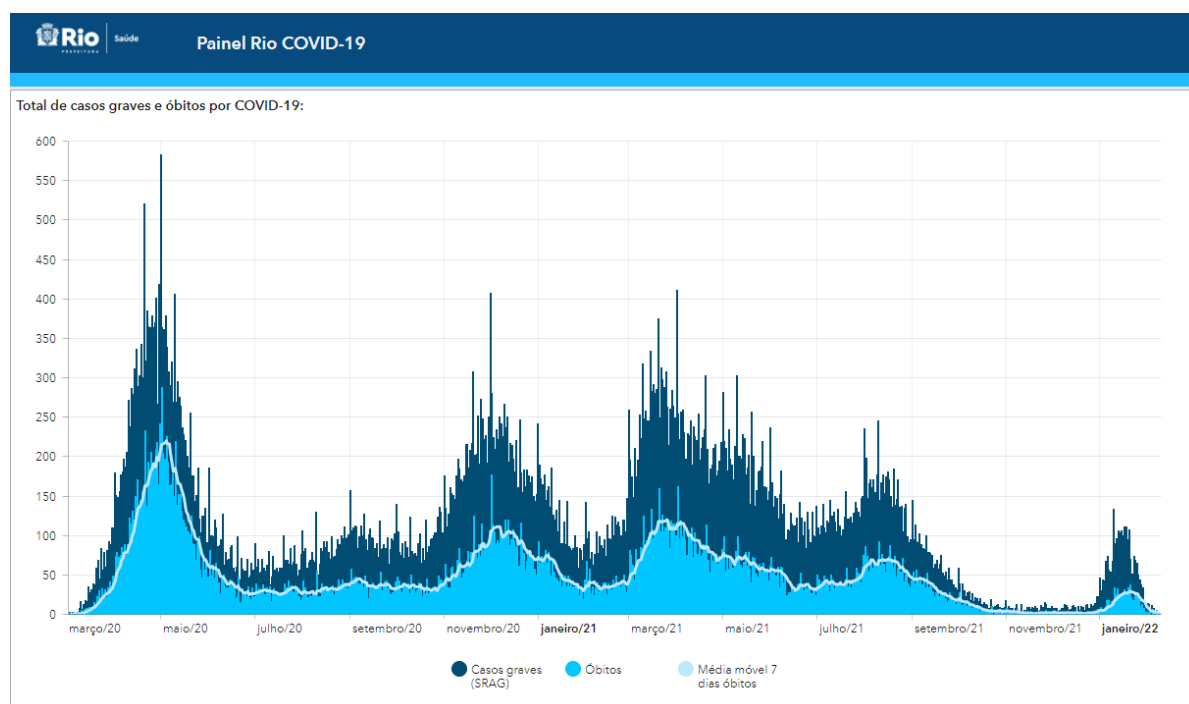


Figura 2.1 – Casos Graves e Óbitos por COVID-19 de março de 2020 a janeiro de 2022 (Instituto Pereira Passos, 2020).

Em junho de 2020, alcançou-se a redução na incidência de casos e óbitos, mesmo com os dados epidemiológicos indicando um excesso de mortes, em comparação com a média dos anos

anteriores (FIOCRUZ, 2020d). Esse cenário decorria de um quadro de desassistência de saúde, pois além dos COVID-19, houve o agravamento de quadros de saúde de etiologias diversas, por falta de atenção médica. Nesse contexto, foram iniciadas as fases sucessivas de relaxamento das medidas de contingência no Município do Rio de Janeiro, por meio de decretos da Prefeitura (2020b), seguindo a política adotada por outros estados e municípios.

A segunda onda de aumento de casos na cidade do Rio de Janeiro, entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, ocorreu após a expansão e a interiorização do Sars-CoV-2, com a sincronização das curvas epidêmicas pelo Brasil, considerando a maior mobilidade da população e da circulação do vírus em nível nacional (FIOCRUZ, 2021b). O contexto de relaxamento de medidas de contenção levou a reabertura de escolas, lojas e restaurantes, associada a eventos como eleição, férias e festas de final de ano. Já nessa época, era sinalizado pela FIOCRUZ o represamento de notificações de casos e de óbitos por coronavírus em nível nacional, o que poderia indicar uma possível distorção dos dados apresentados.

Em dezembro de 2020, a FIOCRUZ (2020e) previu, nos meses seguintes, um colapso do sistema de saúde nacional. Apesar do início do Programa Nacional de Imunização contra a COVID-19 em janeiro de 2021, concomitantemente, foi mapeada a mutação *Gama* do vírus na região Norte do Brasil, que acarretou a pior crise no sistema de saúde brasileiro. A terceira onda no município do Rio de Janeiro ocorreu na sequência, entre março e junho de 2021, marcada por este avanço nacional do COVID-19, pela falta de leitos hospitalares e pelo aumento de óbitos.

A última onda de 2021 foi identificada entre julho e setembro, acompanhando a ampliação das medidas de relaxamento, mas com menor incidência de óbitos, provavelmente associada ao avanço da vacinação. Recentemente, em janeiro de 2022, foi verificada uma nova onda de contaminação, dessa vez provocada pela variante *Ômicron*, que levou a uma alta de casos, mas com uma taxa de letalidade abaixo das anteriores, o que se pode observar na Figura 2.2 (FIOCRUZ, 2020a).

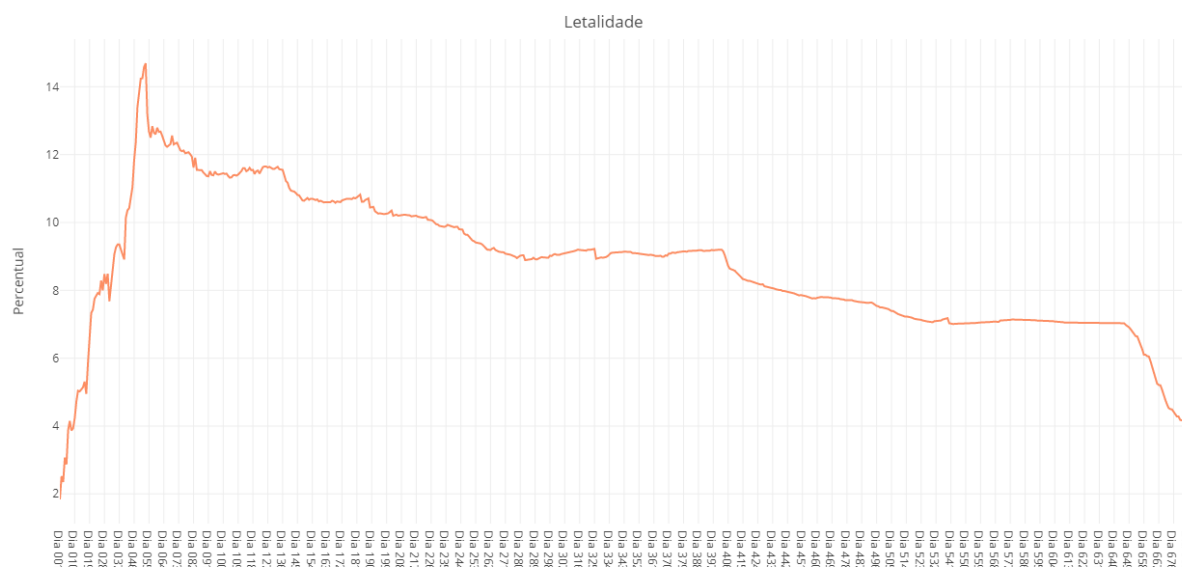


Figura 2.2 - Taxa de Letalidade da COVID-19 no município do Rio de Janeiro (FIOCRUZ, 2022).

Em 14 de fevereiro de 2022, quase 2 anos após o registro do primeiro caso em território nacional, o Brasil acumulou mais de 27 milhões de casos de COVID-19 e mais de 600 mil óbitos (FIOCRUZ, 2020a). O Estado do Rio de Janeiro foi responsável por quase 2 milhões desses casos (7,0% dos dados nacionais) e mais de 70 mil óbitos (11,1% dos dados nacionais), sendo 50,4% deles foram registrados na sua capital, a cidade do Rio de Janeiro (883.239 casos e 35.731 óbitos).

O município do Rio de Janeiro é composto de quatro regiões, com características próprias: Centro (tipicamente comercial, com baixa densidade demográfica), Zona Sul (região turística e abastada, composta pelos bairros de maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), Zona Norte (região de alta densidade demográfica) e Zona Oeste, onde resta a área territorial mais extensa (SEBRAE, 2015). Considerando que o COVID-19 iniciou sua circulação na cidade entre as pessoas mais abastadas, em março de 2020, os bairros da Zona Sul apresentavam maior risco de infecção, enquanto a Zona Norte, se destacou pelo alto risco de morte (Cavalcante & Abreu, 2020). Contudo, em poucas semanas, todos os bairros encontravam-se classificados em nível crítico (Instituto Pereira Passos, 2020). Do ranking dos 10 bairros mais impactados do município, a Zona Oeste do Rio de Janeiro reúne a maioria dos bairros com mais registros de casos e de óbitos por COVID-19 (figuras 2.3 e 2.4).

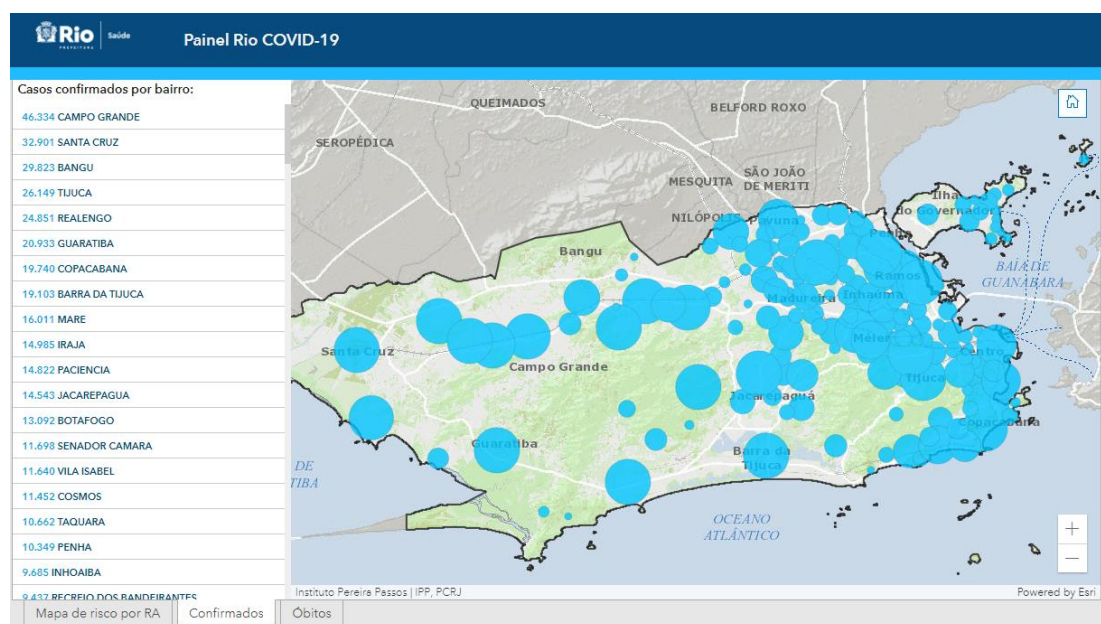


Figura 2.3 – Casos registrados de COVID-19 por bairro no município do Rio de Janeiro (Instituto Pereira Passos, 2020).

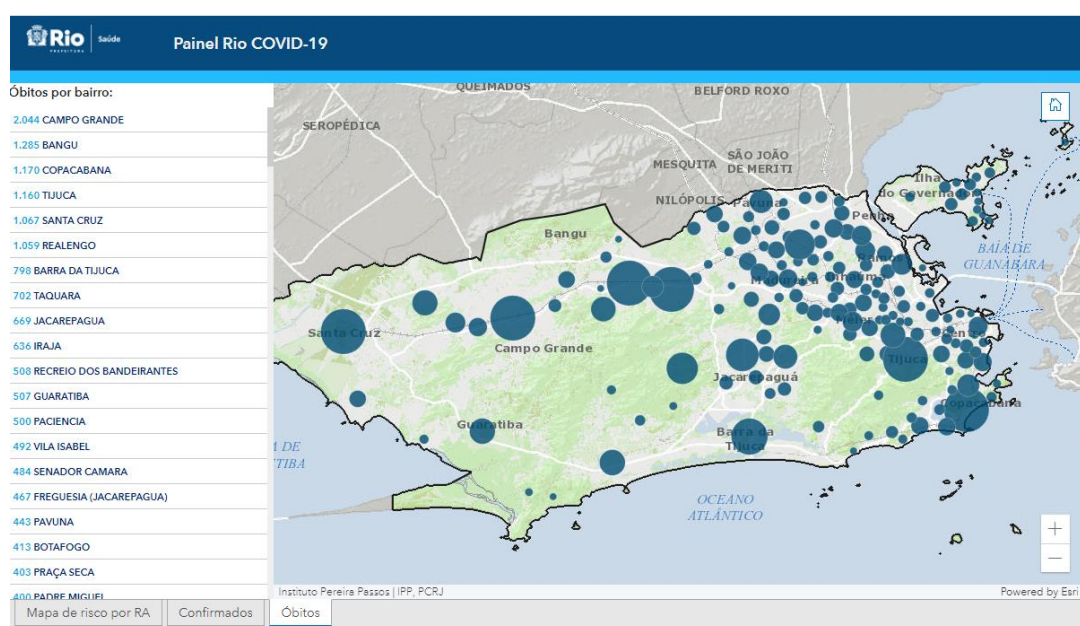


Figura 2.4 – Óbitos decorrentes de COVID-19 por bairro no município do Rio de Janeiro (Instituto Pereira Passos, 2020).

Além dos problemas de saúde causados diretamente pelo vírus e suas sequelas, a pandemia afetou também outros quadros nosológicos ao dificultar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde pública e suplementar (FIOCRUZ, 2020d). Este cenário proporciona um alto risco para a sindemia de doenças crônicas, ocasionada pela escassez de políticas públicas para a prevenção de doenças não-infecciosas (IHME, 2020b). Aos problemas físicos se somaram

questões de saúde mental, como elevação das taxas de estresse e ansiedade, depressão, abuso de substâncias (álcool, remédio e drogas ilícitas), comportamento suicida e automutilação (Czeisler *et al.*, 2020; Mari & Oquendo, 2020; Ögütlü, 2020; Ornell *et al.*, 2020), assim como foi verificado em crises sanitárias anteriores, tais quais o H1N1 (Liao *et al.*, 2014) e o Ebola (Van Bortel *et al.*, 2016).

As mudanças significativas na vida diária (teletrabalho e educação à distância), o medo e a preocupação referentes à infecção, o isolamento social, a perda de meios de subsistência e os problemas econômicos se somaram no contexto da COVID-19. Diversos estudos identificaram aumento nos níveis de depressão e ansiedade na população mundial (Czeisler *et al.*, 2020; Lei *et al.*, 2020; Luijten *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; Xie *et al.*, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Porter *et al.*, 2021; Racine *et al.*, 2021; Varma *et al.*, 2021).

O Transtorno Depressivo Maior é um quadro caracterizado por alterações cognitivas (pensamentos de morte, sentimentos de inutilidade e de culpa, redução da concentração e da memória), afetivas (humor deprimido e perda de interesse) e neurovegetativas (alteração de sono, fome, motricidade e fadiga) ao longo de semanas e meses (APA, 2014). A depressão é um transtorno multifatorial, derivado da combinação de fatores genéticos e ambientais (como, por exemplo, experiências adversas na infância e eventos estressores precipitantes), com início comumente associado à puberdade.

Em 1990, a depressão era a 19<sup>a</sup> causa de doença na população global, mas subiu para a 13<sup>a</sup> posição em 2019 (IHME, 2020a). Sua prevalência mundial na população geral era estimada entre 5,0 e 31,0% antes da pandemia (WHO, 2008; APA, 2014; Levis *et al.*, 2019), enquanto no Brasil era presumida entre 7,6 e 23,9% (Molina *et al.*, 2012; Viana & Andrade, 2012; Stopa *et al.*, 2013; Brasil, 2020c). No contexto do Sars-CoV-2, a estimativa mundial passou a valores entre 14,6% e 45,0% em adultos (Czeisler *et al.*, 2020; Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; Deng *et al.*, 2021; Varma *et al.*, 2021) e de 9,0% a 32,0% em crianças (Racine *et al.*, 2021; Xie *et al.*, 2020; Porter *et al.*, 2021).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-5) reúne em um capítulo específico os Transtornos de Ansiedade, que possuem em comum o medo excessivo, ansiedade persistente, comportamento de esquiva e ideação cognitiva associada (APA, 2014). Nele, encontram-se descritos os diagnósticos de Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno do Pânico, Agorafobia e Transtorno de Ansiedade Generalizada, entre outros. Estes quadros costumam se desenvolver na infância e tendem a persistir até a vida



adulta, se não tratados. Diferem-se entre si quanto à situação ou ao objeto ativadores, sendo comum a comorbidade entre eles, bem como a sua comorbidade com a depressão.

Na população global, os Transtornos de Ansiedade passaram da 34ª posição em 1990 para a 24ª posição em 2019 na lista das principais causas de problemas de saúde (IHME, 2020a). A prevalência estimada no mundo de ansiedade generalizada, por exemplo, girava entre de 2,9% e 15% previamente à pandemia (WHO, 2008; APA, 2014). No Brasil, estimava-se a ocorrência de 28,1% quadros clínicos de ansiedade em geral (Viana & Andrade, 2012). Já no contexto do COVID-19, a estimativa mundial passou a cerca de 8,3% a 59,0% (Czeisler *et al.*, 2020; Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; Deng *et al.*, 2021; Varma *et al.*, 2021) e de 9,0% a 41,0% em crianças (Porter *et al.*, 2021; Racine *et al.*, 2021).

As estimativas de ansiedade e depressão em brasileiros adultos no contexto da pandemia foi de 29,7% a 81,9% e de 27,0% a 68,0%, respectivamente (Depolli *et al.*, 2021; Goularte *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021). Fatores psicossociais e comportamentais afetaram esses índices, sendo o perfil dos adultos mais impactados aqueles mais jovens, do sexo feminino, com problemas psicológicos prévios, de menor nível educacional, pertencentes ao grupo de risco para a COVID-19, com rotinas pouco saudáveis e percepção negativa sobre o momento (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020).

A OMS (WHO, 2008) estimava que 60% das pessoas teriam alguma perturbação mental diagnosticável no mundo, mesmo antes do COVID-19. A população mais jovem era indicada como mais vulnerável, considerando que os transtornos psiquiátricos representam 14% da carga global de doenças entre pessoas de 10 a 19 anos (WHO, 2021b). O desenvolvimento humano é permeado por múltiplas transformações nos níveis físico, neuroquímico, cognitivo, emocional e comportamental. O processamento cognitivo é influenciado pela genética e a biologia, que se combinam com as influências ambientais e com a aprendizagem. Assim, a interação entre emoção, cultura e nível socioeconômico pode favorecer a ocorrência de patologias e de disfunções (Bee, 1977; Papalia & Olds, 1981; Miranda & Maszat, 2004; Assumpção Jr., 2008; Miranda *et al.*, 2010; Macedo *et al.*, 2017).

A Organização das Nações Unidas (ONU) define a adolescência como o período entre 10 e 19 anos de idade, enquanto, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) demarca esta fase entre os 12 e 18 anos (Brasil, 1990). Em relatório emitido pela UNICEF (2011), estimava-se o número de 1,2 bilhões de adolescentes em todo o mundo (18% da população mundial) e, no Brasil, o número de adolescentes era de 33.724 milhões (17% da população

brasileira). Este período da vida é marcado por mudanças psicossociais, aumento no convívio com pares, desenvolvimento de habilidades e competências, construção da própria identidade e de valores de vida, além de decisões sobre a trajetória profissional, considerando que as exigências do ambiente se modificam ao longo do ciclo vital (Macedo *et al.*, 2017).

Este grupo etário demanda especial atenção no contexto da pandemia do Sars-CoV-2s, pois ainda estão em desenvolvimento e com alto nível de abertura de quadros de saúde mental (WHO, 2020i). Globalmente, estima-se que, na idade entre 10 e 24 anos, a depressão foi a 4ª principal doença e os transtornos de ansiedade foram a 6ª principal causa de incapacidade em 2019 (IHME, 2020a). O impacto desses transtornos tem se agravado nas últimas décadas, considerando que esse mesmo estudo estimava, em 1990, esses quadros na 8ª e 12ª posição, respectivamente.

A apresentação desses quadros diagnósticos possui características próprias na adolescência: queixas somáticas, retraimento social, desesperança, irritabilidade, baixa autoestima, imagem corporal empobrecida, flutuações de peso, alta inibição, comportamento inadequado, apoio social inadequado e conflitos familiares. A irritabilidade é um dos sintomas mais típicos nessa faixa etária, mais do que a tristeza comumente observada nos adultos (APA, 2014). Geralmente, quando deprimidos, os jovens possuem visões negativas de si, dos outros, do ambiente e do futuro, o que faz com que possuam maior risco de suicídio, abuso de substâncias e dificuldades acadêmicas, como faltas e evasão escolar.

O panorama epidemiológico indica maior incidência de depressão entre adolescentes no perfil: sexo feminino, faixa etária entre 12 e 15 anos, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (Friedberg, 2004; Wainer & Piccoloto, 2011). A prevalência de sintomas de depressão em adolescentes pré-pandêmica é estimada em torno de 39,7%, com a presença de quadros clínicos entre 2,6% e 10,5% (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015), o que influencia diretamente o desenvolvimento e a qualidade de vida de adolescentes (Coelho *et al.*, 2013).

Crianças crescem física, neurológica, comportamental e emocionalmente e adquirem maior complexidade das funções mentais (Miranda & Muszkat, 2004). Ao longo da vida, as preocupações são comuns e parecem fazer parte do desenvolvimento infantil normal, como forma de adaptação frente a estressores (Petersen *et al.*, 2011). Temores passam a ser problemáticos quando se tornam persistentes, graves ou incapacitantes, e passam a interferir ou

limitar a vida. As principais diferenças entre a ansiedade clínica e a normal, portanto, são a intensidade dos sintomas e o impacto no funcionamento diário.

Fatores ambientais (como família, escola, pares) e individuais (como o condicionamento e a aprendizagem observacional) desempenham um papel significativo na etiologia e na manutenção dos quadros de ansiedade. Os sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais variam de acordo com a etapa do desenvolvimento e as experiências vividas. Conforme a capacidade cognitiva se expande, as inquietações e a hipersensibilidade ao estresse passam de situações concretas para abstratas. Os medos mais frequentes na adolescência referem-se à aceitação em relações de amizades, rejeição pelo sexo oposto, construção de independência e de planos de vida (Stallard, 2010; Petersen *et al.*, 2011).

As pessoas ansiosas têm mais probabilidade de prestar atenção seletivamente a sinais de ameaça e de perceber situações ambíguas como ameaçadoras (Stallard, 2010). O diálogo interno normalmente é marcado por previsões de falhas e perigo, pessimismo e maximização da magnitude dos eventos problemáticos. Além de superestimar os riscos, o indivíduo ansioso subestima sua capacidade de enfrentamento (Petersen *et al.*, 2011). Essa autopercepção distorcida é impactada por fatores como status socioeconômico, acesso à tecnologia, oportunidades de educação e trabalho (Macedo *et al.*, 2017).

Antes da pandemia, estimava-se a prevalência de ansiedade na população adolescente de 37,8%, com cerca de 5,8% a 6,5% de quadros em nível clínico (Stallard, 2010; Petersen *et al.*, 2011; Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015). O público mais afetado pelo quadro eram, principalmente, meninas, com histórico de apego inseguro, temperamento inibido, com pais ansiosos e com estilos parentais negligentes, permissivos ou superprotetores, com a tendência de manutenção de quadro ansioso na vida adulta.

Em revisões sistemáticas envolvendo público infanto-juvenil no contexto da COVID-19, foi encontrado o aumento nos sintomas de depressão e ansiedade (Araujo *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; Racine *et al.*, 2021). A ansiedade própria da pandemia associada às medidas de isolamento para sua contenção tem o potencial de ameaçar significativamente a saúde mental de adolescentes. Outra ameaça é o aumento do risco de transtornos mentais dos pais, violência doméstica e maus tratos, especialmente para crianças e adolescentes com necessidades especiais, experiências anteriores de traumas, problemas de saúde mental já existentes e baixo nível socioeconômico. Mesmo em uma pandemia global, pessoas de um mesmo grupo etário com diferentes níveis econômicos possuem vivências próprias e, assim, a apresentação de

sintomas de ansiedade e depressão pode ser mais expressiva em classes socialmente vulneráveis, atingindo desproporcionalmente aqueles já desfavorecidos e marginalizados (Fegert *et al.*, 2020).

Jovens com mais recursos econômicos tendem a ter mais oportunidades de utilizar ferramentas tecnológicas, de acesso à informação e à educação. Por outro lado, os adolescentes de baixo nível socioeconômico costumam assumir precocemente papéis tidos como de adultos, como casamento, concepção de filhos, cuidado para outras pessoas e trabalho remunerado (Petersen *et al.*, 2010; Stallard, 2010; Wainer & Piccoloto, 2011). A exposição excessiva às informações sobre a pandemia, a diminuição da atividade física, alteração da dieta e do padrão do sono, o consumo de álcool e de tabaco são alguns dos comportamentos que parecem estar relacionados ao aumento da vulnerabilidade emocional dos jovens (Miliauskas & Faus, 2020).

Em adolescentes brasileiros, sintomas de tristeza, irritabilidade, problemas de sono e solidão estavam relacionados com o encerramento de escolas, ingestão irregular de frutas e hortaliças, pouca atividade física, tempo excessivo de tela e o consumo de álcool (Szwarcwald *et al.*, 2021). A saúde mental é considerada a condição mais essencial para uma boa qualidade de vida, felicidade e autoconfiança, proporcionando a capacidade de lidar com as adversidades até a vida adulta (Coelho *et al.*, 2013; Macedo *et al.*, 2017; Salum *et al.*, 2017).

A pandemia é um estressor externo de grande magnitude com o potencial de impacto em toda uma geração. As recomendações para prevenir problemas de saúde mental de curto, médio e longo prazo, nesse período, envolveram o estabelecimento de rotinas, atividades físicas, consumo moderado de notícias e de substâncias, adesão a atividades de relaxamento e de organização, envolvimento dos pais na promoção de tempo de qualidade em família, manutenção dos laços sociais e, em caso de sofrimento agravado, tratamento psicoterápico e psiquiátrico (Fegert *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2020c).

Assim, a dissertação se propõe a realizar uma pesquisa sobre sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes durante o contexto da pandemia do COVID-19. Para tanto, essa tese é composta de dois artigos distintos. O primeiro trata-se de uma revisão sistemática de pesquisas de coorte produzidas entre 2020 e 2021 que avaliaram sintomas de depressão e/ou ansiedade em adolescentes em todo o mundo, bem como fatores de risco e proteção associados. Este artigo foi elaborado no segundo semestre de 2021, quando pôde ser constatada uma maior disponibilidade de artigos sobre essa faixa etária.

O segundo artigo é uma pesquisa de coorte realizada com adolescentes, moradores do município do Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021, no qual se estudou as características sociodemográficas, experiências vividas e sintomas de ansiedade e depressão. Além da coleta de dados da amostra, também se utilizou de informações epidemiológicas sobre a pandemia disponibilizadas pela FIOCRUZ (2020a). A escolha de uma amostra de adolescentes de uma única cidade brasileira permite uma investigação mais detalhada das variáveis que interferem nos sintomas psicológicos, que podem depois ser extrapoladas para análise de outros grupos. Nesse artigo, buscou-se também debater os dados encontrados com os achados em nível nacional e global.

## **Avaliação do Impacto da COVID-19 na Ansiedade e na Depressão de Adolescentes: Uma Revisão Sistemática**

### **3.1.**

#### **Resumo e Palavras-Chave**

A pandemia do COVID-19 e suas políticas de contenção afetaram pessoas globalmente. O objetivo desta revisão sistemática foi reunir pesquisas que avaliaram ansiedade e depressão em adolescentes neste contexto. Em 6 bases de dados, foram identificados 18 estudos e seus resultados foram sintetizados descritivamente. Foi encontrada uma prevalência média de 35,5% de ansiedade, 44,2% de depressão e 25,3% de ambos, sendo que as pesquisas que coletaram dados no segundo semestre de 2020 e em países asiáticos tiveram os valores mais elevados. O perfil mais impactado foi: sexo feminino, entre 15 e 18 anos, nas séries escolares finais. Os principais fatores associados com o aumento dos índices foram: preocupação, queixas com estudo ou saúde, problemas de sono e uso frequente de eletrônicos/internet. Por outro lado, exercício físico, participação dos pais, aspectos de personalidade, enfrentamento ativo e regulação emocional mostraram-se fatores de proteção. Este mapeamento pode orientar medidas de prevenção e intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Depressão; Ansiedade; COVID-19; Pandemia.

### **3.2.**

#### **Introdução**

A pandemia provocada pelo Coronavírus (Sars-CoV-2) teve início em dezembro de 2019 e se propagou para todo o mundo, tornando-se uma emergência internacional de saúde pública e afetando vidas profundamente (WHO, 2020a). O isolamento, as restrições de contato e a desaceleração econômica que se seguiram impuseram uma mudança completa no ambiente psicossocial dos países afetados (Fegert *et al.*, 2020; Xie *et al.*, 2020).

A disseminação do COVID-19 e suas medidas de contenção são fatores ambientais adversos que predisõem indivíduos a transtornos, como já avaliado em crises sanitárias anteriores na ocasião do H1N1 (Liao *et al.*, 2014) e do Ebola (Van Bortel *et al.*, 2016). Neste

contexto, estudos estão sendo conduzidos para a avaliação da saúde mental da população geral (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020; Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Porter *et al.*, 2021). Uma menor quantidade está sendo direcionada para o público infanto-juvenil (Fegert *et al.*, 2020; Luijten *et al.*, 2020; Xie *et al.*, 2020; Szwarcwald *et al.*, 2021) e retratam um aumento nos sintomas de estresse, depressão e ansiedade (Araujo *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; Racine *et al.*, 2021).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), a adolescência é compreendida entre 12 e 18 anos e este período da vida é marcado por mudanças psicossociais, como o aumento no convívio social, desenvolvimento de habilidades complexas e construção de identidade (Macedo *et al.*, 2017). Uma pandemia é um estressor externo de grande magnitude com o potencial de impacto na qualidade de vida de toda uma geração. Assim, propõe-se a investigação dos seus efeitos nas prevalências de depressão e de ansiedade para esta faixa etária.

A depressão é um transtorno derivado da combinação de fatores genéticos e ambientais com prevalência em cerca de 39,7% da população adolescente mundial, sendo 2,6% a 10,5% da população adolescente classificada em nível clínico (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015). Na adolescência, a depressão costuma ser marcada por queixas somáticas, baixa autoestima, desesperança, inibição, irritabilidade e conflitos. Geralmente, a tríade cognitiva negativa na visão de si, dos demais e do futuro leva a um maior risco de suicídio, abuso de substâncias, dificuldades acadêmicas e evasão escolar (Friedberg, 2004).

Além da depressão, a ansiedade é um quadro marcado pelo aumento na intensidade de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais. A presença de sintomas depressivos é estimada em 37,8% da população adolescente, enquanto a estimativa de depressão clínica é de cerca de 5,8% a 6,5% (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015). As influências genéticas são elementos de vulnerabilidade biológica que, combinados a fatores ambientais e individuais, desempenham um papel significativo no início de quadros clínicos (Stallard, 2010). Os medos mais frequentes na adolescência referem-se a dificuldades nas relações de amizade, rejeição pelo sexo oposto, desafios na construção de independência e de planos de vida (Petersen *et al.*, 2011).

O desenvolvimento humano é permeado por múltiplas transformações nos níveis físico, neuroquímico, cognitivo, emocional e comportamental (Bee, 1977; Papalia & Olds, 1981; Miranda e Maszat, 2004; Assumpção Jr., 2008; Miranda *et al.*, 2010; Macedo *et al.*, 2017). A

saúde mental é uma condição essencial para qualidade de vida, felicidade e autoconfiança, proporcionando a capacidade de lidar com as adversidades até a vida adulta (Coelho *et al.*, 2013; Salum *et al.*, 2017).

Assim, partiu-se da hipótese que a pandemia do Sars-CoV-2 e seus efeitos tenham gerado um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão internacionalmente em adolescentes. Entretanto, entendeu-se que a prevalência destes sintomas poderia sofrer variações de acordo com o país de residência e o período da coleta de dados. Ademais, os fatores sociodemográficos e os comportamentos adotados pelos jovens poderiam servir como fatores de proteção, reduzindo a presença destes sintomas, ou como fatores de risco, levando à sua intensificação. Assim, o objetivo deste artigo foi mapear as prevalências de ansiedade e de depressão em adolescentes pelo mundo, detalhando os resultados por período de coleta de dados e por país de origem do estudo, além de reunir achados sobre os fatores associados à variação de sintomas no atual contexto pandêmico.

### 3.3.

#### Metodologia

A presente revisão sistemática seguiu as diretrizes PRISMA e seu protocolo foi registrado no PROSPERO CRD42021273567. Com o objetivo de reunir estudos mundiais que avaliaram ansiedade e/ou depressão em adolescentes durante a pandemia de COVID-19, no dia 26/08/2021, foi feita a consulta em 6 bases científicas: *Cochrane library*, *Google Scholar*, *MedRxiv*, *Psycinfo*, *PubMed* e *Web of Science*. A equação de busca utilizada no campo de título dos artigos foi: ("coronavírus" or "sars-cov-2" or "covid-19") AND ("mental health" or "depression" or "anxiety") AND ("teenager" or "teenagers" or "adolescent" or "adolescents"). Além da pesquisa nas bases, foi inserido um artigo de conhecimento prévio das pesquisadoras. Contudo, não foi feita a busca de referências bibliográficas dos artigos selecionados, restringindo-se a seleção apenas aos passos supracitados.

Os artigos foram buscados apenas diretamente nas bases consultadas e, portanto, quando estavam indisponíveis nestas bases, foram eliminados na etapa de triagem. Foram selecionados artigos em língua inglesa, com pesquisas do tipo coorte transversal ou longitudinal, de qualquer país de origem. Somente foi admitido um artigo quantitativo experimental que oferecia os dados de ansiedade dos participantes antes da intervenção. De resto, todos os demais artigos experimentais foram eliminados na etapa de triagem. Os artigos qualitativos e de revisão



sistemática foram excluídos, assim como aqueles que não avaliavam a diretamente ansiedade e/ou depressão, mas sim outras variáveis como bem-estar e qualidade de vida.

Esta pesquisa teve como população-alvo adolescentes em geral e, portanto, foram excluídos estudos com subgrupos específicos de adolescentes, como atletas, portadores de doença crônica, entre outros critérios mencionados abaixo. O conceito de ansiedade e/ou depressão adotado seguiu os critérios estabelecidos em cada artigo: acima do ponto de corte estabelecido na literatura ou a partir de uma faixa de classificação da pontuação estabelecida. Quando a amostra pesquisada diferia do público-alvo desta pesquisa, foram admitidos apenas aqueles artigos que apresentavam os valores de prevalência de sintomas discriminados por faixa etária.

Os artigos classificados com escopo distinto foram aqueles que não avaliavam especificamente ansiedade nem depressão (e que avaliavam outros temas como ensino à distância, tempo de uso de eletrônicos ou mídia social) ou que avaliavam em contexto específico (como depressão pós-parto em adolescentes ou ansiedade em sobreviventes de COVID-19). Os critérios de inclusão e exclusão utilizados encontram-se descritos na Tabela 3.1. A qualidade dos estudos foi calculada com base na ferramenta *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses* (Wells, 2013) e consta na Tabela 3.2.

Tabela 3.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos	
Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos em inglês	Artigos de revisão ou qualitativos
Estudos quantitativos em humanos	Estudos quantitativos experimentais sem informação de ansiedade e/ou depressão pré-intervenção
Avaliação de ansiedade e/ou depressão	
Participantes com idade entre 11 e 18 anos	Resultado junto com participantes de outras faixas etárias
Coleta durante a pandemia de COVID-19	Subgrupos específicos de adolescentes

### 3.4.

### Resultados

A pesquisa nas bases de periódicos levou à identificação de 165 registros. Também foi inserido um artigo de conhecimento prévio das pesquisadoras. Dos 166 artigos iniciais, foram eliminados 37 estudos duplicados, o que levou a um total de 129 registros originais para a triagem. Destes, 52 foram excluídos após a revisão do título, 33 do resumo e 26 após a revisão do texto completo, restando 18 ensaios (Figura 3.1).

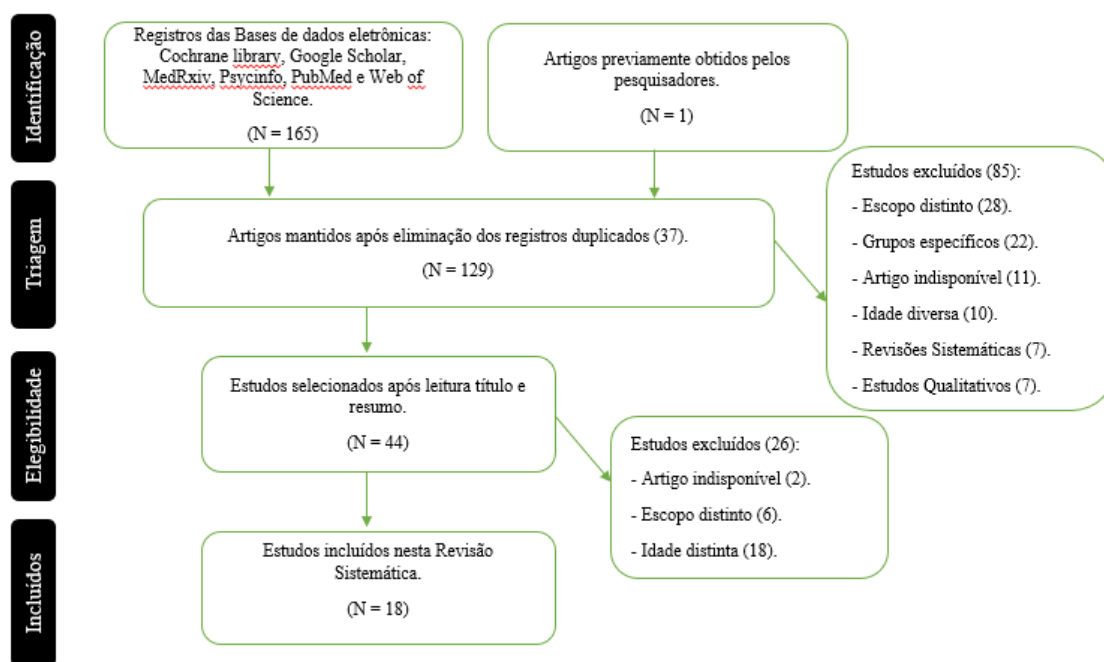


Figura 3.1 – Fluxograma PRISMA

A seleção original de artigos na etapa de elegibilidade continha representantes de variados países e continentes. Contudo, durante a análise do seu conteúdo, aqueles da África (África do Sul, Etiópia e Egito) e da América (Canadá, EUA e Peru) foram eliminados por apresentarem dados de crianças ou de adultos junto com os dos adolescentes (El Refay *et al.*, 2021; Hawes *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2021; Mayne *et al.*, 2021; Porter *et al.*, 2021). Ademais, a única pesquisa brasileira encontrada (Szwarcwald *et al.*, 2021) não avaliou diretamente sintomas de depressão ou ansiedade, mas apenas bem-estar emocional, o que fez com que não fosse admitida no escopo desta revisão sistemática.

Os 18 artigos selecionados encontram-se organizados na Tabela 3.2. Os estudos recrutaram os participantes a partir de parcerias com escolas, serviços de saúde, centros de pesquisas e/ou divulgação em redes sociais. Todos utilizaram de instrumentos de autorrelato para avaliar aspectos de ansiedade e/ou depressão, além de outros fatores pesquisados, sendo que 2 utilizaram também de entrevista estruturada (Muzi *et al.*, 2021; Sandín *et al.*, 2021). A maioria efetuou a coleta de dados online, tendo em vista o contexto de isolamento social próprio da pandemia. Apenas 2 estudos informaram a realização de coleta de dados presencial com os adolescentes.

<b>Tabela 3.2 – Características dos Artigos da Revisão Sistemática sobre Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes</b>								
#	Autores	País	N	Idade (anos)	Tipo Estudo	Período Coleta	Avaliação Sintomas*	Qualidade Estudo**
01	Zhou <i>et al.</i> , 2020 <sup>a</sup>	China	4.805	11-18	Transversal <i>online</i>	fev. 2020	D: CES-D	6/9
02	Cheng <i>et al.</i> , 2021	China	1.595	11-18	Transversal <i>online</i>	mar. 2020	D: CES-D	7/9
03	Zhou <i>et al.</i> , 2020 <sup>b</sup>	China	8.079	12-18	Transversal <i>online</i>	mar. 2020	A: GAD-7 D: PHQ-9	7/9
04	Qin <i>et al.</i> , 2021	China	254	13-16	Longitudinal <i>online</i>	abr. 2020	A: MHT	7/9
05	Chen <i>et al.</i> , 2020	China	383	13-15	Transversal <i>online</i>	abr. 2020	A: SCARED D: DSRSC	4/9
06	Muzi <i>et al.</i> , 2021	Itália	62	12-17	Longitudinal <i>online</i>	abr.-mai. 2020	AeD: CBCL (YSR)	6/9
07	Lu <i>et al.</i> , 2020	China	965	15-17	Transversal Presencial	mai. 2020	A: GAD-7 D: PHQ-9	8/9
08	Hafstad <i>et al.</i> , 2021	Noruega	3.572	12-16	Longitudinal <i>online</i>	mai.-jun. 2020	AeD: HSCL-10	6/9
09	Chen <i>et al.</i> , 2021 <sup>a</sup>	China	2.080	13-16	Transversal <i>online</i>	mai.-jun. 2020	A: SAS	7/9
10	Li <i>et al.</i> , 2021	Austrália	760	12-18	Transversal <i>online</i>	jun.-ago. 2020	A: IAS (BPS)	6/9
11	Zhen & Zhou, 2021	China	683	15-18	Transversal Presencial	jul. 2020	D: CES-D	7/9
12	Turk <i>et al.</i> , 2021	Turquia	3.058	11-18	Transversal <i>online</i>	jul. 2020	AeD: RCADS-30	6/9
13	Bhatta <i>et al.</i> , 2021	Nepal	358	14-17	Transversal <i>online</i>	ago. 2020	A: GAD-7	5/9
14	James <i>et al.</i> , 2021	Reino Unido	598	12-18	Transversal <i>online</i>	ago. 2020 - fev. 2021	A: GAD-7	5/9
15	Sandín <i>et al.</i> , 2021	Espanha	144	12-18	Transversal <i>online</i>	-	AeD: RCADS-30	7/9
16	Akgül & Ergin, 2020	Turquia	155	12-18	Transversal <i>online</i>	-	A: STAI	6/9
17	Liu & Wang, 2021	China	617	11-15	Transversal <i>online</i>	-	D: GHQ-20	6/9
18	Kilincer <i>et al.</i> , 2021	Turquia	745	12-18	Transversal <i>online</i>	-	A: STAI	6/9
*Legenda: Ansiedade = A; Depressão = D; Ansiedade e Depressão = AeD.								
**Newcastle-Ottawa Scale adapted for cross-sectional studies (WELLS <i>et al.</i> , 2013).								

Os tamanhos amostrais variaram de 62 a 8.079 adolescentes, totalizando 28.913 adolescentes avaliados. Destes, 7 estudos avaliaram apenas sintomas de ansiedade, 4 apenas sintomas de depressão e 7 avaliaram, ao mesmo tempo, os dois transtornos. Os artigos foram numerados na Tabela 3.2 (coluna “#”) e, no restante deste texto, serão referenciados por esta identificação.

As escalas utilizadas nestes artigos são de avaliação de sintomas de ansiedade e depressão, não de diagnóstico clínico. Do total de 18 artigos, 4 deles utilizaram o *General Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) para avaliação de ansiedade, 2 artigos escolheram o *The State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) e os demais utilizaram instrumentos variados que não se repetiram. As escalas mais utilizadas para depressão foram o *Center for Epidemiological*

*Studies Depression Scale* (CES-D) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), enquanto a mais popular para a avaliação de ansiedade e depressão foi a *Revised Children's Anxiety and Depression Scale* (RCADS-30).

Além disso, 13 dos 18 artigos analisados são originários da Ásia (China, Turquia e Nepal), 4 da Europa (Itália, Grã-Bretanha, Espanha e Noruega) e 1 da Oceania (Austrália). O país com mais artigos foi a China, local de início da propagação do Sars-CoV-2. Ademais, 10 dos 18 artigos iniciou sua coleta de dados no primeiro semestre de 2020, período de disseminação da pandemia mundialmente e, portanto, marcado por medidas de restrição mais intensas nos diversos países. Provavelmente, por conta das etapas necessárias na condução e publicação de estudos científicos, teve-se acesso a apenas 4 pesquisas cuja coleta de dados se iniciou no segundo semestre de 2020. De resto, 4 artigos não especificaram na sua metodologia as informações sobre período da coleta, mas pelo contexto, ocorreram entre 2020 e 2021.

### 3.4.1.

#### Prevalência de Sintomas

Dentre os 18 artigos analisados, 14 deles oferecem as prevalências de sintomas de ansiedade e/ou depressão no público pesquisado descritas em seu texto ou tabelas, conforme Tabela 3.3 abaixo. O critério da indicação de sintomas seguiu o estabelecido em cada artigo (detalhes na coluna “Critério adotado”). A quantidade de itens de avaliação de cada escala também variou (detalhes na coluna “Qtdd itens”). Estes aspectos podem trazer desvios nas comparações dos dados entre estudos.

Tabela 3.3 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes						
#	Escala	Qtdd. Itens	Critério adotado	Ans.*	Dep.**	Ans.* & Dep.**
11	CES-D – <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>	20	Ponto de corte literatura	-	68,1%	-
12	RCADS-30 – <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i>	30	Ponto de corte literatura	48,6%	47,1%	45,6%
13	GAD-7 – <i>General Anxiety Disorder Scale</i>	07	Sintomas leves a severos	46,1%	-	-
09	SAS – <i>Self-rating Anxiety Scale</i>	20	Sintomas leves a severos	43,8%	-	-
10	IAS – <i>Illness Attitude Scales</i> (BP – <i>Bodily Preoccupations subscale</i> )	03	Ponto de corte literatura	40,1%	-	-
07	GAD-7 – <i>General Anxiety Disorder Scale</i> PHQ-9 – <i>Patient Health Questionnaire</i>	07 09	Sintomas leves a severos	34,4%	45,7%	-
15	RCADS-30 – <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i>	30	Sintomas severos	-	-	34,0%
03	GAD-7 – <i>General Anxiety Disorder Scale</i> PHQ-9 – <i>Patient Health Questionnaire</i>	07 09	Sintomas leves a severos	37,4%	43,7%	31,3%
01	CES-D – <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>	20	Ponto de corte literatura	-	39,5%	-

04	MHT – <i>Mental Health Test</i>	100	Ponto de corte literatura	24,2%	-	-
05	DSRS-C – <i>Birleson Depression Self-Rating Scale for Children</i> SCARED – <i>The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i>	16 41	Ponto de corte literatura	23,5%	21,2%	-
14	GAD-7 – <i>General Anxiety Disorder Scale</i>	07	Sintomas severos	21,2%	-	-
06	CBCL – <i>Child Behavior Checklist</i> (YSR – <i>The Youth Self-Report</i> )	32	Ponto de corte literatura	-	-	9,4%
08	HSCL-10 – <i>The Hopkins Symptom Checklist</i>	10	Ponto de corte literatura	-	-	6,3%
*Ansiedade; **Depressão.						

Amplas faixas de prevalência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade foram encontradas nos artigos analisados. A frequência de casos de ansiedade variou entre 21,2% e 48,6% dos participantes, apresentando média de 35,5%. Dos artigos que avaliaram depressão, as prevalências variaram de 21,2% a 68,1% (média 44,2%). Dentre os estudos que avaliaram a comorbidade de ansiedade e depressão, encontrou-se a prevalência entre 6,3% e 45,6% (média 25,3%).

### 3.4.2.

#### Aspectos Temporais

Dos 14 artigos que apresentaram percentual de prevalência de sintomas, 9 iniciaram a coleta de dados no primeiro semestre de 2020 e apresentaram valores de ansiedade até 43,8%, de depressão até 45,7% e a combinação de ambos até 31,3%. Os 4 artigos que iniciaram a coleta no segundo semestre tiveram valores de ansiedade ligeiramente mais altos, chegando a 48,6%. Já os índices de depressão foram consideravelmente mais elevados neste grupo, chegando a 68,1% de depressão apenas e 47,12% de ansiedade combinada com depressão.

Foram incluídos nesta revisão três artigos que coletaram dados longitudinalmente e, portanto, puderam fazer comparações sobre a saúde mental prévia e durante a pandemia, no mesmo grupo de participantes ou entre grupos semelhantes. Qin e colaboradores (2021) encontraram um aumento significativo de ansiedade, que passou de 12,3% no censo escolar chinês de 2019 para 24,2% na avaliação realizada em abril de 2020. Já Hafstad e colaboradores (2021) encontraram um ligeiro aumento dos níveis de ansiedade e depressão, que passaram de 5,5% (em fevereiro de 2019) para 6,3% na segunda coleta, realizada em maio e junho de 2020, na Noruega. Os autores debateram se a mudança observada foi impulsionada pelo aumento da idade dos participantes ou se poderia ser atribuída à pandemia.

Curiosamente, Muzi *et al.* (2021) encontraram uma ansiedade menor na avaliação conduzida entre abril e maio de 2020, do que na coleta de dados realizada antes da pandemia (de 2019 até janeiro de 2020). No entanto, algumas ressalvas são necessárias na análise dos resultados, considerando a quantidade reduzida de participantes (62 adolescentes) e que os grupos comparados eram apenas similares, mas com participantes distintos. O grupo pandêmico mostrou maior presença de problemas tais quais: abuso de mídia social, compulsão alimentar, sintomas emocionais e comportamentais.

### 3.4.3.

#### Aspectos Regionais

Os dados de prevalência de sintomas foram reorganizados na Tabela 3.4, por país e continente de origem da pesquisa. Foram obtidas médias de prevalência de sintomas por continente, dividindo-se a soma dos valores de prevalência pela quantidade de artigos.

Tabela 3.4 – Prevalência e Média de Sintomas agrupados por País e Continente								
Região	#	País	% Ans.*	Média Ans.*	% Dep.**	Média Dep.**	% Ans.* & Dep.**	Média Ans.* & Dep.**
Ásia (09)	11	China	-	36,9%	68,1%	44,0%	-	39,2%
	09		43,8%		-		-	
	07		34,4%		45,7%		-	
	03		37,4%		43,7%		31,3%	
	01		-		39,5%		-	
	04		24,2%		-		-	
	05		23,5%		21,2%		-	
	12	Turquia	48,6%	21,2%	45,6%	-	47,1%	16,6%
	13	Nepal	46,1%		-		-	
Europa (04)	15	Espanha	-	21,2%	-		34,0%	
	14	Reino Unido	21,2%		-		-	
	06	Itália	-		-		9,4%	
	08	Noruega	-		-		6,3%	
Oceania (01)	10	Austrália	40,1%	40,1%	-	-	-	-

\*Ansiedade; \*\*Depressão.

A presença de sintomas das pesquisas realizadas na Ásia foi superior à dos artigos da Europa. A maior quantidade de pesquisas foi originária da China e a prevalência de sintomas variou de 23,5% a 43,8% de ansiedade e de 21,2% a 68,1% de depressão.

### 3.4.4.

#### Fatores de Risco

As análises sociodemográficas dos participantes indicaram o perfil de maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão: adolescentes do sexo feminino, entre 15 e 18 anos, estudantes dos últimos anos escolares. As relações entre ansiedade e depressão também foram associadas a outras variáveis, que foram reunidas na Tabela 3.5. Os elementos agrupados como fatores de vulnerabilidade familiar envolvem achados como: menor educação de pais, famílias monoparentais, baixo nível socioeconômico, etc. O enfrentamento evitativo ou compensatório envolveram o uso de álcool, a ruminação, a intolerância à incerteza e a catastrofização.

Tabela 3.5 – Fatores de Risco para o aumento de sintomas de Ansiedade e Depressão			
Fator de Risco	Sintoma*	N	# Artigos
Sexo (Feminino)	Ans.+Dep.	09	01, 03, 05, 06, 08, 12, 13, 14 e 16
Preocupação com COVID-19	Ans.+Dep.	09	01, 03, 07, 08, 10, 12, 14, 15 e 17
Idade (15 a 18 anos)	Ans.+Dep.	08	01, 03, 05, 06, 08, 09, 14 e 18
Queixas com estudo	Ans.+Dep.	07	01, 02, 04, 10, 11, 14 e 18
Queixas de saúde física ou mental	Ans.	07	02, 09, 10, 11, 15, 16 e 17
Séries escolares finais	Ans.+Dep.	05	01, 03, 09, 12 e 14
Problemas com Sono	Ans.+Dep.	05	01, 07, 09, 10 e 12
Aumento no uso da internet/eletrônicos	Ans.	05	05, 06, 10, 12 e 16
Risco de exposição ao COVID-19	Ans.	04	01, 04, 11 e 18
Família mais vulnerável	Ans.+Dep.	04	05, 08, 12 e 14
Evitação ou compensação	Ans.+Dep.	04	11, 12, 15 e 16
Problemas prévios de saúde física ou mental	Ans.+Dep.	03	08, 10 e 18
Saúde mental dos pais	Ans.+Dep.	02	08 e 16
Solidão	Ans.	02	10 e 18
Perda de bem-estar	Ans.	02	10 e 14

\*Legenda: Ansiedade = Ans.; Depressão = Dep.; Ansiedade e Depressão = Ans.+Dep.

Na reunião dos achados, foram incluídos na Tabela 3.5 aqueles fatores que foram mencionados em, pelo menos, dois artigos distintos. Algumas exceções pontuais foram encontradas isoladamente como, por exemplo, o aumento da ansiedade entre adolescentes do sexo masculino (Chen *et al.*, 2021) ou a indiferença deste fator na apresentação de sintomas (Qin *et al.*, 2021), que foram ignorados, pois iam contra a maioria dos achados.

Não foram incluídos aqueles fatores citados isoladamente em um único artigo, com resultados contraditórios entre estudos ou que não podiam ser reunidos em um mesmo conjunto com outros achados. Por exemplo, aspectos como registros de casos de COVID-19 (Chen *et al.*, 2020) ou se os adolescentes sabiam de casos em sua comunidade (Zhou *et al.*, 2020a), apego e compulsão alimentar (Muzi *et al.*, 2021), etnia e uso de máscara (James *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2021b), características do local de residência (Kilincel *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021), se os adolescentes ficavam sozinhos em casa (Chen *et al.*, 2020) ou uso de eletrônicos pelo pais (Akgül & Ergin, 2020).

### 3.4.5.

#### Fatores de Proteção

Em menor quantidade, os artigos avaliaram os fatores de proteção relacionados à menor presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão, que foram reunidos na Tabela 3.6.

Tabela 3.6 – Fatores de Proteção para a redução de sintomas de Ansiedade e Depressão			
Fator de Proteção	Sintoma*	N	Referências
Atividade Física	Ans+Dep	07	01, 04, 05, 07, 09, 10 e 12
Aspectos de personalidade	Ans+Dep	03	04, 15 e 17
Enfrentamento e regulação emocional	Ans+Dep	03	11, 12 e 15
Participação dos pais	Ans+Dep	02	02 e 12
*Legenda: Ansiedade = Ans.; Depressão = Dep.; Ansiedade e Depressão = Ans+Dep.			

A atividade física foi a principal estratégia de proteção de saúde mental, citada por 7 dos 18 artigos analisados. Em segundo lugar, ficaram os aspectos de personalidade, as estratégias de enfrentamento e regulação emocional. Adolescentes com níveis de depressão mais elevados tendiam à evitação e à intolerância à incerteza, enquanto o grupo saudável usava de enfrentamento ativo, aceitação, tolerância, reestruturação dos pensamentos e foco no positivo (Sandín *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021; Zhen & Zhou, 2021).

Aspectos de personalidade, como extroversão, foram relacionados com a variação na intensidade de sintomas de ansiedade e depressão (Qin *et al.*, 2021; Sandín *et al.*, 2021). Já as forças de caráter como coragem, humanidade e temperança foram correlacionadas negativamente com estresse e depressão (Liu & Wang, 2021). Assim como no caso dos fatores de risco, decidiu-se reunir nesta revisão sistemática os achados encontrados em mais de um estudo e, assim, não entraram na Tabela 3.6 a redução do uso da internet (Akgül & Ergin, 2020) e o uso de eletrônicos para a conexão com amigos e família (Li *et al.*, 2021).

### 3.5.

#### Discussão

Sintomas como depressão e ansiedade, têm alto impacto na qualidade de vida de adolescentes e merecem atenção clínica adequada (Coelho *et al.*, 2013; Salum *et al.*, 2017). Em uma revisão narrativa publicada no início da pandemia, Fegert e colaboradores (2020) previram que o coronavírus, suas medidas de contenção e consequências afetariam de forma significativa a saúde mental, embora, por outro lado, trariam também uma oportunidade de crescimento pessoal e coesão familiar.



Esta revisão sistemática descritiva iniciou sua análise com 166 ensaios e, após o cumprimento das etapas de triagem e elegibilidade, analisou 18 estudos, originários principalmente da Ásia, mas também da Europa e da Oceania, que avaliaram depressão e/ou ansiedade de forma quantitativa durante a pandemia do COVID-19. A maioria destes artigos coletou dados no 1º semestre de 2020 e via pesquisas de coorte transversais.

Nestes ensaios, foram encontradas prevalências médias expressivas de 35,5% de ansiedade e de 44,2% de depressão em adolescentes, além de 25,3% de comorbidade de ambos. Os valores variaram entre o mínimo de 21,2% e o máximo de 48,6% de ansiedade, entre 21,2% e 68,1% de depressão e entre 6,3% e 45,6% de depressão e ansiedade combinados. Estas frequências são superiores a achados de pesquisas anteriores à pandemia do Sars-CoV-2, que estimaram prevalências de 6,5% a 37,8% de sintomas de ansiedade e de 2,6% a 39,7% de sintomas de depressão na população adolescente mundial (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015). Estes dados corroboraram o entendimento de que a pandemia acarretou um aumento de ansiedade e de depressão em adolescentes, afetando a sua saúde mental e qualidade de vida (Jones *et al.*, 2021; Racine *et al.*, 2021).

Os estudos envolvendo adolescentes também apresentaram maior prevalência de sintomas em comparação com as pesquisas com adultos no contexto da pandemia, que alcançaram prevalências máximas de 41,0% de ansiedade e de 36,6% de depressão (Chen *et al.*, 2021b; Porter *et al.*, 2021). Pesquisas com crianças também sinalizaram níveis menores de depressão (11,8% a 22,6%) e ansiedade (6,3% a 28,8%), mas ainda assim superiores aos achados prévios ao COVID-19 (Chen *et al.*, 2020; Luijten *et al.*, 2020; Xie *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2021; Orgilés *et al.*, 2021).

Um ponto que demanda mais investigação científica é a variação de sintomas longitudinalmente. Os ensaios que iniciaram a coleta de dados no segundo semestre de 2020 indicaram valores maiores de ansiedade e, principalmente, depressão do que aqueles que o fizeram no primeiro semestre. Uma pergunta que permanece sem resposta é se esse padrão se mantém e suas possíveis causas, mas provavelmente estes dados somente poderão ser reunidos em pesquisas futuras, envolvendo maior quantidade de artigos contemporâneos publicados.

Nos três artigos longitudinais analisados nesta revisão sistemática (Hafstad *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021; Qin *et al.*, 2021), houve divergências entre os achados, tendo em vista que aquele originário da China encontrou um significativo aumento de sintomas de ansiedade em adolescentes, enquanto os demais estudos encontraram valores aproximados ou até ligeiramente

menores de ansiedade e/ou depressão. Como também foi encontrada uma diferença entre os índices de ansiedade e depressão nos estudos realizados na Ásia e na Europa, uma possível explicação para essa divergência poderia ter uma relação maior com a localidade de origem do estudo do que com a questão temporal.

Apesar da pandemia ter tido um impacto global, aparentemente há peculiaridades nas vivências deste fenômeno em diferentes países. A China, como epicentro inicial da pandemia, parece ter tido a população mais afetada por sintomas emocionais decorrentes da COVID-19. Após a ampla disseminação do COVID-19 em 2020 para todo o mundo, a contaminação apresentou padrões distintos nos países e, portanto, torna-se fundamental a realização de novas revisões de achados globais e recortes temporais para verificar se esse padrão se mantém.

A pandemia de COVID-19 e suas consequências ocasionaram um impacto considerável nos jovens e seu bem-estar psicológico (Araujo *et al.*, 2020). O perfil mais suscetibilizado nesta revisão sistemática foram os participantes do sexo feminino, adolescentes mais velhos e nas séries finais escolares. Há hoje uma necessidade urgente de esforços de saúde pública voltados para a melhora da saúde mental desses adolescentes. Este grupo mais vulnerável é um alvo potencial para o direcionamento de intervenções, considerando o custo psicológico potencial severo e duradouro da COVID-19 na saúde mental.

Diversos fatores como a preocupação com a pandemia e seus impactos, queixas relacionadas a estudo e a escola, problemas de saúde física ou mental, insônia, risco de exposição ao COVID-19, solidão ou perda de bem-estar estavam associados ao aumento dos índices de ansiedade e depressão. A preocupação, a redução da concentração e a alteração de sono são sintomas comuns mapeados nestes transtornos (APA, 2014), assim como as queixas somáticas e o retraimento social (Friedberg, 2004; Wainer & Piccoloto, 2011). Uma pesquisa com adolescentes brasileiros associou a incerteza com a pandemia e o contexto de vulnerabilidade socioeconômica ao aumento de comportamentos não saudáveis e do isolamento social (Szwarcwald *et al.*, 2021).

No mundo, a solidão, o aumento no uso de internet, de eletrônicos e de mídia social se mostraram fatores de prejuízo à saúde mental (Araujo *et al.*, 2020; Loades *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; Muzi *et al.*, 2021). Além dos itens acima citados, os comportamentos de evitação ou compensação, que envolvem uso de álcool, ruminação, intolerância à incerteza e catastrofização, também figuraram entre os fatores de risco (Akgül & Ergin, 2020; Chen *et al.*, 2020; James *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021; Sandín *et al.*, 2021; Turk *et al.*,

2021; Zhen & Zhou, 2021). Por outro lado, enfrentamento ativo, regulação emocional e apoio dos pais foram indicados como aspectos de impacto positivo na saúde mental de adolescente durante este período de crise (Jones *et al.*, 2021).

A saúde mental dos pais ou responsáveis foi diretamente relacionada com a qualidade de vida dos filhos (Araujo *et al.*, 2020). De forma semelhante, nesta revisão, aqueles adolescentes que indicaram a participação dos pais no estudo e na mediação das informações sobre a COVID-19 mostraram menores níveis de ansiedade e depressão, enquanto a vulnerabilidade familiar e as queixas de saúde mental dos pais foram fatores de risco (Akgül & Ergin, 2020; Cheng *et al.*, 2021; Hafstad *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021).

A literatura demonstra que o equilíbrio na rotina, a qualidade e a duração adequada do sono, as atividades físicas e ao ar livre diminuem substancialmente os problemas de saúde mental (Araujo *et al.*, 2020). Nesta revisão, o principal fator protetivo observado foi o exercício físico (Chen *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020a; Chen *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Qin *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021). Em pesquisas realizadas com adultos, fatores de risco (sexo feminino e preocupação com a pandemia) e de proteção (exercício físico) assemelharam-se com os observados nos adolescentes. No entanto, alguns dos fatores de risco dos adultos, como nível educacional mais baixo, ter que trabalhar presencialmente, cuidar de idosos ou crianças foram divergentes, possivelmente por conta das diferenças de vida nessas etapas de desenvolvimento distintas (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020; Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Porter *et al.*, 2021).

### 3.6.

#### Conclusão

O mapeamento de fatores de risco específicos para os adolescentes constitui um direcionador para as medidas de prevenção e intervenção precoce específicas para este público. Tanto na educação e na clínica particular, pode-se mitigar os efeitos adversos da COVID-19 em jovens com base no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e regulação emocional, bem como a sensibilização dos pais sobre o potencial impacto do seu envolvimento na rotina dos adolescentes. Estes fatores protetivos se mostram um caminho para evitar uma sobrecarga nos serviços de saúde, considerando que o potencial de impacto da pandemia na saúde mental global em toda uma geração.

Individualmente, os adolescentes com rotinas envolvendo atividade física, horários regulares e cuidados para manutenção da qualidade do sono, com uso reduzido da internet e de redes sociais, se mostraram mais saudáveis. O cuidado com saúde física e mental foi fundamental para manutenção do bem-estar. O uso de habilidades de enfrentamento e reestruturação das preocupações, bem como a solução de problemas, foram os caminhos para a garantia de saúde.

Este estudo encontrou limitações, tendo em vista que não foi realizada meta-análise dos dados, alguns dos artigos incluídos encontravam-se ainda na versão *pré-print*, ou seja, pendentes de revisão. Não foi possível o acesso a todos os artigos identificados na busca das bases científicas, tendo em vista que 13 deles encontravam-se indisponíveis nas etapas de triagem e elegibilidade desta revisão sistemática.

Os artigos utilizados variaram quanto ao instrumento utilizado e aos critérios adotados para estabelecimento de sintomas de ansiedade e/ou depressão: em alguns deles, foram admitidos quadros leves, enquanto em outros, apenas quadros severos. Cabe ressaltar que os quadros de ansiedade e depressão debatidos nesse texto são de apresentação de sintomas, mas não de diagnóstico clínico. A concentração de artigos oriundos da China, enquanto nenhum oriundo de países da América ou da África, demanda cautela na generalização dos dados levantados. Por fim, o debate sobre saúde mental no contexto pandêmico aqui desenvolvido aponta direcionamentos para futuras pesquisas.

## Experiências e Sintomas de Depressão e de Ansiedade em Adolescentes Cariocas na Pandemia de COVID-19

### 4.1.

#### Resumo e Palavras-Chave

A pandemia do COVID-19 trouxe prejuízos à saúde física e mental em todo o mundo. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes moradores da cidade do Rio de Janeiro (Brasil) neste contexto. Partiu-se da hipótese que os sintomas teriam aumentado de prevalência e que fatores internos e externos, individuais e sistêmicas, influenciariam essa manifestação. A metodologia utilizada foi uma pesquisa coorte com adolescentes entre 12 e 17 anos moradores deste município. A coleta de dados foi por meio de um formulário *online* composto por questionários sociodemográfico, além das escalas SCARED e CDI. Foi encontrada uma prevalência elevada de ansiedade (36,8%), de depressão (51,3%) e da combinação destes sintomas (32,9%). O perfil mais impactado foi: sexo feminino, entre 15 e 17 anos, estudantes de escolas públicas e do Ensino Médio. A presença de depressão ou ansiedade, o nível de pessimismo com a pandemia, a baixa adesão aos meios de prevenção, a fila de pessoas esperando leitos de UTI para COVID-19, a média móvel de casos e óbitos de COVID-19 se mostraram relacionados aos sintomas avaliados. Além desses pontos, os sintomas de ansiedade também estavam relacionados aos menores níveis socioeconômicos e à preocupação com a COVID-19. Os preditores de sintomas para ambos os quadros foram pessimismo com a pandemia, alta taxa de ocupação hospitalar e aumento na média móvel de óbitos por COVID. A preocupação com a pandemia se mostrou um preditor para ansiedade, enquanto a baixa adesão aos meios de prevenção foi para depressão. Os dados analisados nessa pesquisa auxiliam no entendimento das consequências deste evento estressor em jovens em formação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Depressão; Ansiedade; COVID-19; Pandemia.

## 4.2.

### Introdução

O desenvolvimento humano é um fenômeno complexo, impactado por fatores internos, externos e da sua interação, sendo a adolescência uma fase marcada por transformações (Bee, 1977; Papalia & Olds, 1981; Miranda & Maszat, 2004; Assumpção Jr., 2008; Miranda, Borges & Rocca, 2010; Macedo *et al.*, 2017). A organização das Nações Unidas define a adolescência como o período de 10 a 19 anos de idade (UNICEF, 2011), enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente refere-se ao período da vida compreendido entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990).

A saúde mental é uma condição essencial para qualidade de vida (UNICEF, 2011; Salum *et al.*, 2014; Macedo *et al.*, 2017). Cerca de 50% dos problemas de saúde mental começam até a adolescência (WHO, 2020i) e estima-se que os transtornos psiquiátricos representam 14% da carga global de doenças nessa faixa etária (WHO, 2021b). A estimativa mundial de presença de sintomas de ansiedade fica entre 6,5% e 37,8% na população adolescente, enquanto a depressão foi registrada entre 2,6% e 39,7% (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015).

Uma pesquisa nacional realizada em 2013 e 2014 com participantes na faixa etária entre 12 e 17 anos indicou a prevalência destes transtornos de 30,0% no Brasil, de 29,3% na região Sudeste e de 28,9% no município do Rio de Janeiro, com maior impacto no perfil mais velhos da amostra (Lopes *et al.*, 2016). Esses valores são próximos a outras pesquisas nacionais anteriores à pandemia e de outras cidades brasileiras, que indicaram valores até 34,5% destes quadros à pandemia (Jatobá & Bastos, 2007; Avanci *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2008; Coelho *et al.*, 2013; Barbosa *et al.*, 2016; Coutinho *et al.*, 2016; Blay, 2018; Silva *et al.*, 2018).

A pandemia provocada pelo Sars-CoV-2 teve início em dezembro de 2019 e se propagou para todo o mundo, tornando-se uma emergência internacional de saúde pública (WHO, 2020b). O primeiro registro da doença no município do Rio de Janeiro ocorreu em março de 2020 (Cavalcante & Abreu, 2020), seguido de medidas de isolamento decretadas pelo Governo do Estado (2020) e pela Prefeitura Municipal (2020a).

O monitoramento de casos e óbitos indicou, inicialmente, o maior risco de infecção na região da Zona Sul, onde se concentram os bairros com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade, enquanto a Zona Norte, de maior densidade populacional, se destacou pelo alto risco de morte inicialmente (SEBRAE, 2015; Cavalcante & Abreu, 2020). Em poucas semanas, todos os bairros encontravam-se classificados em nível

crítico no que se nomeou posteriormente como 1ª onda da COVID-19 (Instituto Pereira Passos, 2020). A partir de junho de 2020, mesmo com índices ainda representativos de casos e óbitos pelo coronavírus, foram iniciadas as fases de reabertura por meio de decretos da Prefeitura (2020b), que se prolongam por quase dois anos.

Em 2020 e 2021, o município do Rio de Janeiro foi marcado por mais três ondas de aumento de casos e óbitos (Instituto Pereira Passos, 2020). A segunda delas entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, em um contexto de eleição, férias, festas de final de ano e relaxamento de medidas de contenção. A terceira, de março a junho de 2021, foi marcada pelo avanço nacional da variante *Gama* do COVID-19 e pela alta letalidade frente ao esgotamento da ocupação hospitalar. A última onda, entre julho e setembro de 2021, acompanhou a reabertura de serviços e reunião de pessoas.

Este estressor de grande magnitude e suas medidas de contenção levaram ao aumento dos níveis de depressão e de ansiedade na população mundial (Lei *et al.*, 2020; Öğütlü, 2020; Porter *et al.*, 2021). Fatores psicossociais e comportamentais afetaram estes índices e os adultos mais impactados foram os mais jovens, mulheres, com problemas psicológicos prévios, de menor nível educacional, pertencentes ao grupo de risco para a COVID-19, com rotinas pouco saudáveis e uma percepção negativa sobre a crise sanitária (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020; Wang *et al.*, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Varma *et al.*, 2021).

Internacionalmente, em pesquisas envolvendo o público infanto-juvenil, também foi encontrado um aumento nos sintomas de depressão e ansiedade (Araujo *et al.*, 2020; Fegert *et al.*, 2020; Luijten *et al.*, 2020; Sajid *et al.*, 2020; Xie *et al.*, 2020; Racine *et al.*, 2021; Szwarcwald *et al.*, 2021). Entre adolescentes, a prevalência de casos chegou até níveis 48,6% de ansiedade, 68,1% de depressão e a comorbidade de ambos os transtornos teve frequência até 45,6% (Turk *et al.*, 2021; Zhen & Zhou, 2021).

O perfil de adolescentes mais impactados foram as participantes do sexo feminino (Bhatta *et al.*, 2021), com idade entre 15 e 18 anos (Zhou *et al.*, 2020a), nos anos finais escolares (Zhou *et al.*, 2020b). Além disso, fatores como a preocupação e a exposição ao COVID-19 (Chen *et al.*, 2020; Cheng *et al.*, 2021), queixas sobre estudo (James *et al.*, 2021), aumento no uso da internet (Muzi *et al.*, 2021), comportamentos de evitação (Turk *et al.*, 2021) ou compensação (Sandín *et al.*, 2021), insônia, problemas atuais ou prévios de saúde física ou mental (Chen *et al.*, 2021a), queixa de solidão (Li *et al.*, 2021) e de perda de bem-estar (Kilinçel *et al.*, 2021), família vulnerável (Hafstad *et al.*, 2021) ou com problemas de saúde mental (Akgül & Ergin, 2020) também foram associados à presença de sintomas.

Por outro lado, a literatura demonstra que o equilíbrio na rotina, a qualidade de sono, uma rotina de atividades físicas e ao ar livre diminuem substancialmente os problemas de saúde mental (Araujo *et al.*, 2020). Em pesquisas realizadas durante a pandemia, os fatores protetivos encontrados foram o exercício físico (Lu *et al.*, 2020), o enfrentamento ativo (Turk *et al.*, 2021) e a regulação emocional (Zhen & Zhou, 2021), aspectos de personalidade (Liu & Wang, 2021; Qin *et al.*, 2021) e o apoio dos pais (Cheng *et al.*, 2021).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes cariocas durante a pandemia do COVID-19. Partiu-se da hipótese que as meninas, com idade de 15 a 17 anos, nos últimos anos escolares e oriundas das classes sociais menos favorecidas seriam as mais afetadas. Além disso, buscou-se avaliar se os participantes menos preocupados, mais otimistas e que adotaram rotinas saudáveis apresentavam menores índices destes sintomas. Por fim, foi avaliado se os fatores de saúde do próprio adolescente e de pessoas próximas, bem como índices epidemiológicos de saúde pública da pandemia afetavam a sintomatologia dos participantes.

### 4.3.

#### Metodologia

O projeto de pesquisa foi aceito pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2020, com aprovação da Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio e do Comitê de Ética da Plataforma Brasil por meio do CAAE: 37736620.8.0000.5281. A pesquisa de avaliação de sintomas de ansiedade e depressão foi implementada por meio de instrumentos de autorrelato organizados em um formulário *online* para coleta de dados durante a pandemia do COVID-19.

#### 4.3.1.

#### Procedimentos

A divulgação da pesquisa foi feita via parceria com quatro Organizações Não-Governamentais (ONG's) situadas no município do Rio de Janeiro e por meio de redes sociais. Essas ONG's eram ligadas às áreas de esporte, de educação e/ou de cidadania. A divulgação via redes sociais continha mensagens direcionadas para os responsáveis que foram divulgadas por *WhatsApp*, *Instagram* e *Facebook*, solicitando a autorização para a participação dos menores de idade sob sua tutela.



A coleta de dados foi realizada ao longo de um ano, entre os dias 30/09/2020 e 30/09/2021, por meio de um formulário *online* do *Google Forms*. Na primeira tela, constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7.1), respondido pelo adulto responsável. A segunda tela em diante era preenchida pelo adolescente e apresentava o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7.2), seguido dos instrumentos da pesquisa. Nelas, havia um breve esclarecimento sobre a pesquisa e, em caso de desconforto ou impacto emocional, foram disponibilizados os contatos dos pesquisadores, do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da e da Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio. Os participantes não foram identificados e tampouco houve contato direto deles com os pesquisadores. A qualquer momento, o adolescente poderia interromper a sua participação, sem registro de suas respostas na base.

#### 4.3.2.

##### Instrumentos

A pesquisa utilizou de instrumentos de autorrelato padronizados para avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão, além de um questionário próprio para coleta de dados sociodemográficos e de informações sobre experiências vividas durante a pandemia (Anexos 7.1 a 7.7). Foram inseridas três perguntas de segurança ao longo do formulário em formatos distintos, seguindo o padrão das questões anteriores, de forma a identificar os questionários preenchidos de forma aleatória ou desatenta.

O questionário de dados sociodemográficos era composto por 20 perguntas objetivas (Anexo 7.3). As questões versavam sobre idade, sexo, bairro de residência, ano escolar, tipo de escola (particular ou pública) e se o participante tinha plano de saúde privado no momento da pesquisa. Em seguida, eram apresentadas perguntas sobre experiências vividas durante a pandemia: situação das aulas, contato com o vírus, se o adolescente ou pessoas próximas pertenciam ao grupo de risco, se os responsáveis trabalharam presencialmente, atuaram na linha frente de combate ou pertenciam aos serviços essenciais.

Também foram questionados dados sobre a rotina (se tinham exposição ao sol, realizaram atividades físicas, de lazer, de realização pessoal e/ou de contato social) e sobre perdas sofridas (renda, pessoas e condições de vida). Na sequência, o questionário avaliava o nível de otimismo e de preocupação, bem como o conhecimento e a adesão aos meios de prevenção frente a Sars-CoV-2.

Em seguida, foi utilizado o Critério Brasil (ABEP, 2019) para classificação do estrato socioeconômico da família do participante, composto por 15 itens que questionavam a quantidade de bens móveis na residência, nível educacional dos responsáveis e acesso a serviços básicos de infraestrutura (Anexo 7.4). Na sequência, constava a questão de verificação: “Ao longo da pesquisa, terão alguns itens de checagem para verificar se os participantes estão atentos às perguntas. Por favor, marque a opção ‘Sim’ abaixo para prosseguir com a pesquisa.”. A resposta esperada era que o participante marcasse a opção “Sim”.

Os sintomas de depressão foram avaliados pelo *Children’s Depression Inventory* (CDI), um inventário validado no Brasil para uso com crianças e adolescentes. Nos diversos estudos para a população brasileira, há uma divergência entre a composição de itens na escala e o ponto de corte a ser adotado. A versão utilizada nesse estudo é de 27 itens, com ponto de corte de 17 pontos, de acordo com a literatura (Gouveia *et al.*, 1995; Wathier, *et al.*, 2008). A escala foi reproduzida no formulário online, que se encontra reproduzido no Anexo 7.5. Entre os itens 17 e 18 da escala, constava a questão de verificação: “Este é mais um item de checagem. Escolha a frase que descreve a realidade”. A resposta esperada era que o participante marcasse era: “Eu sou um adolescente e estou respondendo de forma atenta esta pesquisa.”.

Já os sintomas de ansiedade foram avaliados pelo *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED), escala originalmente desenvolvida por Birmaher e colaboradores (1997) e adaptada para a realidade brasileira. O ponto de corte mais utilizado para a população brasileira é de 37 pontos (Isolan *et al.*, 2011), valor adotado na presente pesquisa. A escala adaptada para o formulário online e o item de checagem encontram-se reproduzidos no Anexo 7.6. Entre os itens 24 e 25 da escala, constava a questão de verificação: “Este é mais um item de checagem. Marque a opção abaixo onde está escrito “Algumas Vezes”.”. A resposta esperada era que o participante marcasse a opção “Algumas vezes”.

O *Google Forms* não permitia ao participante prosseguir com a pesquisa sem o preenchimento de todas as perguntas em tela e só registrava na base questionários respondidos até o final. Mesmo após a finalização da sua participação, o adolescente poderia ainda apagar as repostas registradas, se assim desejasse. Aqueles participantes da amostra que obtiveram uma pontuação nas escalas acima do ponto de corte estabelecido na literatura serão mencionados como casos de ansiedade ou depressão nesta dissertação.

Além do protocolo de avaliação, foram obtidas informações oficiais sobre quantidade de casos e de mortes por COVID-19, permanência domiciliar e ocupação de leitos a partir de dados oficiais disponibilizados no painel Monitora COVID-19 (FIOCRUZ, 2021). Esses dados epidemiológicos sobre a pandemia foram cruzados com a data de participação do adolescente na pesquisa e incluídos nas análises conduzidas.

### 4.3.3.

#### Participantes

O perfil de participantes na pesquisa foi de adolescentes com idade entre 12 e 17 anos, residentes no município do Rio de Janeiro, que tiveram sua participação na pesquisa autorizada por algum adulto responsável. A população estimada neste perfil era de 555.626 jovens em 2010 (Instituto Pereira Passos, 2018). O critério de idade da amostra obedeceu à definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e a faixa etária utilizada nas pesquisas de validação das escalas (Desousa *et al.*, 2012; Gouveia *et al.*, 1995; Isolan *et al.*, 2011; Wathier, *et al.*, 2008).

Os respondentes eram oriundos das divulgações feitas internamente nas ONG's junto aos seus associados, por meio de divulgação em redes sociais feitas pelos pesquisadores para seus grupos de conhecidos ou público amplo da internet. Buscou-se também parcerias com escolas, mas não foi possível o estabelecimento destes acordos de colaboração.

No total, 919 participantes preencheram o formulário da pesquisa. Esses formulários foram triados conforme as etapas abaixo:

- 1ª etapa: Remoção de Formulários Duplicados;
- 2ª etapa: Idade divergente do grupo de inclusão (12 a 17 anos) ou não informada;
- 3ª etapa: Participação sem autorização de adulto responsável;
- 4ª etapa: Bairro de residência não informado ou fora do município do Rio de Janeiro;
- 5ª etapa: Erro em qualquer uma das três questões de verificação.

Ao final desta etapa, 500 formulários foram descartados. A amostra final foi composta por 419 participantes (45,59% dos formulários respondidos), conforme detalhamento presente na Tabela 4.1.

<b>Tabela 4.1 – Origem e Triagem dos Formulários Respondidos</b>		
Origem dos Formulários	Quantidade de Formulários Respondidos	Quantidade de Formulários Validados após Triagem
Contatos Pesquisadoras	157	132
Divulgação em Redes Sociais	560	121
ONG 1 (Complexo Alemão)	26	24
ONG 2 (Rocinha)	121	110
ONG 3 (Todo o Município)	52	30
ONG 4 (Rocinha)	03	02
<b>TOTAL</b>	<b>919</b>	<b>419 (45,59%)</b>

O perfil da amostra de 419 participantes encontra-se descrito na Tabela 4.2. Houve maior participação de adolescentes do sexo feminino. A distribuição de participantes por tipo de escolar, por idade e origem do formulário (forma de captação dos participantes) foi equilibrada. O local de residência dos adolescentes foi relativamente próximo à distribuição populacional nas diferentes regiões do município do Rio de Janeiro (SEBRAE, 2010).

Em comparação com os dados populacionais do município do Rio de Janeiro (ABEP, 2019), a amostra teve uma distorção em relação à distribuição populacional nos estratos socioeconômicos, com uma concentração mais acentuada de participantes das classes mais elevadas (A e B1) e uma redução de participantes das classes C2, D ou E. Uma possível explicação seria que as classes menos favorecidas teriam menor acesso aos meios necessários para a participação na pesquisa (aparelhos eletrônicos e internet) do que as mais abastadas.

<b>Tabela 4.2 – Características (Perfil) da Amostra (N=419)</b>			
Características		Média (DP)	N (%)
Sexo	Feminino		260 (62,1%)
	Masculino		159 (37,9%)
Idade	12 anos	14,74 (1,7)	61 (14,6%)
	13 anos		54 (12,9%)
	14 anos		61 (14,6%)
	15 anos		79 (18,9%)
	16 anos		84 (20,0%)
	17 anos		80 (19,1%)
Tipo de Escola	Particular		205 (48,9%)
	Pública		214 (51,1%)
Ano Escolar	4º ou 5º ano do Ensino Fundamental		05 (1,2%)
	6º ano do Ensino Fundamental		31 (7,4%)
	7º ano do Ensino Fundamental		54 (12,9%)
	8º ano do Ensino Fundamental		54 (12,9%)
	9º ano do Ensino Fundamental		56 (13,4%)
	1º ano do Ensino Médio		73 (17,4%)
	2º ano do Ensino Médio		91 (21,7%)
	3º ano do Ensino Médio		50 (11,9%)
	Outros (Ensino Superior, classe especial ou sem dados).		05 (1,2%)
Origem do Formulário	Contatos Pesquisadores		132 (31,50%)
	Parcerias ONG's		166 (39,62%)
	Divulgação Redes Sociais		121 (28,88%)
Região de Residência	Centro		38 (9,1%)
	Zona Sul		87 (20,8%)
	Zona Norte		158 (37,7%)
	Zona Oeste		136 (32,5%)

Estrato Socioeconômico*	A	54 (12,9%)
	B1	48 (11,5%)
	B2	109 (26,0%)
	C1	103 (24,6%)
	C2	72 (17,2%)
	D ou E	33 (7,9%)
*Estratos Socioeconômico conforme pontuação e classificação do Critério Brasil (ABEP, 2019).		

#### 4.3.4.

#### Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS 25.0. O perfil da amostra foi estabelecido por meio de análises descritivas. Os dados sociodemográficos tiveram suas variáveis categóricas analisadas via teste Chi-Quadrado de independência do Pearson. Para as variáveis contínuas e discretas, foram conduzidas análises de correlação de Pearson e de regressão *stepwise*, utilizando-se a pontuação dos instrumentos utilizados.

#### 4.4.

#### Resultados

Os resultados da amostra final de 419 participantes foram organizados nas Tabelas 4.3 a 4.14. A prevalência de sintomas de ansiedade e/ou depressão na amostra estão na Tabela 4.3, admitindo-se valor maior ou igual ao ponto de corte da literatura de 17 pontos para a escala de avaliação de depressão (CDI) e de 37 para a de ansiedade (SCARED).

Tabela 4.3 – Sintomas de Ansiedade e de Depressão avaliados pelas escalas SCARED e CDI			
Sintomas Avaliados	Prevalência de Sintomas N (%)	Pontuação Escala Média (Desvio Padrão)	Pontuação Escala Mínimo-Máximo
Ansiedade (pontuação SCARED $\geq$ 37)	154 (36,8%)	31,75 (6,2)	02-81
Depressão (pontuação CDI $\geq$ 17)	215 (51,3%)	18,4 (10,4)	02-48
Sintomas de Ansiedade e Depressão (pontuação SCARED $\geq$ 37 e CDI $\geq$ 17)	138 (32,9%)	-	-
Abaixo do ponto de corte das escalas (pontuação SCARED $<$ 37 e CDI $<$ 17)	188 (44,9%)	-	-
Legenda: CDI – <i>Children's Depression Inventory</i> ; SCARED – <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i> ; DP – Desvio Padrão.			

A coleta de dados ocorreu ao longo de um ano entre 30 de setembro de 2020 e 30 de setembro de 2021. A quantidade de questionários válidos por mês de participação e a proporção de participantes com sintomas de ansiedade e/ou depressão estão detalhados na Figura 4.1.

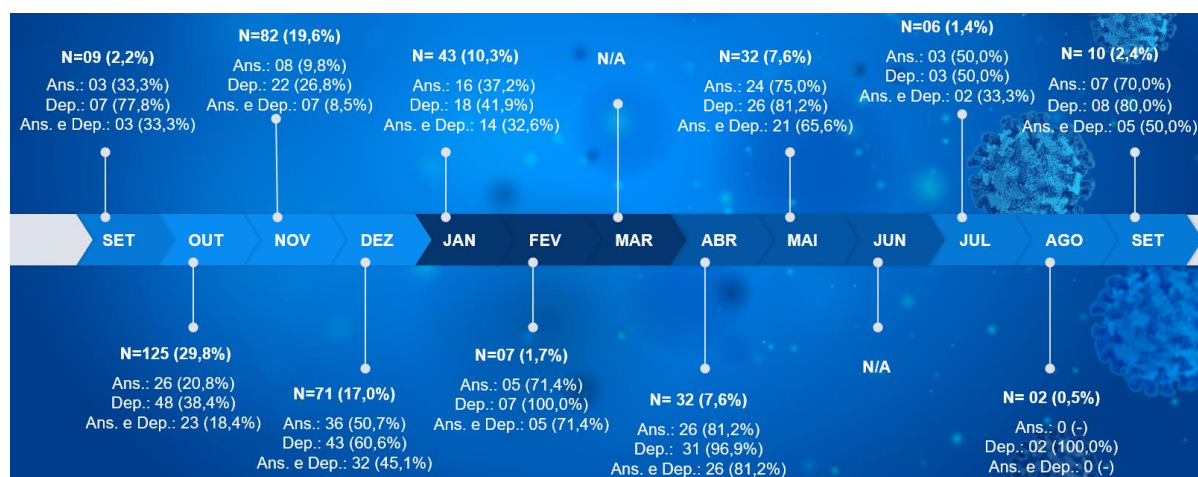


Figura 4.1 – Mês de Participação e Presença de Sintomas nos Participantes

Os dados foram organizados por ano de participação, a partir da soma dos questionários dos meses correspondentes. Houve uma maior concentração de participantes no ano de 2020, conforme dados apresentados na Tabela 4.4. Ainda assim, a proporção de participantes com sintomas de ansiedade e/ou depressão que participaram da pesquisa em 2021 é maior, o que pode indicar agravamento de sintomas durante a extensão de tempo da pandemia.

Tabela 4.4 – Ano de Participação e prevalência de Sintomas dos Participantes				
Ano e Mês de Participação	N (%total)	Ansiedade N (%categoria)	Depressão N (%categoria)	Ansiedade e Depressão N (%categoria)
2020	287 (68,5%)	73 (25,4%)	120 (41,8%)	65 (22,6%)
2021	132 (31,5%)	81 (61,4%)	95 (72,0%)	73 (55,3%)

A amostra foi composta por uma maioria de participantes do sexo feminino. Na Tabela 4.5, consta o detalhamento por sexo, percentual de presença de sintomas em relação ao recorte da amostra e resultado do teste Chi-Quadrado. Na análise, foi encontrada dependência da variável sexo com sintomas de ansiedade, depressão e combinação de ambos, indicando maior presença dentre as participantes do sexo feminino.

Tabela 4.5 – Prevalência de Sintomas conforme sexo dos participantes							
Sexo	N (%total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>
Feminino	260 (62,1%)	140 (53,8%)	<b>86,107</b> <b>P&lt;0,001</b>	172 (66,2%)	<b>60,407</b> <b>P&lt;0,001</b>	130 (50,0%)	<b>90,327</b> <b>P&lt;0,001</b>
Masculino	159 (37,9%)	14 (8,8%)		43 (27,0%)		08 (5,0%)	

A Tabela 4.6 reúne dados sobre as características escolares: tipo de escola e segmento escolar. Houve uma distribuição similar na amostra entre os tipos de escola (particular e

pública) e entre os dois segmentos de ensino (Fundamental e Médio). O teste do Chi-Quadrado de independência mostrou que há associação entre o tipo de escola e sintomas de ansiedade e/ou depressão, com uma presença acima do esperado dentre os estudantes de escola pública. De forma semelhante, verificou-se que a depressão era mais comum entre adolescentes estudantes do nível médio, mas esse achado pode ser mais bem explicado por outro fator (como idade) e será complementado pela análise da correlação presente na tabela 4.13.

<b>Tabela 4.6 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo Tipo de Escola e Segmento Escolar</b>							
Características Escolares	N (% total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>
Escola Pública	205 (48,9%)	96 (46,8%)	<b>17,527</b> <b>P&lt;0,001</b>	125 (61,0%)	<b>15,001</b> <b>P&lt;0,001</b>	87 (42,4%)	<b>16,412</b> <b>P&lt;0,001</b>
Particular	214 (51,1%)	58 (27,1%)		90 (42,1%)		51 (23,8%)	
Ensino Fundamental	200 (47,7%)	62 (31%)	6,163 P=0,046	82 (41,0%)	<b>17,050</b> <b>P&lt;0,001</b>	52 (26,0%)	9,329 P=0,009
Médio	214 (51,1%)	89 (41,6%)		129 (60,3%)		83 (38,8%)	

Quanto aos responsáveis pelos adolescentes, ter o adulto trabalhando presencialmente foi um dos fatores associado à ansiedade e à combinação de ansiedade e depressão, conforme Tabela 4.7. Esperava-se observar maior apresentação de sintomas dentre os participantes cujos responsáveis atuaram nos serviços essenciais e na linha de frente contra o COVID-19, mas essa associação não foi verificada.

<b>Tabela 4.7 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo informações sobre o trabalho dos Responsáveis/Pais</b>							
Trabalho do Responsável	N (%total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup> P	N (%cat.)	X <sup>2</sup> P	N (%cat.)	X <sup>2</sup> P
Pais trabalhando presencialmente	311 (74,2%)	130 (41,8%)	<b>13,219</b> <b>P&lt;0,001</b>	167 (53,7%)	2,747 P=0,097	117 (37,6%)	<b>11,990</b> <b>P=0,001</b>
Não	108 (25,8%)	24 (22,2%)		48 (44,4%)		21 (19,4%)	
Pais de Serviços Essenciais	267 (63,7%)	89 (33,3%)	3,705 P=0,054	131 (49,1%)	1,490 P=0,22	81 (30,3%)	2,250 P=0,134
Outras áreas	152 (36,3%)	65 (42,8%)		84 (55,3%)		57 (37,5%)	
Pais na Linha de frente COVID	24 (5,7%)	08 (33,3%)	0,128 P=0,720	17 (70,8%)	3,883 P=0,049	08 (33,3%)	0,002 P=0,966
Não	395 (94,3%)	146 (37,0%)		198 (50,1%)		130 (32,9%)	

Nos formulários, foram coletados dados sobre a exposição do participante ou pessoas próximas ao COVID-19 por meio de questões que abordavam se o adolescentes, seus pais ou irmãos, vizinhos ou amigos pertenciam ao grupo de risco, se tiveram suspeita ou diagnóstico de COVID-19. A Tabela 4.8 organiza os dados estatisticamente relevantes por meio de análise

de Chi-Quadrado. Quanto à saúde física do próprio adolescente, ter tido COVID-19 não se mostrou significativo para sintomas emocionais, mas ter tido suspeita de COVID-19 e ter adoecido por outras causas se mostraram.

Estar no grupo de risco ou ter contraído o vírus não se mostrou significativo para os sintomas, com exceção de ter vizinhos ou amigos com COVID-19, que mostrou uma associação apenas com ansiedade. Esse dado chama atenção, pois uma das medidas de prevenção é o isolamento social. Amigos e vizinhos podem apresentar a proximidade física e, portanto, um risco de contaminação. A experiência de falecimento de pessoas queridas por COVID-19 ou por outros motivos não se mostrou associado a sintomas. Contudo, ter tido pessoas próximas doentes e ter cuidado de outras pessoas estavam.

<b>Tabela 4.8 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão segundo exposição ao COVID-19 e dados de saúde física do participante</b>							
Exposição ao COVID-19	N (%total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup> P	N (%cat.)	X <sup>2</sup> P	N (%cat.)	X <sup>2</sup> P
Amigo/Vizinho teve COVID	300 (71,6%)	124 (41,3%)	<b>9,528</b> <b>P=0,002</b>	166 (55,3%)	6,835 P=0,009	110 (36,7%)	6,657 P=0,010
Não	119 (28,4%)	30 (25,2%)		49 (41,2%)		28 (23,5%)	
Teve suspeita de COVID-19	154 (36,8%)	79 (51,3%)	<b>22,159</b> <b>P&lt;0,001</b>	102 (66,2%)	<b>21,700</b> <b>P&lt;0,001</b>	70 (45,5%)	<b>17,277</b> <b>P&lt;0,001</b>
Não	265 (63,2%)	75 (28,3%)		113 (42,6%)		68 (25,7%)	
Ficou doente (sem ser COVID-19)	126 (30,1%)	61 (48,4%)	<b>10,536</b> <b>P=0,001</b>	82 (65,1%)	<b>13,669</b> <b>P&lt;0,001</b>	56 (44,4%)	<b>10,805</b> <b>P=0,001</b>
Não	290 (69,9%)	93 (32,1%)		133 (45,9%)		82 (28,3%)	

A presença de queixas de saúde mental do adolescente durante a pandemia também se mostrou um fator associado a sintomas psicológicos, conforme apresentado na Tabela 4.9. A autopercepção de sintomas de crises de ansiedade e de episódios depressivos foram associadas a maior presença de sintomas. O início de tratamento psicoterápico ou psiquiátrico na pandemia se mostrou associado a sintomas de ansiedade e da presença de ambas, mas o mesmo não ocorreu para o grupo que já estava com tratamento em andamento.

<b>Tabela 4.9 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão conforme autodeclaração de informações de saúde mental dos adolescentes durante a pandemia</b>							
Problemas e Situações	N (%total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>
Teve crises de Ansiedade	262 (62,5%)	144 (55,0%)	<b>99,721</b> <b>P&lt;0,001</b>	188 (71,8%)	<b>116,968</b> <b>P&lt;0,001</b>	131 (50,0%)	<b>92,181</b> <b>P&lt;0,001</b>
Não	157 (37,5%)	10 (6,4%)		27 (17,2%)			



Teve episódios Depressivos	189 (45,1%)	120 (63,5%)	<b>105,892</b> <b>P&lt;0,001</b>	162 (85,7%)	<b>163,104</b> <b>P&lt;0,001</b>	114 (60,3%)	<b>116,874</b> <b>P&lt;0,001</b>
Não	230 (54,9%)	34 (14,8%)		53 (23,0%)		24 (41,4%)	
Iniciou terapia ou tratamento psiquiátrico	58 (13,8%)	31 (53,4%)	<b>8,071</b> <b>P=0,004</b>	41 (70,7%)	<b>10,117</b> <b>P=0,001</b>	29 (50,0%)	<b>8,875</b> <b>P=0,003</b>
Não	361 (86,2%)	123 (34,1%)		174 (48,2%)		109 (30,2%)	

A Tabela 4.10 organiza os dados (frequência e chi-quadrado) referentes a problemas vividos e situações de vulnerabilidade dos adolescentes durante a pandemia que se mostraram significativos com os sintomas pesquisados: adoecimento ou falecimento de conhecidos, crises emocionais, tratamentos em curso, conflitos, fome e privações, comparando-se com quadros de ansiedade, de depressão e da presença de ambos.

<b>Tabela 4.10 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão conforme situações de vulnerabilidade durante a pandemia</b>							
Problemas e Situações	N (%total)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>	N (%cat.)	X <sup>2</sup>
Pessoas próximas doentes	250 (59,7%)	110 (44,0%)	<b>13,999</b> <b>P&lt;0,001</b>	141 (56,4%)	6,421 P=0,011	99 (39,6%)	<b>12,463</b> <b>P&lt;0,001</b>
Sem queixas	169 (40,3%)	44 (26,0%)		74 (43,8%)		39 (23,1%)	
Adolescente cuidou de outras pessoas	93 (22,2%)	54 (58,1%)	<b>23,352</b> <b>P&lt;0,001</b>	72 (77,4%)	<b>32,609</b> <b>P&lt;0,001</b>	52 (55,9%)	<b>28,573</b> <b>P&lt;0,001</b>
Não cuidou de outros	326 (77,8%)	100 (30,7%)		143 (43,9%)		86 (26,4%)	
Presença de Conflitos Domiciliares	221 (52,7%)	108 (48,9%)	<b>29,527</b> <b>P&lt;0,001</b>	149 (67,4%)	<b>48,573</b> <b>P&lt;0,001</b>	100 (45,2%)	<b>32,102</b> <b>P&lt;0,001</b>
Nega conflito domiciliar	198 (47,3%)	46 (23,3%)		66 (33,3%)		38 (19,2%)	
Adolescente teve conflitos com pessoas	253 (60,4%)	123 (48,6%)	<b>38,658</b> <b>P&lt;0,001</b>	179 (70,8%)	<b>96,584</b> <b>P&lt;0,001</b>	117 (46,2%)	<b>51,214</b> <b>P&lt;0,001</b>
Sem conflitos	166 (39,6%)	31 (18,7%)		36 (21,7%)		21 (12,6%)	
Sofreu violência ou abuso	27 (6,4%)	18 (66,7%)	<b>11,109</b> <b>P=0,001</b>	23 (85,2%)	<b>13,254</b> <b>P&lt;0,001</b>	16 (59,3%)	<b>9,054</b> <b>P=0,003</b>
Nega abuso/violência	392 (93,6%)	136 (34,7%)		192 (49,0%)		122 (31,1%)	
Reside em sem pavimentação	41 (9,8%)	24 (58,5%)	<b>9,276</b> <b>P=0,002</b>	28 (68,3%)	5,245 P=0,022	24 (58,5%)	<b>13,485</b> <b>P&lt;0,001</b>
Rua pavimentada	378 (90,2%)	130 (34,4%)		187 (49,5%)		114 (30,2%)	

Quanto às situações de vulnerabilidade vividas, os sintomas não se mostraram dependentes das variáveis perda de renda familiar, privação ou fome. Entretanto, conflitos no ambiente doméstico, conflitos do próprio adolescente com outras pessoas e ter vivido situações de violência ou abuso se mostraram associados aos transtornos estudados.

Por fim, em termos de vulnerabilidade social, ter plano de saúde e água encanada não apresentou resultados significativos, apesar de estarem diretamente relacionadas às medidas

de prevenção e tratamento contra o COVID-19. Entretanto, residir em local de rua não pavimentada teve uma associação com sintomas de ansiedade e de sua presença combinada com depressão.

Na Tabela 4.11, estão reunidas informações da rotina dos participantes na quarentena, em especial, fatores reunidos da literatura como protetivos para a saúde mental, como exposição ao sol, exercício físico, dedicação de tempo a atividades de realização pessoal, sociais e de lazer. O grupo de atividades de realização pessoal incluiu atividades como trabalho voluntário, aprendizado de temas de interesse e organização pessoal. Os fatores protetivos que se mostraram relevantes na amostra foram a exposição ao sol e atividade física, associado a menor presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão. De resto, a presença de sintomas não se mostrou dependente de nenhuma outra atividade mapeada na rotina.

<b>Tabela 4.11 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão de acordo com a rotina de atividades realizadas durante a pandemia</b>							
Rotina na Quarentena	N (%)	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
		N (%)	X <sup>2</sup>	N (%)	X <sup>2</sup>	N (%)	X <sup>2</sup>
Exposição ao sol	342 (81,6%)	115 (33,6%)	<b>22,197</b> <b>P&lt;0,001</b>	173 (50,6%)	<b>15,227</b> <b>P&lt;0,001</b>	102 (29,8%)	<b>19,959</b> <b>P&lt;0,001</b>
Não	77 (18,4%)	39 (50,6%)		42 (54,5%)		36 (46,7%)	
Atividade física	133 (31,7%)	37 (27,8%)	6,691 P=0,010	47 (35,3%)	<b>19,902</b> <b>P&lt;0,001</b>	31 (23,3%)	<b>8,176</b> <b>P=0,004</b>
Não	286 (68,3%)	117 (40,9%)		168 (58,7%)		107 (37,4%)	
Contato social	346 (82,6%)	131 (37,9%)	1,047 P=0,306	117 (51,2%)	0,019 P=0,889	117 (33,8%)	0,695 P=0,404
Não	73 (17,4%)	23 (31,5%)		38 (52,0%)		21 (28,7%)	
Atividades de lazer	228 (54,4%)	79 (34,6%)	0,953 P=0,329	117 (51,3%)	0,000 P=0,999	73 (32,0%)	0,191 P=0,662
Não	191 (45,6%)	75 (39,3%)		98 (51,3%)		65 (34,0%)	
Realização Pessoal	166 (39,6%)	55 (33,1%)	1,551 P=0,213	76 (45,8%)	3,365 P=0,067	49 (29,5%)	1,454 P=0,228
Não	253 (60,4%)	99 (39,1%)		139 (54,9%)		89 (35,2%)	

Quanto à visão dos participantes sobre a pandemia, a amostra tendeu a se mostrar otimista com o seu fim, mas ainda assim preocupada em ser infectada (Tabela 4.12). Os níveis de ansiedade e depressão estiveram mais elevados entre aqueles adolescentes mais pessimistas e mais preocupados com a pandemia. Essas medidas foram inseridas na análise da correlação de Pearson abaixo.

<b>Tabela 4.12 – Autodeclaração sobre níveis de Otimismo e Preocupação com a Pandemia do COVID-19</b>		
Aspecto Avaliado	Intensidade	N (%)
Otimismo com o fim da pandemia	Muito Pessimista	44 (10,5%)
	Meio Pessimista	58 (13,8%)
	Nem Pessimista nem Otimista	165 (39,4%)
	Meio Otimista	95 (22,7%)
	Muito Otimista	57 (13,6%)
Preocupação com a pandemia	Despreocupado	42 (10,0%)
	Meio Despreocupado	66 (15,8%)
	Médio	143 (34,1%)
	Meio Preocupado	112 (26,7%)
	Muito Preocupado	56 (13,4%)

Quanto ao conhecimento e à adesão dos participantes aos meios de prevenção para o COVID-19, a maioria dos participantes informou conhecer e usar frequentemente os meios de prevenção contra a COVID-19 (Tabela 4.13), que envolvem distanciamento social, uso de máscara e higienização das mãos. Essas medidas também foram inseridas na análise da correlação de Pearson a seguir.

<b>Tabela 4.13 – Autodeclaração sobre níveis de Conhecimento e de Adesão aos meios de prevenção frente ao COVID-19</b>		
Aspecto Avaliado	Intensidade	N (%)
Conhecimento dos Meios de Prevenção	Total Desconhecimento	04 (1,0%)
	Desconhecimento Médio	16 (3,8%)
	Nem Desconhece nem Conhece	34 (8,1%)
	Conhecimento Médio	214 (51,1%)
	Conhecimento Alto	151 (36,0%)
Adesão aos Meios de Prevenção	Não adere aos meios de prevenção	03 (0,7%)
	Adesão eventual	28 (6,7%)
	Adesão média	103 (24,6 %)
	Adesão Frequente	164 (39,1%)
	Sempre adere aos meios de prevenção	121 (28,9%)

Os resultados da análise de correlação estão apresentados na Tabela 4.14. Ambas as escalas de ansiedade e depressão foram correlacionadas positivamente e fortemente entre si ( $p=0,745$ ;  $p<0,01$ ). Além disso, elas também demonstraram uma correlação positiva fraca com idade (ansiedade  $p=0,166$ ; depressão  $p=0,162$ ;  $p<0,01$ ) e ano escolar (ansiedade  $p=0,162$ ; depressão  $p=0,170$ ;  $p<0,01$ ).

Como esperado, foi encontrada uma correlação negativa entre nível socioeconômico e sintomas de ansiedade, considerando que a pontuação no questionário Critério Brasil (CCEB) aumenta com o maior acesso a bens móveis. Assim, uma menor pontuação do instrumento corresponde aos estratos mais vulneráveis, enquanto um *escore* mais elevado nas escalas SCARED e CDI indica um maior prejuízo psicológico. No entanto, somente foi significativa a sua correlação fraca com a pontuação da escala de ansiedade ( $p= -0,122$ ;  $p<0,005$ ).

<b>Tabela 4.14 – Correlação entre as variáveis do estudo e pontuação nas escalas de Depressão e Ansiedade</b>		
Variável Analisada	Pontuação Ansiedade (SCARED)	Pontuação Depressão (CDI)
Pontuação da Escala Depressão (CDI)	0,745**	-
Pontuação da Escala Ansiedade (SCARED)	-	0,745**
Idade (anos)	0,166**	0,163**
Ano escolar	0,162**	0,170**
Pontuação TOTAL Critério Brasil (CCEB)	-0,122*	-0,061
Otimismo com a pandemia	-0,235**	-0,308**
Preocupação com a pandemia	0,116*	-0,028
Conhecimento sobre os meios de prevenção	-0,009	-0,036
Adesão aos meios de prevenção	-0,122*	-0,252**
Índice de Permanência Domiciliar no município do Rio de Janeiro	0,027	0,009
Ocupação Leitos UTI no Estado RJ	0,445**	0,429**
Média Móvel (7 dias) de Casos novos COVID-19	0,275**	0,258**
Média Móvel (7 dias) de Óbitos por COVID-19	0,325**	0,235**
*p<0.05; **p<0.01.		

Além das características sociodemográficas, também foram avaliados percepções e cuidados contra o COVID-19. A preocupação com a pandemia foi correlacionada positivamente de forma fraca com sintomas de ansiedade, mas não com depressão. Além disso, o otimismo se mostrou uma variável relacionada negativamente de forma fraca com a ansiedade e moderada com a depressão, mostrando-se um fator protetor. Ademais, a adoção de meios de prevenção foi correlacionada negativamente de forma fraca com a escala de ansiedade e com a escala de depressão, ou seja, quanto mais ansioso e deprimido, menor era a frequência de adoção de comportamentos de prevenção contra o COVID-19 pelos adolescentes.

Além das vivências pessoais dos participantes, foram analisados aspectos epidemiológicos da pandemia referentes ao momento da participação na pesquisa. Verificou-se uma correlação positiva fraca com a média móvel de casos e moderada com a média móvel de óbitos de COVID-19. Optou-se pelo uso de dados de média móvel de 7 dias, ao invés dos registros absolutos, de forma a reduzir o impacto de atrasos nos registros por questões operacionais.

Também foi verificada uma relação moderada entre os sintomas avaliados e a taxa de ocupação de leitos de UTI no estado do Rio de Janeiro. A taxa de ocupação de leitos corresponde a um cálculo realizado pela FIOCRUZ (2020a), a partir de informações fornecidas pelos municípios e reunidas pela Secretaria Estadual de Saúde. Nos momentos de

maior crise sanitária, houve aumento na ocupação hospitalar, ao mesmo tempo que o reporte de casos e óbitos por COVID-19 sofreu atrasos. Portanto, entende-se que esse índice seja uma medida adequada para a identificação dos momentos críticos da pandemia.

Esperava-se encontrar uma relação entre depressão e o Índice de Permanência Domiciliar (IPD), medida que avalia o isolamento social no município, mas os achados não foram significativos. O IPD trata-se de um cálculo executado pela FIOCRUZ (2020a), a partir de proposta de Barreto e colaboradores (2021), da média das diferenças da permanência residencial e em outros locais (mercados, farmácias, trabalho, trânsito, estações, varejo, locais de lazer e parques) das pessoas, no qual a pontuação positiva significa menor circulação de pessoas em comparação ao período pré-pandemia.

Em seguida, foi utilizada a regressão linear múltipla *Stepwise* para verificar quais fatores tinham a capacidade de prever sintomas de ansiedade e de depressão. Foram incluídas na análise as variáveis que se mostraram significativas na análise de correlação ( $p < 0,005$ ):

- Ansiedade: Idade, Pontuação TOTAL Critério Brasil (CCEB), Otimismo com a pandemia, Preocupação com a pandemia, Adesão aos meios de prevenção, Ocupação Leitos UTI no Estado RJ, Média Móvel (7 dias) de Casos novos COVID-19, Média Móvel (7 dias) de Óbitos por COVID-19.
- Depressão: Idade, Otimismo com a pandemia, Adesão aos meios de prevenção, Ocupação Leitos UTI no Estado RJ, Média Móvel (7 dias) de Casos novos COVID-19, Média Móvel (7 dias) de Óbitos por COVID-19.

Não foram incluídas as escalas de depressão e ansiedade, pois possuíam uma correlação entre si pois de 0,745, ferindo assim o pressuposto da regressão. Também se excluiu a variável “Ano escolar” da análise, pois possuía uma correlação forte com a variável “Idade” (0,894) e, portanto, optou-se por manter apenas a segunda. De resto, nenhuma outra variável apresentou correlação superior a 0,7. Os resultados da análise estão apresentados na Tabela 4.15.

<b>Tabela 4.15 – Modelo de Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> para as variáveis dependentes Depressão e Ansiedade</b>						
VD	Variável Independente (Preditor)	R	R <sup>2</sup>	F	B	T
Ans.	Taxa Ocupação Leitos Estado RJ	0,514	0,264	37,161	0,405	5,612**
	Otimismo com o fim da pandemia				-2,623	-4,313**
	Preocupação com a pandemia				2,158	3,617**
	Óbitos/dia (média móvel 7 dias)				0,094	2,824*
Dep.	Taxa Ocupação Leitos Estado RJ	0,533	0,284	41,139	0,219	4,783**
	Otimismo com o fim da pandemia				-2,072	-5,361**
	Adoção de meios de prevenção				-1,668	-3,464**
	Óbitos/dia (média móvel 7 dias)				0,061	2,849*

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

A análise de regressão resultou em um modelo estatisticamente significativo para ansiedade [ $F(4,418)=37,161$ ;  $P<0,001$ ;  $R^2=264$ ]. As variáveis que se mostraram preditoras foram: taxa de ocupação de leitos hospitalares no estado ( $\beta=0,405$ ;  $T=5,612$ ;  $P<0,001$ ), falta de otimismo/pessimismo com o fim da pandemia ( $\beta=-2,623$ ;  $T=-4,313$ ;  $P<0,001$ ), preocupação com a pandemia ( $\beta=2,158$ ;  $T=3,617$ ;  $P<0,001$ ) e média móvel de óbitos ( $\beta=0,094$ ;  $T=2,824$ ;  $P=0,005$ ).

A análise também resultou em um modelo estatisticamente significativo para depressão [ $F(4,418)=41,139$ ;  $P<0,001$ ;  $R^2=284$ ]. As variáveis que se mostraram preditoras foram: taxa de ocupação de leitos hospitalares no estado ( $\beta=0,219$ ;  $T=4,783$ ;  $P<0,001$ ), falta de otimismo/pessimismo com o fim da pandemia ( $\beta=-2,072$ ;  $T=-5,361$ ;  $P<0,001$ ), baixa adesão aos meios de prevenção para COVID-19 ( $\beta=-1,668$ ;  $T=-3,464$ ;  $P=0,001$ ) e média móvel de óbitos ( $\beta=0,061$ ;  $T=2,849$ ;  $P=0,005$ ).

#### 4.5.

#### Discussão

Na amostra de adolescentes cariocas, verificou-se as prevalências de sintomas: 36,8% de ansiedade, 51,3% de depressão e 32,9% da combinação desses quadros. Ambas as escalas de ansiedade e depressão foram fortemente correlacionadas entre si. Estes valores são superiores a achados de pesquisas anteriores à pandemia do Sars-CoV-2, que estimaram prevalências de sintomas de 6,5% a 37,8% de ansiedade e entre 2,6% e 39,7% de depressão na população adolescente mundial (Balázs *et al.*, 2013; Polanczyk *et al.*, 2015). Também superam as estimativas de uma pesquisa anterior (de 2013 a 2014) realizada no município do Rio de Janeiro que estimou a presença de 28,9% de ansiedade e/ou depressão nessa faixa etária (Lopes *et al.*, 2016).

Em estudos anteriores à pandemia com adolescentes brasileiros de variados municípios, os valores de ansiedade também foram inferiores aos obtidos no presente estudo: 8,3% a 19,9% (Jatobá & Bastos, 2007; Blay, 2018; Silva *et al.*, 2018). O mesmo pôde ser observado em relação a sintomas de depressão, que variaram entre 4,6% e 29,8% (Jatobá & Bastos, 2007; Avanci *et al.*, 2008; Coelho *et al.*, 2013; Blay, 2018). Quando analisados aqueles estudos que também avaliaram sintomas de depressão em adolescentes com a escala CDI, os valores também foram inferiores aos do presente trabalho, chegando ao máximo de 34,5% (Souza *et al.*, 2008; Barbosa *et al.*, 2016; Coutinho *et al.*, 2016).

Os valores encontrados no Brasil são semelhantes a achados de outras pesquisas internacionais com adolescentes realizados no contexto da COVID-19, como China (Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020b), Turquia (Turk *et al.*, 2021), Austrália (Li *et al.*, 2021) e Espanha (Sandín *et al.*, 2021). A prevalência também foi superior às pesquisas envolvendo o público adolescente combinado com adultos, nas quais a presença de sintomas variou entre 8,3% e 28,8% para ansiedade e de 9,0% a 36,6% para depressão (Chen *et al.*, 2021b; Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020). O único estudo com adultos e adolescentes que superou os achados com os cariocas teve origem no Peru e chegou a valores de 41,30% da amostra com sintomas moderados a graves de ansiedade (Porter *et al.*, 2021). As pesquisas envolvendo crianças e adolescentes tiveram uma prevalência de sintomas menor: ansiedade entre 6,3% e 28,8% e depressão entre 11,8% e 22,6% (Xie *et al.*, 2020; Xinyan *et al.*, 2020; Orgilés *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2021; Luijten *et al.*, 2021).

Os achados confirmaram a hipótese de que adolescentes do sexo feminino, com idade entre 15 e 17 anos, estudantes dos anos escolares finais (segmento do ensino médio) se mostraram mais impactados, alinhado com a literatura produzida nos últimos anos (Akgül & Ergin, 2020; Bhatta *et al.*, 2021; Chen *et al.*, 2020; Chen, *et al.*, 2021; Hafstad *et al.*, 2021; James *et al.*, 2021; Kiliçel *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2020a; Zhou *et al.*, 2020b). Na literatura consolidada, o sexo feminino costuma apresentar maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão (APA, 2014).

Quanto à hipótese de influência do nível socioeconômico nos sintomas psicológicos, foi encontrada uma correlação negativa com ansiedade, ou seja, quanto menor o acesso a bens móveis, maior a apresentação de sintomas de ansiedade. Contudo, não foi identificada associação dessa variável com depressão, apesar de literatura anterior ter encontrado essa relação (Coelho *et al.*, 2013). Ademais, os participantes moradores de ruas não pavimentadas e estudantes de escola pública mostraram maiores índices de ansiedade e de sua apresentação combinada com depressão.

Nos estudos com adolescentes durante a pandemia, a vulnerabilidade familiar foi um fator associado a sintomas (Chen *et al.*, 2020; Hafstad *et al.*, 2021; James *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021). Em uma pesquisa com adolescentes brasileiros, na qual se avaliou a relação de bem-estar com comportamentos e características sociodemográficas, a incerteza quanto à pandemia em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica foi associada a um aumento de comportamentos não saudáveis e isolamento social (Szwarcwald *et al.*, 2021). Na atual pesquisa, o entendimento do fenômeno não aparenta estar apenas atrelado ao nível

socioeconômico da família, mas também às características da localidade de residência e à experiências vividas neste período (como conflitos, adoecimento ou cuidar de outras pessoas), que podem complementar a compreensão do fenômeno.

Alguns fatores internos dos participantes foram relacionados com sintomas de ansiedade e depressão: ter tido suspeita de COVID-19, queixas de saúde física ou mental e pessimismo frente à pandemia. O pessimismo e a presença de sintomas somáticos são elementos clássicos associados à depressão em adolescentes (APA, 2014; Friedbeg & McClure, 2004; Stallard, 2010), também identificados em outras pesquisas no contexto da COVID-19 (Akgül & Ergin, 2020; Chen, *et al.*, 2021a; Cheng *et al.*, 2021; Kiliñel *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Liu & Wang, 2021; Sandín *et al.*, 2021; Zhen & Zhou, 2021). Ao mesmo tempo que queixas somáticas se mostraram relevantes, por outro lado, ter se contaminado com o Sars-CoV-2, ter pais ou irmão infectados não se demonstrou significativo nas análises.

A autopercepção de prejuízo mental (por meio de autorrelato de crises de ansiedade e episódios depressivos) também foi associada a quadros. Também, cabe-se ressaltar, que aqueles adolescentes que já estavam em tratamento psicoterápico ou psiquiátrico foram menos impactados do que aqueles que iniciaram o tratamento durante a pandemia, o que indica a terapia como um fator protetor, assim como encontrado entre adultos cariocas (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020).

Sintomas psicológicos também foram associados à falta de adoção de meios de proteção contra o COVID-19, apesar da maioria dos participantes relatar conhecê-los, o que acarreta no aumento da exposição de COVID-19. Na literatura clássica (Friedbeg & McClure, 2004; APA, 2014), comportamentos de risco e enfrentamento inadequado são típicos em adolescentes com quadros depressivos, mas não para quadros de ansiedade. Em contraposição, James e colaboradores (2021) encontraram uma associação entre uso de máscara e aumento de ansiedade em adolescentes. Ademais, nas análises efetuadas, a preocupação com a pandemia foi identificada como um preditor para ansiedade, achado similar ao encontrado na literatura recente (Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020a; Zhou *et al.*, 2020b; Hafstad *et al.*, 2021; James *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Liu & Wang, 2021; Sandín *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021).

Além do comportamento e características dos adolescentes, sintomas de depressão e ansiedade foram associados ao trabalho presencial dos responsáveis durante a pandemia, principalmente nas áreas de saúde e trabalhos domésticos. Por outro lado, ter responsáveis na linha de frente de atuação contra a COVID-19 não foi significativo. Em uma pesquisa



realizada no município do Rio de Janeiro, Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2020) encontraram um aumento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em adultos cariocas que trabalharam presencialmente durante a pandemia.

Algumas explicações são possíveis para justificar o achado. Por um lado, a saúde mental dos pais se mostrou relacionada a dos adolescentes, logo, esses sintomas poderiam variar conjuntamente (Akgül & Ergin, 2020; Hafstad *et al.*, 2021). Outra possibilidade seria referente ao aumento da exposição ao COVID-19, fato esse já associado com sintomas na literatura recente, considerando que o isolamento social é um dos principais meios de prevenção da doença (Zhou *et al.*, 2020a; Kiliñel *et al.*, 2021; Qin *et al.*, 2021; Zhen & Zhou, 2021). Outra possível explicação seria a redução da participação dos pais na vida do adolescente, tendo em vista a necessidade de se deslocar para o trabalho, pois algumas pesquisas apontaram a participação dos pais como um fator protetivo relacionado à redução de sintomas psicológicos (Cheng *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021).

Ademais, conflitos domiciliares e desentendimentos dos adolescentes com outras pessoas, vivência de situações de abuso ou violência foram associados a sintomas de ansiedade e depressão. Friedberg e McClure (2004) apontam a irritabilidade, presença de conflitos e comportamento de risco como típicos da depressão. Em estudos anteriores, o abuso foi relacionado à incidência de depressão (Avanci *et al.*, 2008), enquanto a exposição à violência foi ligada ao aumento na incidência de quadros de saúde mental (Blay *et al.*, 2008; Ribeiro *et al.*, 2013).

Ao mesmo tempo que o adoecimento de pessoas queridas teve associação com ansiedade e depressão, a contaminação por COVID-19 do adolescente, de seus pais ou irmãos não foi significativa. Curiosamente, foi encontrada uma relação entre ansiedade e infecção por COVID-19 de amigos e vizinhos, o que pode ser justificada pelo aumento no risco de contaminação. Por outro lado, ter pessoas próximas no grupo de risco, perda de renda familiar, ter passado por situação de fome ou privação não se mostraram significativos. Dentre adultos cariocas, oferecer cuidados para uma criança foi um fator protetor enquanto cuidar de idosos foi um fator de risco (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020). Para os adolescentes, não foi avaliada essa diferença e a tarefa de cuidar de alguém durante a pandemia se mostrou um fator de risco para sintomas psicológicos.

A experiência de falecimento de pessoas queridas por COVID-19 ou por outros motivos não se mostrou associado a sintomas de ansiedade ou depressão. No DMS-5, é discutida a

diferenciação entre luto e depressão, que geralmente é combinada quando há presença de outros fatores de vulnerabilidade (APA, 2014). Contudo, ter tido pessoas próximas doentes e ter cuidado de outras pessoas estava associado.

Além dos elementos individuais e pessoais, nessa pesquisa foram identificados fatores de risco relacionados ao contexto da pandemia. Os dados epidemiológicos da média móvel de número de casos e de óbitos, bem como a ocupação de leitos hospitalares de UTI por complicações de quadros de COVID-19 se mostraram aspectos externos relacionados a ansiedade e depressão. A taxa de casos, óbitos e ocupação hospitalar foram apontadas como preditores destes sintomas. Nas ondas críticas identificadas no município do Rio de Janeiro, tanto a rede de saúde pública quanto a privada sofreram com a ocupação acima da sua capacidade, apresentando fila de espera para atendimento médico (FIOCRUZ, 2020a).

Mundialmente, Zhou e colaboradores (2020a) encontraram uma relação entre a prevalência de depressão em adolescentes e o número de casos de infecção por COVID-19, assim como O'Connor e colaboradores (2020) observaram uma variação de sintomas em adultos ao longo de ondas de infecção. Por outro lado, Varma e colaboradores (2021) não encontraram este tipo de associação em um estudo global com adultos. Os dados levantados sobre isolamento social, a partir da estimativa do índice de permanência domiciliar (FIOCRUZ, 2021), diferente das expectativas, não foram identificados significativos para depressão ou ansiedade entre adolescentes brasileiros.

Em relação aos comportamentos de prevenção, a exposição ao sol se mostrou associada à redução de sintomas de ansiedade e de depressão, enquanto a atividade física foi identificada como um fator protetor para depressão. A relação entre vitamina D e depressão (Bersani *et al.*, 2019; Manzanos *et al.*, 2020; Thomas & Al-Anouti, 2017) e a influência da atividade física na redução de transtornos (Chen *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020; Turk *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2020a) são fatores amplamente estudados. Por outro lado, as atividades de lazer, sociais e de realização pessoal não tiveram o mesmo impacto do que o esperado na literatura (Miliauskas & Faus, 2020).

#### 4.6.

#### Conclusão

O DSM-5 (APA, 2014) indica que experiências ambientais adversas são um conjunto de fatores de risco potenciais para quadros psiquiátricos. A COVID-19 acarretou um prejuízo na saúde mental, intensificando a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão internacionalmente (Araujo *et al.*, 2020; Fegert *et al.*, 2020; Jones *et al.*, 2021; Racine *et al.*, 2021; Salum *et al.*, 2017), assim como ocorreu no município do Rio de Janeiro.

A depressão na adolescência acarreta riscos de suicídio, abuso de substâncias, evasão escolar, comportamento antissocial, destruição de bens (públicos ou privados) e atividade sexual insegura (Friedberg & McClure, 2004; APA, 2014; WHO, 2020i). Quadros de ansiedade iniciados na juventude tendem a se desenvolver com agravamento de sintomas até a vida adulta, tornando-se um risco para a saúde mental na vida futura (Stallard, 2010; Petersen *et al.*, 2011). Assim, os achados atuais de aumento de sintomas e os fatores associados à variação deles merecem mais estudos e entendimento, considerando o potencial impacto futuro. A compreensão deste fenômeno serve de base para o desenvolvimento de planos de intervenção e promoção de saúde como resposta, próprios para as necessidades da faixa etária adolescente, que tem características específicas distintas de crianças e adultos.

A OMS (WHO, 2020i, 2021a) propõe intervenções em níveis social, comunitário, familiar e individual para lidar com os impactos emocionais do COVID-19. Essa proposta envolve a elaboração de leis e de políticas, oferecimento de serviços em nível comunitário para promoção de saúde entre adolescentes e seus responsáveis, bem como o fortalecimento da rede de assistência psicossocial. A UNICEF (2021) reforça o papel da escola e da família como espaços de promoção de resiliência, promoção de saúde e bem-estar. Estes são espaços onde é possível a identificação daqueles que demandam maior suporte psicossocial e da rede de saúde mental.

Considerando as particularidades da cidade do Rio de Janeiro, os achados referentes a estrato socioeconômico apresentaram uma relação com ansiedade, assim como residir em ruas não pavimentadas e estudar em escolas públicas. Nos estudos com adolescentes durante a pandemia, a vulnerabilidade familiar foi um fator associado a sintomas (Chen *et al.*, 2020; Hafstad *et al.*, 2021; James *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021). Assim, mais estudos se tornam necessários para melhor definir a relação entre sintomas e características socioeconômicas. Um debate para futura avaliação seria se outros elementos sociais, como Índice de

Desenvolvimento Humano Municipal (Atlas Brasil, 2022) dos bairros de residência teria um maior impacto sobre a presença de sintomas.

Também se tornam necessários mais estudos sobre o tema com adolescentes brasileiros, para subsidiar a análise dos impactos da pandemia nesta geração, como, por exemplo, estudos longitudinais e em outras localidades do país. Em estudos longitudinais mundiais, encontrou-se uma divergência entre achados de pesquisa: Qin e colaboradores (2021) encontraram um significativo aumento de sintomas de ansiedade em adolescentes chineses durante a pandemia, enquanto outros estudos encontraram valores aproximados com o período anterior (Hafstad *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021). Nesta pesquisa, avaliou-se uma maior concentração de participantes com sintomas de ansiedade e depressão nos questionários de 2021 do que nos de 2020, mas essa observação isolada não é suficiente para subsidiar conclusões. A análise da variação dos sintomas longitudinalmente merece uma investigação mais aprofundada, com cuidados metodológicos para reduzir vieses que possam afetar a interpretação dos resultados.

Assim, neste artigo, apresentou-se os achados com adolescentes moradores do Rio de Janeiro, discutindo-os com a produção científica internacional. Espera-se ter colaborado com o entendimento dos efeitos emocionais da COVID-19, para promover ações adequadas de cuidado com as vidas de alguma forma impactadas.

## Conclusão e Trabalhos Futuros

A pandemia de COVID-19 e suas consequências ocasionaram um impacto considerável nos jovens e em seu bem-estar psicológico (Araujo *et al.*, 2020). As medidas de isolamento e as restrições de contato têm o potencial de ameaçar significativamente a saúde mental de crianças e adolescentes (Almeida *et al.*, 2022). A adolescência é uma etapa do desenvolvimento de vulnerabilidade psicológica e um fator estressante desta magnitude tem um potencial de ocasionar um grave impacto neste estrato da população. Assim, nessa dissertação, pesquisou-se sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes em meio à crise sanitária.

Essa dissertação foi composta de dois artigos distintos sobre ansiedade e depressão no contexto da COVID-19: o primeiro, uma revisão sistemática de pesquisas internacionais que avaliaram estes sintomas, os fatores de risco que favoreceram seu aparecimento e os de proteção associados à redução da sua apresentação; o segundo, uma pesquisa de coorte realizada com adolescentes moradores do município do Rio de Janeiro, identificando a relação da presença de sintomas psicológicos com suas características sociodemográficas, experiências vividas e dados epidemiológicos do coronavírus.

Os resultados indicam altos níveis de danos à saúde mental de adolescentes na maioria dos países analisados. Na pesquisa de coorte com cariocas, a prevalência foi de 36,8% de ansiedade, 51,3% de depressão e 32,9% de comorbidade deles. Os valores encontrados no Brasil estiverem dentro da variação dos achados de outras pesquisas com adolescentes mundialmente, em países como China (Chen *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020a; Zhou *et al.*, 2020b; Chen, *et al.*, 2021; Qin *et al.*, 2021; Zhen & Zhou, 2021), Turquia (Turk *et al.*, 2021), Nepal (Bhatta *et al.*, 2021), Austrália (Li *et al.*, 2021), Espanha (Sandín *et al.*, 2021) e Reino Unido (James *et al.*, 2021), que oscilaram entre 21,2% e 48,6% de ansiedade, entre 21,2% e 68,1% de depressão, bem como a comorbidade de ambos encontrada entre 6,3% e 47,1%.

Um questionamento possível seria se o cenário de agravamento desses índices poderia ser atribuído à pandemia, considerando que esta tendência estava presente em pesquisas desde 1990 realizadas pelo IHME (2020a). Contudo, o valor encontrado nas pesquisas recentes é

significativamente superior aos achados anteriores e às taxas de crescimento de prevalência da problemas de saúde mental apurados em estudos longitudinais (Bonadiman *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2021). Ademais, verificou-se a correlação entre variáveis próprias do COVID-19, como taxa de ocupação de leito, óbitos e casos registrados, com a apresentação de sintomas de queixas de saúde mental.

A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre adolescentes de 12 a 17 anos moradores do município do Rio de Janeiro durante a pandemia também foi superior a estudos prévios na mesma localidade. Lopes e colaboradores (2016) encontraram, entre 2013 e 2014, a prevalência de ansiedade e/ou depressão em 28,9% dos adolescentes avaliados (entre 12 e 17 anos e moradores do Rio de Janeiro). Anteriormente, em pesquisa realizada entre 2007 e 2008 com adolescentes e adultos do município do Rio de Janeiro, foram encontrados valores de 12,1% de ansiedade, 4,6% de depressão e 2,7% de ambos (Blay *et al.*, 2018).

Em pesquisas combinando o público adolescente com adultos internacionalmente no contexto da pandemia, a prevalência de sintomas variou entre 8,3% e 41,30% para ansiedade e 9,0% a 36,6% para depressão (Lei *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2021b; Porter *et al.*, 2021). As pesquisas brasileiras com adultos mostraram valores superiores aos outros países e chegaram até 81,9% de ansiedade e até 68,0% de depressão (Depolli *et al.*, 2021; Goularte *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021). Os achados epidemiológicos de adultos e adolescentes também foram superiores às pesquisas envolvendo crianças e adolescentes (Xie *et al.*, 2020; Liu & Wang, 2021; Luijten *et al.*, 2021; Orgilés *et al.*, 2021).

Os participantes da pesquisa realizada com adolescentes durante a pandemia no Rio de Janeiro tiveram valores de sintomas de ansiedade e depressão próximos às médias encontradas na Ásia, mesmo tendo tido os primeiros casos de COVID-19 cerca de 3 meses depois. Por outro lado, os artigos originários da Europa tendiam a valores de sintomatologia inferiores. O impacto da crise sanitária na saúde física e mental de crianças e adolescentes tem sido maior na América Latina do que em países da Europa ou América do Norte, provavelmente associado à maior população nesta faixa etária, menor disponibilidade dos serviços de saúde e maior da vulnerabilidade social nestes países (IFF, 2021).

As médias de sintomas psicológicos da Ásia e Brasil foram muito superiores às encontradas em dois países da Europa: 6,3% na Noruega e 9,4% na Itália (Hafstad *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021), pertencentes ao ranking dos países com IDH mais elevados (Tabela 5.1). Uma possível explicação para esse achado seriam a disponibilidade de recursos econômicos,

políticos e científicos que garantiram mais estabilidade no contexto pandêmico para sua população. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dado que exemplifica essa argumentação, pois trata-se de uma medida calculada a partir de critérios como longevidade, educação e renda de um país (Atlas Brasil, 2022).

<b>Tabela 5.1 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Global 2014 (PNUD, 2022) e dados epidemiológicos de COVID-19 em 2020 e 2021 (OWID, 2022) de 9 países</b>				
IDH			Valor Acumulado	
Ranking	País	IDH 2014	Casos	Óbitos
1	Noruega	0,944	394.259	1.305
2	Austrália	0,935	425.496	2.253
14	Reino Unido	0,907	12.964.690	148.737
26	Espanha	0,876	6.294.745	89.405
27	Itália	0,873	6.125.683	137.402
<b>72</b>	<b>Turquia</b>	<b>0,761</b>	<b>9.482.550</b>	<b>82.361</b>
<b>75</b>	<b>Brasil</b>	<b>0,755</b>	<b>22.291.839</b>	<b>619.334</b>
<b>90</b>	<b>China</b>	<b>0,727</b>	<b>102.314</b>	<b>4.636</b>
<b>145</b>	<b>Nepal</b>	<b>0,548</b>	<b>828.431</b>	<b>11.594</b>

Mais pesquisas sobre as características sociodemográficas dos países considerados são um plano futuro que tende a complementar os dados ora analisados, considerando os alertas do IHME (2020b) sobre a importância do desenvolvimento social e econômico na saúde geral da população. Em pesquisas anteriores, países de renda baixa e média tiveram maior prevalência de transtornos de saúde mental em comparação com os de alta renda (Kola *et al.*, 2021). Antes mesmo da pandemia, a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros superava à frequência entre britânicos (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

O estudo realizado com adolescentes do Rio de Janeiro tem como diferencial o cruzamento de achados dos participantes com dados de saúde pública, que se mostraram variáveis preditoras de desfechos de saúde mental. Dos demais estudos que incluíram essa variável em suas análises, os achados são contraditórios. Os dois artigos encontrados com adolescentes são originários da China: Chen e colaboradores (2020) encontraram maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes que alegaram ter casos de COVID-19 confirmados em sua comunidade, enquanto Zhou e colaboradores (2020a) constataram maior frequência de depressão em províncias com menos número de casos.

A comparação entre estudos distintos com dados epidemiológicos pode ser uma saída para melhor compreender o cenário atual de saúde mental. Os valores de casos e óbitos acumulados em 2020 e 2021 foram incluídos na tabela acima, porém não fornecem informações suficientes para interpretação. Logo, a busca por informações dinâmicas pode ser uma saída mais adequada, considerando que a pesquisa com adolescentes cariocas encontrou em

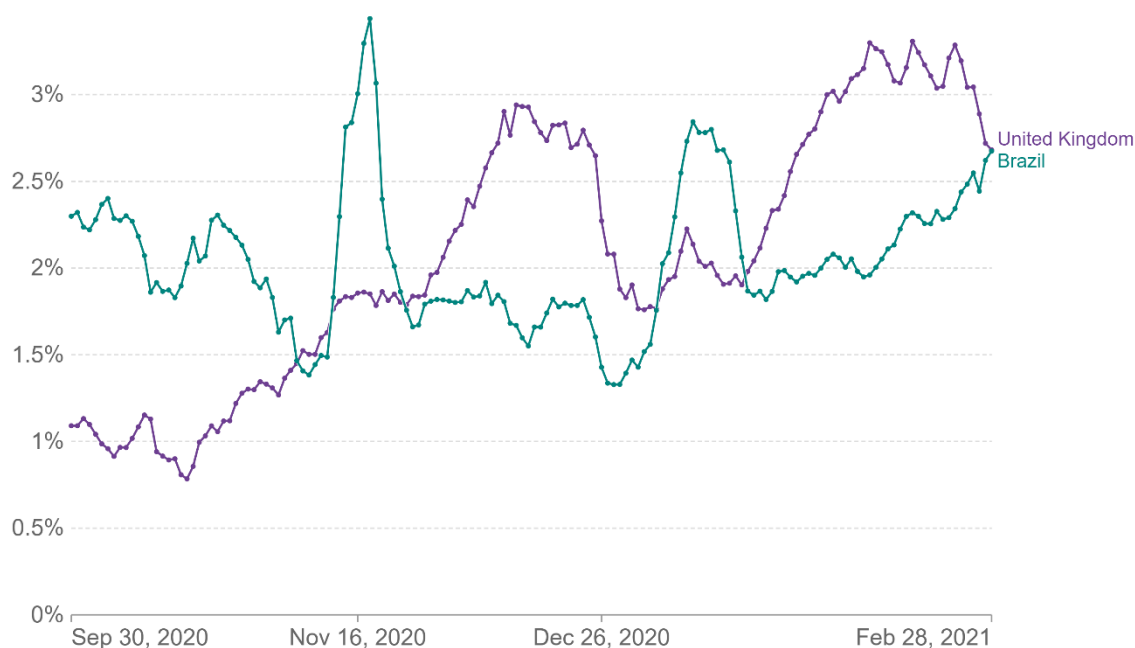
elementos como a ocupação hospitalar e média móvel de óbitos por COVID-19 preditores para o aumento de sintomas de ansiedade e depressão. Portanto, estima-se o mesmo em nível mundial e mais pesquisas são necessárias para confirmar esta hipótese.

Um exemplo da proposta seria a comparação de achados nas pesquisas com adolescentes cariocas e do Reino Unido (James *et al.*, 2021): ambos coletaram dados concomitantemente entre setembro de 2020 e fevereiro 2021, porém os dados de ansiedade da pesquisa do Reino Unido (21,2%) foram inferiores aos da pesquisa brasileira (36,8%). Ao comparar a taxa de letalidade (proporção de óbitos por casos registrados) de ambos os países no período, o Brasil apresentou em diversos momentos valores mais elevados, com média de 41,4% versus 34,0% do Reino Unido (Figura 5.1).

### Moving-average case fatality rate of COVID-19

The case fatality rate (CFR) is the ratio between confirmed deaths and confirmed cases. Our rolling-average CFR is calculated as the ratio between the 7-day average number of deaths and the 7-day average number of cases 10 days earlier.

Our World  
in Data



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Figura 5.1 – Letalidade por COVID-19 no Brasil e Reino Unido, entre 30 set 2020 e 28 fev 2021 (OWID, 2022).

Cabe ressaltar que Varma e colaboradores (2021) realizaram um estudo com 1.653 adultos de 63 países, separando os participantes em 3 grupos de acordo com o número de casos locais. Os autores não encontraram diferença nos sintomas de ansiedade e depressão entre esses

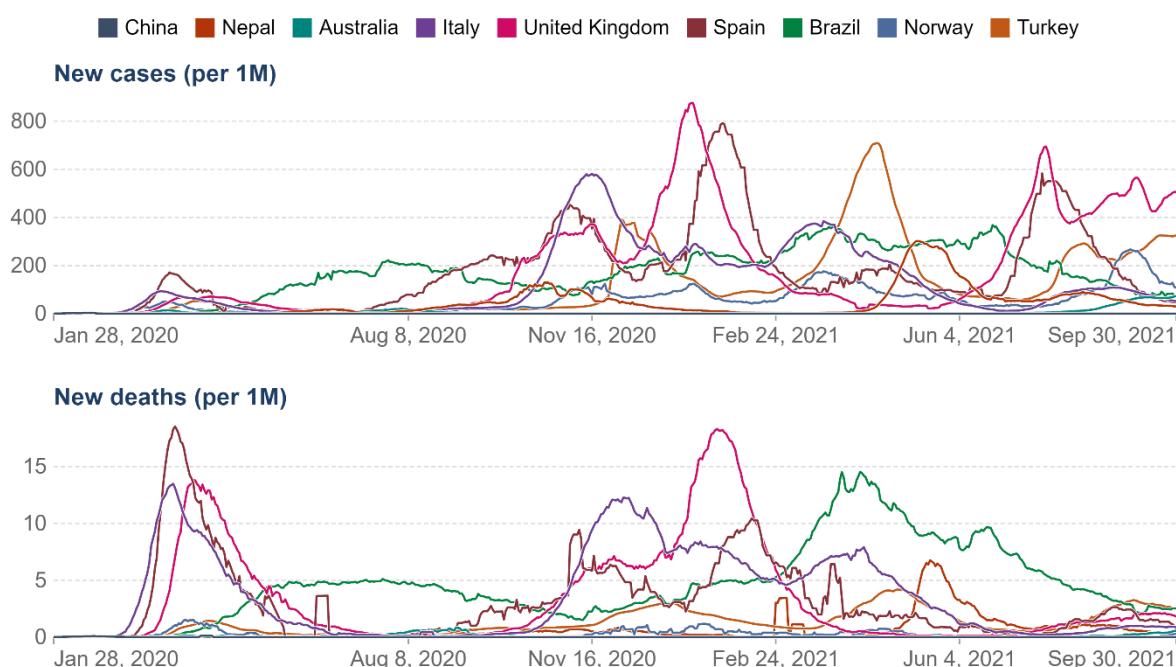


grupos. No entanto, a interpretação desses dados merece cautela, considerando que o tamanho da amostra não era representativo para a população estudada. Mais da metade dos respondentes era originário da Austrália e do Reino Unido e, por último, os dados epidemiológicos utilizados foram de uma data específica, mas a coleta de dados ocorreu numa janela de quase 2 meses, tempo suficiente para mudanças de cenário, especialmente em tempos de COVID-19. Ademais, outras variáveis poderiam ser consideradas para análise, como ocupação de leitos hospitalares, quantidade de óbitos e casos, que foram significativos na pesquisa com adolescentes cariocas. Outras condições que também podem ser avaliadas são: proporção de registros frente à população local e volume de testes realizados.

### Daily new confirmed COVID-19 cases & deaths per million people

7-day rolling average. Limited testing and challenges in the attribution of cause of death means the cases and deaths counts may not be accurate.

Our World  
in Data



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Figura 5.2 – Média móvel de casos e óbitos por COVID-19 em 9 países entre 28 jan. 2020 e 30 set. 2021 (OWID, 2022).

Assim, a particularidade do momento epidemiológico no momento de coleta da pesquisa merece mais exploração e há dados internacionais disponíveis para isso (OWIN, 2022). Em um primeiro momento, o mundo viveu a pandemia de uma forma mais uníssona, devido à rápida dispersão do Sars-CoV-2 e à corrida para descoberta de seus meios de prevenção, profilaxia e vacinas. Entretanto, o COVID-19, uma vez disperso pelo mundo, assumiu padrões distintos nos diferentes países quanto a incidência de casos e óbitos, como exemplificado na Figura 5.2

acima. Fatores como recursos de saúde, medidas de isolamento e relaxamento delas, perfil da população e diferenças culturais podem estar influenciando as distintas realidades de vivência da pandemia no mundo.

Mais estudos se tornam necessários para melhor definir a relação entre sintomas clínicos e características socioeconômicas também localmente. Os achados da pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro encontraram relação entre ansiedade e estrato socioeconômico, assim como residir em ruas não pavimentadas e estudar em escolas públicas. Um debate para futura avaliação na pesquisa com adolescentes cariocas seria se outros fatores sociais teriam maior impacto sobre a presença de sintomas, como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do bairro de residência dos participantes. O IDHM é uma adaptação do IDH para o contexto brasileiro, também baseado em níveis de educação, longevidade e renda, permitindo a comparação entre diferentes localidades nacionais (Atlas Brasil, 2022).

Além disso, a produção e disponibilização de dados epidemiológicos sobre a COVID-19 continua crescente pela FIOCRUZ (2020a). Pretende-se realizar uma expansão dos dados considerados nas análises, tendo em vista a presença de registros atuais sobre vacinação e sobre grupos de risco por município. Além dos dados publicados pela FIOCRUZ, o *Institute of Health Metrics and Evaluation* (2022) apresenta valores globais e regionais sobre uso de máscara, distanciamento social e testagem de COVID-19. Estes dados podem ser utilizados para auxiliar a compreensão dos impactos do contexto pandêmico, bem como orientar medidas de prevenção e intervenção no público estudado.

Ao longo da coleta de dados com os adolescentes cariocas, o Brasil iniciou a sua imunização em janeiro de 2021, privilegiando idosos, profissionais de saúde e pessoas pertencentes ao grupo de risco para a COVID-19 (Brasil, 2021). A faixa etária dos 12 anos foi alcançada em setembro de 2021, período de encerramento da coleta da pesquisa. James e colaboradores (2021) também realizaram parte de sua coleta concomitantemente com o início da vacinação, que foi aprovada o Reino Unido no dia 30/12/2020 (FIOCRUZ, 2021a), e teve índices de ansiedade e depressão menores do que os brasileiros. A China começou sua vacinação antes, em agosto de 2020 (Instituto Butantan, 2021), mas ainda não foi localizado nenhum artigo com adolescentes desse período.

Outro ponto a observar sobre os estudos que compuseram a revisão sistemática é a questão temporal: a maioria dos artigos iniciaram e terminaram a sua coleta de dados no primeiro semestre de 2020, mas foram publicados somente em 2021. A coleta de dados da

pesquisa com os adolescentes cariocas iniciou-se no segundo semestre de 2021 e somente foi possível a comparação com um estudo contemporâneo (James *et al.*, 2021). As demais pesquisas realizadas no mesmo período ainda estão sendo publicadas e, portanto, somente no futuro será possível acessá-las para subsidiar mais análises. Cabe ressaltar que os artigos da revisão sistemática que realizaram a coleta de dados no segundo semestre de 2020 tiveram valores mais elevados de sintomas do aqueles que o fizeram no primeiro semestre.

As pesquisas longitudinais são úteis para auxiliar na compreensão sobre o comportamento dos sintomas ao longo do tempo da pandemia. O artigo de Chen e colaboradores (2021b) pesquisou um grupo de adolescentes e adultos chineses em momentos distintos: em fevereiro de 2020 e abril de 2020 durante a pandemia. No intervalo de 2 meses, os autores observaram um aumento dos sintomas de depressão de 36,6% para 57,0% e de ansiedade de 19,0% para 36,7%. Por outro lado, O'Connor e colaboradores (2020) observaram uma variação oposta de redução de sintomas de ansiedade e de depressão em adultos do Reino Unido ao longo de 2 meses. É grande o espaço para desenvolvimento desses estudos para entender a tendência dos sintomas psicológicos ao longo da crise sanitária e, principalmente, se os valores encontrados se mantêm ou tendem a reduzir com a sua desaceleração. Provavelmente estes dados somente poderão ser reunidos em pesquisas futuras, a partir da evolução da própria pandemia e a publicação de mais estudos quantitativos.

Na pesquisa com adolescentes cariocas, coletou-se os dados ao longo de um ano, mas a participação de respondentes foi superior nos primeiros meses. Mesmo tendo encontrado uma maior concentração de participantes com sintomas clínicos de ansiedade e depressão nos questionários de 2021, outros fatores poderiam melhor explicar este achado. Assim, considerando esse desequilíbrio da quantidade de respostas, para testar a hipótese de que os sintomas dos adolescentes pioraram ao longo do tempo de pandemia, faz-se necessário um estudo estatístico mais cuidadoso para dividir a amostra em subgrupos similares. A comparação entre esses subgrupos, ao invés da análise só do critério temporal, tende a reduzir a influência de variáveis de confusão.

Outro modelo de estudo longitudinal encontrado foi de comparação de achados coletados previamente e durante a pandemia. Alguns desses estudos buscaram os mesmos participantes nas duas coletas, enquanto outros compararam os dados entre grupos semelhantes. Os resultados encontrados foram divergentes nas pesquisas analisadas com adolescentes: valores menores, próximos ou maiores nos recortes temporais (Hafstad *et al.*, 2021; Muzi *et al.*, 2021;

Qin *et al.*, 2021). Outros autores (Hawes *et al.*, 2021; Mayne *et al.*, 2021) fizeram pesquisas em formato semelhante, mas com uma população de adolescentes e adultos, e encontraram um aumento na incidência de depressão. Hawes e colaboradores (2021) pesquisaram adicionalmente a ansiedade, que também se elevou durante o COVID-19, principalmente, a ansiedade generalizada e a ansiedade social.

Ademais, mais uma ressalva que merece ser feita na compreensão dos dados apresentados nessa dissertação foi o uso de distintos instrumentos para avaliação dos sintomas. Na revisão sistemática, 4 artigos da China, Nepal e Reino Unido utilizaram o instrumento GAD-7 para avaliação de ansiedade (Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020b; Bhatta *et al.*, 2021; James *et al.*, 2021). Essa escala se mostrou mais popular provavelmente pela ampla faixa etária abrangida e pelo seu tamanho reduzido. Os valores de prevalência de sintomas variaram entre 21,2% e 48,6% nestes estudos. Os instrumentos mais utilizados para depressão foram o CES-D, com valores entre 39,5% e 68,1% (Zhou *et al.*, 2020a; Zhen & Zhou, 2021), e o PHQ-9, que teve valores de prevalência próximos, entre 43,7% e 45,7% (Lu *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020b), ambos utilizados em pesquisas chinesas. O instrumento de avaliação de ansiedade e depressão RCADS-30 foi utilizado em pesquisas de países distintos, Espanha (Sandín *et al.*, 2021) e Turquia (Turk *et al.*, 2021), variando entre 34,0% e 45,6%.

Comparou-se os artigos da revisão sistemática com a pesquisa com adolescentes cariocas também em relação à escolha dos instrumentos. Nenhum outro artigo utilizou a escala CDI, mas a escala SCARED foi utilizada no estudo de Chen e colaboradores (2020), realizada na China, que encontrou valores de ansiedade um pouco abaixo dos encontrados na amostra brasileira: 23,5% versus 36,8%. Inicialmente, considerando que a idade se mostrou um fator de risco para o aumento de sintomas, imaginou-se que a diferença poderia ser atribuída à diferença de idade com a amostra chinesa, que era composta por indivíduos entre 13 e 15 anos, enquanto a brasileira era entre 12 e 17 anos. Contudo, extraindo-se apenas os dados dos cariocas entre 13 e 15 anos, ainda assim a prevalência de ansiedade nos cariocas manteve-se superior: 36,1%. Assim, pensou-se em explicações alternativas como o período de avaliação e questões epidemiológicas locais, que merecem mais estudo.

Ainda comparando o uso de instrumentos, Hawes e colaboradores (2021) utilizaram os mesmos instrumentos adotados na pesquisa com adolescentes cariocas, só que avaliando também jovens adultos americanos. O CDI e SCARED são instrumentos mais longos do que outras escalas como GAD-7 e PHQ-9, porém, como estão organizados em subescalas, fornecem

dados mais detalhados sobre a sintomatologia. Os valores médios dos americanos nas (sub)escalas foram mais baixos do que os brasileiros, conforme Tabela 5.2 abaixo. Considerando o objetivo inicialmente estabelecido na pesquisa, não foi possível realizar a exploração desses detalhes da escala, mas este é um trabalho futuro que será desdobrado em cima dos dados já coletados.

<b>Tabela 5.2 – Comparação estudos Estados Unidos (Hawes <i>et al.</i>, 2021) e Brasil</b>		
Características dos estudos	<i>Long Island</i> – EUA	Rio de Janeiro – BR
Período da coleta	mar. 2020 a mai. 2020	set. 2020 a set. de 2021
Amostra	505	419
Perfil dos Participantes	Adolescentes e Adultos	Adolescentes
Média (DP) CDI	9,61 (7,74)	18,66 (10,43)
Média (DP) Pânico/Somatização*	4,96 (5,03)	8,56 (6,64)
Média (DP) Ansiedade Generalizada*	7,62 (4,92)	10,35 (4,64)
Média (DP) Ansiedade Social*	5,43 (4,00)	5,46 (4,08)
* Subescalas do SCARED.		

Um outro ponto referente às escalas adotadas é a definição de ponto de corte. A escolha da utilização do ponto de corte convencionado na literatura (Gouveia *et al.*, 1995; Desousa *et al.*, 2013; Isolan *et al.*, 2011; Wathier, *et al.*, 2008) foi por conveniência. Contudo, essa escolha traz uma série de riscos: a população de validação dos instrumentos é distinta do público carioca, o ponto de corte pode não se adaptar às mudanças ocasionadas pela pandemia e com a própria sintomatologia apresentada pelo público. Assim, pretende-se desenvolver dois estudos específicos em cima das escalas utilizadas, para propor pontos de corte baseados no desvio padrão dos dados da amostra, para debater os achados com os diversos estudos e versões dos instrumentos.

O perfil sociodemográfico dos adolescentes mais impactados foi semelhante no Brasil e no mundo: sexo feminino, com idade entre 15 e 17 anos e nos últimos anos finais escolares, o que combina a literatura clássica (Friedberg, 2004; Wainer & Piccoloto, 2011; APA, 2014). Entretanto, houve diferença entre as demais variáveis estudadas nos artigos analisados. Na pesquisa nacional com adolescentes, não foram pesquisadas questões como uso de eletrônicos, hábitos alimentares, alterações na rotina de sono, queixas de solidão, estratégias de enfrentamento, diagnósticos prévios e envolvimento dos pais. Esses temas foram comuns nos artigos publicados pelo mundo e poderiam ter enriquecido os dados coletados. Como a elaboração das pesquisas foi feita concomitantemente, acabaram tendo vieses distintos, mas que podem ser complementares para o entendimento do contexto atual. Por outro lado, temas inéditos foram explorados, como a exposição ao sol, psicoterapia, engajamento em atividades de realização pessoal e adoção de meios de prevenção.

Em comum, os dois formatos de estudo apresentados nessa dissertação encontraram a presença de sintomas associados a: preocupação com a pandemia, exposição ao vírus, vulnerabilidade familiar e problemas de saúde durante a pandemia. A existência dessas queixas não só correspondia a sintomas somáticos da ansiedade e depressão, como também podem ter sido agravadas pela própria COVID-19, que acarretou a superlotação de serviços de saúde e dificuldade no acesso a tratamentos, conforme sinalizado pela FIOCRUZ (2020d).

As recomendações divulgadas ao longo de 2020 e 2021 envolveram orientações gerais para a promoção de saúde mental que envolviam o estabelecimento de rotinas, atividades físicas, consumo moderado de notícias e de substâncias, adesão a atividades relaxamento e de organização, envolvimento dos pais na promoção de tempo de qualidade em família, manutenção dos laços sociais e, em caso de sofrimento agravado, tratamento psicoterápico e psiquiátrico (Fegert *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2020b; Miliauskas & Faus, 2020; Sajid *et al.*, 2020; WHO, 2020f, 2020g, 2020h). Essas orientações também citavam a alimentação saudável, a escuta e o acolhimento das emoções, a construção de acordos e regras de convivência em casa, o compartilhamento das tarefas domésticas, o retorno à escola gradual, para viabilizar adaptações necessárias para proteção e cuidados, na tentativa de dar sentido ao momento vivido (IFF, 2021).

A UNICEF (2021) reforça o papel da escola e da família na promoção de resiliência, de saúde e bem-estar em adolescentes, bem como identificação daqueles que demandam maior suporte psicossocial da rede de saúde mental. A importância da família em auxiliar o adolescente a passar por este período com menor sofrimento ou prejuízo foi um fator de proteção indicado na revisão sistemática (Cheng *et al.*, 2021; Turk *et al.*, 2021). As cartilhas e orientações produzidas na quarentena indicavam a participação dos pais mediando o acesso dos adolescentes a informações, apoiando a organização para atender às demandas escolares, promovendo contatos sociais à distância com amigos e familiares (Miliauskas & Faus, 2020). Exemplos de ações de cuidado incluem o diálogo aberto sobre a pandemia com base em informações adequadas, pois o excesso de informação se mostra um fator de risco (Chen *et al.*, 2020).

A identificação do grupo mais vulnerável é um alvo para o direcionamento de intervenção, considerando o provável custo psicológico potencial severo e duradouro da COVID-19 na saúde mental. Há hoje uma necessidade urgente de esforços de saúde pública voltados para a melhora da saúde mental e do bem-estar desses adolescentes, para que possam

manter uma autoestima adequada, habilidades de relação interpessoal, capacidade para aprender, tomar decisões e responder aos desafios da vida (UNICEF, 2021).

O mapeamento de fatores de risco específicos para o público adolescente constitui um direcionador para as medidas de prevenção e intervenção precoce específicas para o público adolescente. Nas pesquisas com o público carioca, houve diferença entre os fatores observados em adultos e adolescentes (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020). Tanto na saúde pública, quanto na clínica particular, pode-se mitigar os efeitos adversos da COVID-19 em jovens com base no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e regulação emocional, bem como a sensibilização dos pais sobre o impacto da sua participação na rotina dos adolescentes.

A OMS (WHO, 2020i, 2021a) elaborou um manual e um guia com ferramentas para intervenções específicas com adolescentes no contexto pandêmico propondo ações em níveis social, comunitário, familiar e individual. Essa proposta direcionada a grupos-alvo é relevante e atual, mesmo em um momento de retomada de atividades. A educação socioemocional, sugerida para adolescentes de forma ampla, envolve ensino de técnicas de regulação emocional, solução de problemas e habilidades interpessoais), treino em *mindfulness* e em ferramentas de manejo de estresse. Já para aqueles adolescentes no grupo de risco para abertura de quadros psicológicos ou que já estejam apresentando os primeiros sinais, propõe-se intervenções baseadas em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), associadas a treino de pais.

Em emergência humanitárias, é fundamental a disponibilidade de serviços básicos seguros, o fortalecimento do apoio comunitário e familiar como rede de suporte (IASC, 2020). Os setores de saúde, educação e segurança também devem estar atentos ao aumento do risco de violência domiciliar neste contexto, bem como características individuais que possam afetar os cuidados a estratos específicos da população, como portadores de necessidades especiais, refugiados ou migrantes (FIOCRUZ, 2020f, 2020g, 2020h).

A psicoterapia foi um fator de proteção na pesquisa com adolescentes cariocas, sendo que os participantes que já estavam em terapia durante o início da pandemia tiveram menores índices de ansiedade e depressão clínicas. O tratamento psiquiátrico regular e emergencial de crianças e adolescentes durante a pandemia foi um grande desafio, pois demandou adaptações como, por exemplo, o teleatendimento (Miliauskas & Faus, 2020). A atividade física mostrou-se o principal fator de proteção para ansiedade e depressão, citada na maioria dos guias produzidos para a população e relacionada à redução de sintomas em pesquisas internacionais,

porém a exposição regular ao sol não foi tão presente e se mostrou relacionada a menores índices de depressão e ansiedade.

Essas recomendações focam na prevenção de problemas de saúde mental de curto, médio e longo prazo (Fegert *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2020b; Sajid *et al.*, 2020; WHO, 2020f, 2020g, 2020h). O Instituto de Métricas e Avaliações em Saúde (IHME, 2020b) alerta a necessidade de prevenção de doenças por meio de ações ou incentivos governamentais que promovam comportamentos mais saudáveis e acesso a recursos de saúde. O risco de problemas de saúde física e mental não podem ser desprezados, pois podem se manter por toda a vida e inclusive ocasionar o aumento do suicídio (WHO, 2020i, 2021a; IFF, 2021; UNICEF, 2021). A necessidade de uma estratégia global para a prevenção de mortes em mulheres, crianças e adolescentes já tinha sido proposta antes mesmo do COVID-19 (EWEC, 2015) e, no momento atual, demandam ainda maior atenção e cuidado.

A pandemia do Sars-CoV-2 completou 2 anos e muitas pesquisas foram produzidas nesse meio tempo. Esse fenômeno é contemporâneo e ainda se busca melhor entender os seus impactos. Como previsto, o coronavírus, suas medidas de contenção e consequências afetaram de forma significativa a saúde mental. Os achados nas diferentes pesquisas indicam a necessidade de mais estudos para melhor compreender entender a complexidade do cenário atual. Propõe-se aqui, como desdobramentos dos estudos apresentados, a pesquisa dos índices sociais e epidemiológicos dos países cujos artigos compuseram a revisão sistemática, para tentar entender sua relação com os achados. Além disso, pretende-se incluir na análise dos dados da pesquisa de coorte carioca variáveis de indicadores sociais dos bairros de residência dos participantes. Ademais, pretende-se evoluir os estudos das escalas adotadas, com a análise das informações decorrentes das subescalas e com uma proposta de ponto de corte, a partir do desvio padrão dos dados da amostra avaliada. O último estudo pensado é um recorte longitudinal da amostra em dois ou mais grupos representativos, para comparar a sintomas nos momentos distintos da quarentena.



## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, I.L. *et al.* *Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review.* **Revista Paulista de Pediatria**, v.40, out. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020385>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Porto Alegre: editora Artmed, 2014.

AKGÜL, G.; ERGIN, D.A. *Adolescents' and parents' anxiety during COVID-19: is there a role of cyberchondriasis and emotion regulation through the internet?* **Current Psychology**, v.40, jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01229-7>>. Acesso em: 15 set. 2021.

ARAÚJO, L. *et al.* *The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review.* **Jornal de Pediatria**, v.4, jul 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980318/>>. Acesso em: 23 set. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2019.** Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Critério Brasil 2020.** Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ASSUMPÇÃO Jr., F.B. **Psicopatologia Evolutiva.** Porto Alegre: editora Artmed, 2008.

Atlas Brasil. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24(10), out. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000014>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BALÁZS, J. *et al.* *Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk.* **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 54(6), jan. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BARBOSA, D.G. *et al.* Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.24(2), p.221-227, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020195>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BARRETO, I.C. *et al.* Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V.45, 1126-1139, out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1862>>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977.

BERSANI, F.S. *et al.* The relationship between Vitamin D and depressive disorders. **Rivista di Psichiatria**, v.54(6), p. 229-234, nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1708/3281.32541>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BIRMAHER, B. *et al.* The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.36(4), p.545-53, abr. 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BLAY, S.L. *et al.* 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brasil. **Journal of Affective Disorders**, v.232, p.204-221, mai. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.023>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BONADIMAN, C.S.C. *et al.* Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics** v.18(1), p.6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.797, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 fev. 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 mar. 2020b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Depressão**. 16 nov. 2020c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-1/depressao#:~:text=Segundo%20a%20OMS%2C%20a%20preval%C3%Aancia,as%20doen%C3%A7as%20durante%20a%20vida>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**, Brasília, DF, 15 mar. 2021. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano\\_vacinacao\\_versao\\_eletronica-1.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CAVALCANTE, J.R.; ABREU, A. de J. L. de. COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.29(3), fev. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000300007>>. Acesso em: 13 fev. 2022.

CHEN, F. *et al.* Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: a Transversal study. **Brain, Behavior and Immunity**, v.88, p.36-38, ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>>. Acesso em: 18 set. 2022.

CHEN, X. *et al.* Intervention Effect of the Integration Model on Negative Emotions of Adolescents during the Outbreak of Corona Virus Disease 2019. **Psychiatra Danubia**, v.33(1), p.86-94, Spring 2021a. Disponível em: <<https://doi.org/10.24869/psyd.2021.86>>. Acesso em: 18 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Depression, anxiety and associated factors among Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak: a comparison of two cross-sectional studies. **Translational Psychiatry**, v.11(1), p.148, mar. 2021b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01271-4>>. Acesso em: 18 set. 2022.

CHENG, G. *et al.* Stressful events and adolescents' suicidal ideation during the COVID-19 epidemic: A moderated mediation model of depression and parental educational involvement. **Children and Youth Services Review**, v.127, August 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.chldyouth.2021.106047>>. Acesso em: 18 set. 2022.

COELHO, C.L. *et al.* Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.35(2), p.142-9, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0875>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

COUTINHO, M. da P. de L.; CAROLINO, Z.C.G.; MEDEIROS, E.D. de. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de construto e consistência interna. **Avaliação psicológica**, v.7(3), p.291-300, dez. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2020.

\_\_\_\_. Relação entre Depressão e Qualidade de Vida de Adolescentes no Contexto Escolar. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v.17(3), p.338-351, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36249164003>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CZEISLER, M.É. *et al.* *Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States*, p.24–30, jun. 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.69(32), ago. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6932a1-H.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2022.

DENG, J. *et al.* *The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis*. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.1486(1), p.90-111, fev. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nyas.14506>>. Acesso em: 18 set. 2022.

DEPOLLI, G.T. *et al.* Ansiedade e depressão em atendimento presencial e tele-saúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.19, fev. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00317>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

DESOUSA, D.A. *et al.* *Sensitivity and specificity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a community-based study*. **Child Psychiatry and Human Development**, v.44(3), p.391-9, jun. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10578-012-0333-y>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

EL REFAY, A.S. *et al.* *Sleep quality and anxiety symptoms in Egyptian children and adolescents during COVID-19 pandemic lockdown*. **Bulletin of the National Research Center**, v.45(1), p.134, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s42269-021-00590-2>>. Acesso em: 22 set. 2021.

EVERY WOMAN EVERY CHILD (EWEC). **The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)**. 2015. Disponível em: <<http://globalstrategy.everywomaneverychild.org>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FEGERT, J.M. *et al.* *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*. **Child Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v.14; mai. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. *Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. v.43(6), p. 727–34, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. *The Relationship Between Behavioural And Psychosocial Factors Among Brazilians In Quarantine Due To Covid-19. The Lancet Psychiatry*, Manuscript Draft, abr. 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3566245>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FRIEDBERG, R.D.; MCCLURE, J.M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: editora Artmed, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Painel Monitora COVID-19**, 2020a. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica 1 MonitoraCOVID-19**, abr. 2020b. Disponível em: <[https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_1.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_1.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **A quarentena na COVID-19: Orientações e estratégias de cuidado**, cartilha, abr. 2020c. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-A-quarentena-na-Covid-19-orienta%c3%a7%c3%b5es-e-estrat%c3%a9gias-de-cuidado.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica 14 MonitoraCOVID-19: Óbitos em excesso, dentro e fora de hospitais, mostram quadro de desassistência à saúde no Município do Rio de Janeiro**, dez. 2020d. Disponível em: <[https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_14.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_14.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica 15 MonitoraCOVID-19: O fim do ciclo de interiorização, a sincronização da epidemia e as dificuldades de atendimento nos hospitais**, dez. 2020e. Disponível em: <[https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_15.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_15.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Violência doméstica e familiar na COVID-19**, cartilha, 2020f. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%c3%aancia-dom%c3%a9stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Crianças na pandemia COVID-19**, cartilha, 2020g. Disponível em: <[https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as\\_pandemia.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Covid-19: vacina de Oxford-AstraZeneca é aprovada no Reino Unido**, jan. 2021a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-vacina-de-oxford-astrazeneca-e-aprovada-no-reino-unido>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Pílula 02:** Impactos do represamento de notificações de casos e óbitos de Covid-19 na divulgação de dados, out. 2021b. Disponível em: <[https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/pilula\\_02.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/pilula_02.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância - Adolescência:** Uma fase de oportunidades, *New York*, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. (UNICEF). *Salud Mental e Infancia en el Contexto de la Covid-19*, jun. 2021. Disponível em: <[https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/COVID19\\_UNICEF\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/COVID19_UNICEF_Salud_Mental.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GOULARTE, J.F. *et al.* COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, v.132, p.32-37, jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

GOUVEIA, V.V. *et al.* Inventário de depressão infantil CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 44(7):345-349, jul. 1995.

HAFSTAD, G. *et al.* Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the COVID-19 outbreak - A prospective population-based study of teenagers in Norway. *Lancet Regional Health Europe*, v.28, mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100093>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

HAWES, M.T. *et al.* Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, p.1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0033291720005358>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet*. v.396, out. 2020a. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)>. Acesso em: 20 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic*. out., 2020b. Disponível em: <<https://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **COVID-19 Projections.** Disponível em: <<https://covid19.healthdata.org/global>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

INSTITUTO BUTANTAN. **CoronaVac, vacina do Butantan e da Sinovac, já é usada em mais de 40 países.** 2021. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-vacina-do-butantan-e-da-sinovac-ja-e-usada-em-mais-de-40-paises>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF). **COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente,** ago. 2020. Disponível em: <[http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19\\_saude\\_crianca\\_adolescente.pdf](http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS (DATA.RIO). **População residente, por idade e por grupos de idade, segundo as Áreas de Planejamento (AP), Regiões Administrativas (RA) e Bairros em 2000/2010,** set. 2018. Disponível em: <<https://www.data.rio/documents/PCRJ::popula%C3%A7%C3%A3o-residente-por-idade-e-por-grupos-de-idade-segundo-as-%C3%A1reas-de-planejamento-ap-regi%C3%B5es-administrativas-ra-e-bairros-em-2000-2010-/about>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Painel Rio COVID-19,** mar. 2020. Disponível em: <<https://www.data.rio/apps/painel-rio-covid-19/explore>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Guia Preliminar: Como Lidar com os Aspectos Psicossociais e de Saúde Mental Referentes ao Surto de COVID-19.** Mar. 2020. Disponível em: <<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

ISOLAN, L. *et al.* **Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents.** *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25:741-8.

JAMES, M. *et al.* **Factors influencing wellbeing in young people during COVID-19: A survey with 6291 young people in Wales.** *MedRxiv*, ago. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2021.08.13.21261959>>. Acesso em: 19 set. 2021.

Jatobá, J.D.A.V.N.; Bastos, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56(3), p.171-179, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

JONES, E.A.K.; MITRA, A.K.; BHUIYAN, A.R. **Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.8(5), mar. 2021. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph18052470>>. Acesso em: 09 jan. 2022.

KILINÇEL, Ş. *et al.* **Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey.** *Asia-Pacific Psychiatry*,

v.13(2), jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/appy.12406>>. Acesso em: 19 set. 2021.

KOLA, L. *et al.* COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **The Lancet Psychiatry**, V.8, jun. 2021. Disponível em: <<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/PIIS2215036621000250.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2021.

LEI, L. *et al.* Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. **Medical Science Monitor: international medical journal of experimental and clinical research**. Abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.12659/msm.924609>>. Acesso em: 18 set. 2021.

LEVIS, B. *et al.* Comparison of depression prevalence estimates in meta-analyses based on screening tools and rating scales versus diagnostic interviews: a meta-research review. **BMC Medicine**, v.17(1), mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1297-6>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LI, S.H. *et al.* The impact of COVID-19 on the lives and mental health of Australian adolescents. **European Child & Adolescent Psychiatry**; abr. 2021. Disponível em: <<https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1206884>>. Acesso em: 18 set. 2021.

LIAO, Q. *et al.* Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. **BMC Infectious Diseases**, v.14, mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-169>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

LIU, Y. *et al.* Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. **Journal of affective Disorders**, v.284, February 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.001>>. Acesso em: 18 set. 2021.

LIU, Q.; WANG, Z. Perceived stress of the COVID-19 pandemic and adolescents' depression symptoms: The moderating role of character strengths. **Personality and Individual Differences**. v.182, nov. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111062>>. Acesso em: 18 set. 2021.

LOADES, M. *et al.* Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.59(11), p.1218-1239, nov. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>>. Acesso em: 29 set. 2021.

LOPES, C.S. *et al.* ERICA: Prevalence of Common Mental Disorders in Brazilian Adolescents. **Revista de Saude Publica**, v.50(1), 2016. Disponível em:



<<https://doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. ERICA: *Prevalence of Common Mental Disorders in Brazilian Adolescents*. **Scielo Preprints**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2388>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

LU, C. *et al.* Moving More and Sitting Less as Healthy Lifestyle Behaviors are Protective Factors for Insomnia, Depression, and Anxiety Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic. **Psychology Research and Behavior Management**, v.17, p.1223-1233, dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/prbm.s284103>>. Acesso em: 18 set. 2021.

LUIJTEN, M.A.J. *et al.* The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. **Quality of Life Research**, v.30(10), p.2795-2804, out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

MACEDO, D.M.; PETERSEN, C.S.; KOLLER, S.H. Desenvolvimento Cognitivo, Socioemocional e Físico na Adolescência e as Terapias Cognitivas Contemporâneas In: NEUFELD, C.B. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MANZANOS, I. *et al.* Vitamin D: Between the Brightness of the sun and the Darkness of Depression. **Revista Colombiana de Psiquiatria (the English Edition)**, v.4, p.S0034-7450, nov. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.08.002>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARI, J. de J.; OQUENDO, M.A. Mental health consequences of COVID-19: the next global pandemic. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v.42(3), p.219-220, ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2020-0081>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MAYNE, S.L. *et al.* COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. **Pediatrics**, V.148(3), set. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2021-051507>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

MILIAUSKAS, C.R.; FAUS, D.P. Saúde mental de adolescentes em tempos de COVID-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v.30(04), dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300402>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MIRANDA, M.C.; MASZAT, M. Neuropsicologia Do Desenvolvimento. In: ANDRADE, V.M.; SANTOS F.H.; BUENO, O.F. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

MIRANDA, M.C.; BORGES, M.; ROCCA, C.C.A. Avaliação Neuropsicológica Infantil. In: MALLOY-DINIZ, L. *et al.* **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

MOLINA, M.R.A.L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v.39(6), p. 194-197, dez. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MUZI, S.; SANSÒ, A.; PACE, C.S. *What's Happened to Italian Adolescents During the COVID-19 Pandemic? A Preliminary Study on Symptoms, Problematic Social Media Usage, and Attachment: Relationships and Differences With Pre-pandemic Peers.* *Frontiers in Psychiatry*. v.27(12), abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.590543>>. Acesso em: 18 set. 2021.

O'CONNOR, R.C. *et al.* Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*. v.218(6), p.326-333, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>>. Acesso em: 12 mai. 2021.

ÖĞÜTLÜ, H. Turkey's response to COVID-19 in terms of mental health. *Irish Journal Psychological Medicine*. v.1(4), mai. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.57>>. Acesso em: 02 out. 2020.

ORGILÉS, M. *et al.* Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic: A Transcultural Approach. *Psicothema*, v.33(1), p.125-130, fev. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287>>. Acesso em: 12 out. 2021.

ORNELL, F. *et al.* "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. v.42(3), pp. 232-235, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

OUR WORLD IN DATA (OWID). COVID-19 Data Explorer. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W. **O mundo da criança**. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil, 1981.

PETERSEN, C.S. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In: **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: editora Artmed, 2011.

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, and allied disciplines*. v.56(3), p.345-65, mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

PORTER, C. *et al.* *Impact of the COVID-19 pandemic on anxiety and depression symptoms of young people in the global south: evidence from a four-country coorte study.* **BMJ Open.** v.11(4), abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049653>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Ranking IDH Global 2014.** Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

QIN, J. *et al.* *Effects of COVID-19 on Mental Health and Anxiety of Adolescents Aged 13–16 Years: A Comparative Analysis of Longitudinal Data From China.* **Frontiers in Psychiatry**, jul. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695556>>. Acesso em: 18 set. 2021.

RACINE, N. *et al.* *Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis.* **JAMA Pediatrics.** V.175(11), p.1142-1150, nov. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

RIBEIRO, W.S. *et al.* *The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil.* **PLoS One.** v.8(5), 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0063545>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 46.970, de 13 de março de 2020. Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19), do regime de trabalho de servidor público e contratado, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 13 mar. 2020. Disponível em: <<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjE%2C>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). DECRETO RIO Nº 47263, de 17 de março de 2020. Declara Situação de Emergência no Município do Rio de Janeiro, em face da pandemia do Coronavírus - Covid-19, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 13 mar. 2020a. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/documents/8822216/11086083/DECRETO\\_47263\\_2020.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/documents/8822216/11086083/DECRETO_47263_2020.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. DECRETO RIO Nº 47488, de 02 de junho de 2020. Institui o Comitê Estratégico para desenvolvimento, aprimoramento, e acompanhamento do Plano de Retomada, em decorrência dos impactos da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 02 jun. 2020b. Disponível em: <[https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir\\_materia/659805/4588](https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir_materia/659805/4588)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SAJID, M.I. *et al.* SARS-CoV-2 & Pediatric Mental Health: A Review of Recent Evidence. **MedRxiv**, jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2020.06.28.20136168>>. Acesso em: 11 fev. 2022.

SALUM, G.A. *et al.*; Internalizing disorders and quality of life in adolescence: evidence for independent associations. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.36, p.305–312, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1362>>. Acesso em: 09 dez. 2021.

SANDÍN, B. *et al.* Effects of Coronavirus Fears on Anxiety and Depressive Disorder Symptoms in Clinical and Subclinical Adolescents: The Role of Negative Affect, Intolerance of Uncertainty, and Emotion Regulation Strategies. **Frontiers in Psychology**. v.6, ago. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.716528>>. Acesso em: 18 set. 2021.

SANTOS, A.C. dos *et al.* The testing for COVID-19 in symptomatic patients as a protective factor against stress, anxiety, and depression. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 21, p. 133-143, fev. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100007>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DO ESTADO DO RIO DO JANEIRO (SEBRAE/RJ). **Painel Regional: Rio de Janeiro e bairros / Observatório**. Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ, 2015. Disponível em: <[https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae\\_I\\_NFREG\\_2014\\_CapitalRJ.pdf](https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_I_NFREG_2014_CapitalRJ.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SILVA, E.F.; TEIXEIRA, R.C.P.; HALLBERG, S.C.M. Prevalência de depressão na adolescência: uma consulta a prontuários de uma clínica-escola em Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v.20(3), p.17-29, 2018. Disponível em: <[http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=257](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=257)>. Acesso em: 12 fev. 2022.

SOUZA, L.D. de M. *et al.* Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57(4), p.261-266, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000400006>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

STALLARD, P. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: editora Artmed, 2010.

STOPA, S.R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 18(2), p. 170-180, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SZWARCWALD, C.L. *et al.* Associations of Sociodemographic Factors and Health Behaviors with the Emotional Well-Being of Adolescents during the COVID-19. Pandemic in Brazil. **International Journal of Environ Research and Public Health**. v.18(11), jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18116160>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

THOMAS, J.; AL-ANOUTI, F. *Sun Exposure and Behavioral Activation for Hypovitaminosis D and Depression: A Controlled Pilot Study. Community Mental Health Journal*. v.54(6), p.860-865, ago. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0209-5>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

TURK, F.; KUL, A.; KILINÇEL, E. *Depression-anxiety and coping strategies of adolescents during the Covid-19 pandemic. Turkish Journal of Education*, v.10(2), p.58-75, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.19128/turje.814621>>. Acesso em: 18 set. 2021.

VAN BORTEL, T. *et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. Bulletin of the World Health Organization*, v.94(3), p.210-214, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.2471%2FBLT.15.158543>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

VARMA, P. *et al. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, v.109, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>>. Acesso em: 18 set. 2021.

VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. *Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 34 (3), p. 249-260, nov. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

WAINER, R.; PICCOLOTO, N.M. *Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: editora Artmed, 2011.*

WANG, C., PAN, R., WAN, X. *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 of Public Health*. v.17(5), mar. 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17051729>>. Acesso em: 18 set. 2021.

WATHIER, J. *et al. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. Avaliação Psicológica*, v.7(1), p.75-84, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jan. 2022.

WELLS, G.A. *et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. 2013. Disponível em: <[http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)>. Acesso em: 18 dez. 2021.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. 2008. Recuperado de: <[https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf?ua=1](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1)>. Acesso em: 08 fev. 2021.

\_\_\_\_\_. *Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. Jan. 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1 (2019-nCoV)*. jan. 2020b. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. Jan. 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-emergency-committee-on-novel-coronavirus>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 39*. fev. 2020d. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d_4)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Situation Report – 3*. jan. 2020e. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. mar. 2020f. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/mental-health-and-covid-19>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak*. 2020g. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/cope-with-stress.pdf?sfvrsn=9845bc3a2>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. 2020h. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf?sfvrsn=f3a063ff\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf?sfvrsn=f3a063ff_2)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Helping Adolescents Thrive (HAT)*. 2020i. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565375>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Helping Adolescents Thrive Toolkit*. 2021a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

\_\_\_\_. *Adolescent mental health*. 2021b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

XIE, X. *et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China*. **JAMA Pediatrics**. v.24, abr. 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>>. Acesso em: 18 set. 2021.

ZHEN, R., ZHOU, X. *Latent Patterns of Posttraumatic Stress Symptoms, Depression, and Posttraumatic Growth Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic*. **Journal of Traumatic Stress**. ago. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/jts.22720>>. Acesso em: 18 set. 2021.

ZHOU, J. *et al. Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak*. **Global Health**. v. 16(1), jul. 2020a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00601-3>>. Acesso em: 18 set. 2021.

ZHOU, S.J. *et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19*. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.29, p.749–758, 2020b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>>. Acesso em: 18 set. 2021.

## 7

## Anexos

## 7.1.

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



## Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a autorizar o seu adolescente de 12 a 17 anos a participar desta pesquisa sobre Sintomas de Ansiedade e Depressão durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19, por meio do preenchimento deste formulário. Esta é uma pesquisa de mestrado em Psicologia da PUC-RIO, conduzida pela aluna Juliana Maria Santos Rodrigues e orientada pela professora Helenice Charchat Fichman.

A sua colaboração vai nos ajudar a compreender o impacto da pandemia na saúde mental de adolescentes cariocas. Justificamos que, em vários países, estão sendo realizadas pesquisas parecidas com esta, pois tanto a pandemia do COVID-19 quanto as medidas para sua contenção estão afetando a saúde mental de adolescentes em todo o mundo, com o aumento dos índices de depressão e ansiedade dessa faixa etária. Se conseguirmos entender o impacto da pandemia, as características sociais e demográficas daqueles mais impactados, podemos pensar em melhores práticas de intervenção e manejo desses sintomas dentro do município do Rio de Janeiro. Assim, estamos divulgando esse formulário para pais e responsáveis de jovens entre 12 e 17 anos, para que autorizem a participação deles e colaborem com essa pesquisa.

Nessa pesquisa, será aplicado um questionário com perguntas sobre informações sociodemográficas, vivências ocorridas na pandemia e percepções sobre o momento atual. Em seguida, serão aplicadas as escalas CDI de avaliação de sintomas depressivos e SCARED de avaliação de sintomas ansiosos. O tempo estimado para preencher todo o formulário é de mais ou menos 15 minutos. Em nenhum momento os participantes serão identificados. Os dados serão analisados com métodos estatísticos multivariados e ficarão preservados na base da Google, onde somente poderão ser acessados com uso de identificação de usuário e senha. Vamos manter esses dados arquivados por, pelo menos, 5 anos após o fim da pesquisa.



As perguntas podem trazer algum nível de desconforto emocional, pois o tema pode ser sensível. Se o participante se sentir mais ansioso ou deprimido após o preenchimento das informações, recomendamos que busque conversar com algum adulto responsável. Se precisar de atendimento psicoterápico, lembramos que o Serviço de Psicologia Aplicado (SPA) da PUC-Rio é uma clínica universitária que oferece atendimento psicoterápico à população. Os telefones do SPA são: (21) 3527-1574 / 3527-1575

Os pesquisadores responsáveis também se colocam à disposição para esclarecer qualquer dúvida ou oferecer orientações:

Juliana Rodrigues (mestranda)

[julianamsrodrigues@gmail.com](mailto:julianamsrodrigues@gmail.com)

(21) 98791-1984

Helenice Charchat Fichman (orientadora)

[hcfichman@puc-rio.br](mailto:hcfichman@puc-rio.br)

(21) 99219-1293

Se as dúvidas não forem respondidas pela pesquisadora ou pela orientadora, a Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio é a instância encarregada de avaliar eticamente os projetos de pesquisa da Universidade e também poderá ser acionada:

Rua Marquês de São Vicente, 225 – Edifício Kennedy, 2º andar. Gávea, Rio de Janeiro, RJ.  
CEP: 22453-900.

(21) 3527-1618.

Caso concorde com a participação do adolescente, solicitamos que marque as opções abaixo e prossiga com a pesquisa. As perguntas devem ser respondidas pelo próprio adolescente, podendo contar com ajuda de terceiros. Por favor, se certifique que o formulário foi preenchido até o final para que os dados sejam gravados.

Obrigada pela sua colaboração!

**\*Obrigatório**

Tipo de relação do responsável com o adolescente que participará da pesquisa: \*

☐ Pai ou mãe

☐ Padrasto ou Madrasta

☐ Avó ou avô

☐ Irmão ou irmã

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Você concorda com a participação nesta pesquisa? \*

☐ Eu concordo com a participação na pesquisa

Desejo receber informações por e-mail sobre os resultados da Pesquisa? \*

☐ Sim

☐ Não

Se quiser receber informações da pesquisa, por favor, indique seu endereço de e-mail:

Sua resposta

Próxima

Página 1 de 6

## 7.2.

## Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



## Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

\*Obrigatório

### Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

A partir da autorização feita na tela anterior por um adulto responsável, convidamos você a participar nesta pesquisa sobre Sintomas de Ansiedade e Depressão durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19, por meio do preenchimento deste formulário. Esta é uma pesquisa de mestrado em Psicologia da PUC-RIO, conduzida pela aluna Juliana Maria Santos Rodrigues e orientada pela professora Helenice Charchat Fichman. A sua colaboração vai nos ajudar a compreender o impacto da pandemia na saúde mental de adolescentes cariocas.

Por favor, só responda esse questionário após a autorização de um adulto responsável.

A seguir, você terá algumas perguntas sobre informações sociais e situações vividas durante a pandemia do Coronavírus. Nas páginas seguintes, terão questões sobre como você tem se sentido ultimamente. Não há resposta certa ou errada e não vamos identificá-lo então, por favor, pode responder com a maior sinceridade possível. E, em qualquer momento, você podem desistir da participação na pesquisa.

Se quiser participar da pesquisa, por favor, responda todo o questionário até o final. Se precisar, você pode pedir ajuda de outras pessoas para responder as questões. Caso tenha dificuldade para seguir para a próxima página, veja se deixou alguma questão sem resposta. Ao final da pesquisa, você poderá pedir uma cópia das respostas, se quiser, que será enviada para o e-mail preenchido pelo responsável na página anterior.

As perguntas podem trazer algum nível de desconforto emocional, pois o tema pode ser sensível. Se você se sentir mais ansioso ou deprimido após o preenchimento das informações, recomendamos que converse com algum adulto responsável. Se precisar de atendimento psicoterápico, lembramos que o Serviço de Psicologia Aplicado (SPA) da PUC-Rio é uma clínica universitária que oferece atendimento psicoterápico à população. Os telefones do SPA são: (21) 3527-1574 / 3527-1575

Os pesquisadores responsáveis também se colocam à disposição para sanar qualquer dúvida ou oferecer orientações:

Juliana Rodrigues (mestranda)  
[julianamsrodrigues@gmail.com](mailto:julianamsrodrigues@gmail.com)  
(21) 98791-1984

Helenice Charchat Fichman (orientadora)  
[hcfighman@puc-rio.br](mailto:hcfighman@puc-rio.br)  
(21) 99219-1293

Se as dúvidas não forem respondidas pela pesquisadora ou pela orientadora, a Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio é a instância encarregada de avaliar eticamente os projetos de pesquisa da Universidade e também poderá ser acionada:  
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Edifício Kennedy, 2º andar. Gávea, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22453-900.  
(21) 3527-1618.

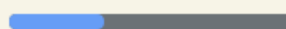
Obrigada pela sua participação!

Você concorda em participar desta pesquisa? \*

☐ Eu concordo com a minha participação

Voltar

Próxima



Página 2 de 6

## 7.3.

## Questionário de Dados Sociodemográficos



## Divulgação Facebook: Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

 [julianamsrodrigues@gmail.com](#) (não compartilhado) 

[Alternar conta](#)

**\*Obrigatório**

**Dados Sociodemográficos**

Por favor, responda às perguntas abaixo de forma breve. Elas não têm o objetivo de identificar quem você é, só estamos levantando informações sociais dos participantes, para futura análise dos dados da pesquisa.

**Idade \***

Sua resposta

**Sexo \***

☐ Feminino

☐ Masculino

Bairro onde moro \*

Sua resposta

Eu tenho plano de saúde \*

☐ Sim

☐ Não

Ano escolar \*

☐ 5º Ano do Ensino Fundamental

☐ 6º Ano do Ensino Fundamental

☐ 7º Ano do Ensino Fundamental

☐ 8º Ano do Ensino Fundamental

☐ 9º Ano do Ensino Fundamental

☐ 1º Ano do Ensino Médio

☐ 2º Ano do Ensino Médio

☐ 3º Ano do Ensino Médio

☐ Outro:

Tipo de Ensino \*

☐ Particular

☐ Público

☐ Outro:

Durante a pandemia do Coronavírus/COVID-19: \*

- ☐ as minhas aulas foram suspensas.
- ☐ as minhas aulas passaram para a modalidade online.
- ☐ recebi o material das aulas impresso.
- ☐ não tive qualquer alteração nas minhas aulas.
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

No momento, estou indo presencialmente para a escola? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não

Considerando como grupo de risco para a COVID-19 pessoas que possuem problemas respiratórios e/ou cardíacos, diabetes, idosos, gestantes, imunodeprimidos e pessoas com problemas renais, as seguintes pessoas próximas são do grupo de risco? \*

	Sim	Não
Eu mesmo sou do grupo de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha mãe e/ou meu pai e/ou meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares como avós e/ou tios e/ou primos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professor e/ou professora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigos e/ou vizinhos e/ou conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tenho pessoas próximas que sei que contraíram o coronavírus/COVID-19? \*

	Sim	Não
Eu mesmo contraí a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha mãe e/ou meu pai e/ou meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares como avós e/ou tios e/ou primos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professor e/ou professora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigos e/ou vizinhos e/ou conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meus pais e/ou responsáveis trabalharam fora durante a pandemia do Coronavírus/COVID-19? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Meus pais e/ou responsáveis são profissionais da área de saúde ou serviços essenciais? \*

- ☐ Não
- ☐ Área de Saúde (médico; enfermeiros; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; etc.)
- ☐ Área de Segurança (policiais; guardas; seguranças particulares; etc.)
- ☐ Infra-estrutura (serviços de iluminação; manutenção; etc.)
- ☐ Comércio (farmácias; mercados; etc.)
- ☐ Mídia e meios de comunicação (jornalistas; cinegrafistas; fotógrafos; etc.)
- ☐ Trabalhadores domésticos (faxineiros; mensalistas; motoristas; etc.)
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_



Meus pais e/ou responsáveis são profissionais da área de saúde e trabalharam na linha de frente no combate ao Coronavírus/COVID-19? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Durante a quarentena por motivo do Coronavírus/COVID-19, eu tinha exposição ao sol? \*

- ☐ Sim
- ☐ Às vezes
- ☐ Não
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Qual foi o tempo máximo eu fiquei sem sair de casa? \*

- ☐ Continuei saindo de casa normalmente
- ☐ Até 1 semana
- ☐ Até 2 semanas
- ☐ Até 1 mês
- ☐ Até 3 meses
- ☐ Até 6 meses
- ☐ Não saí de casa durante toda a quarentena

Durante a pandemia de Coronavírus/COVID-19, eu: \*

	Sim	Não
Mantive atividades físicas regulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantive contato social com pessoas fora da minha casa (mesmo que online)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizei atividades de lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fiz tarefas que me realizavam (trabalho voluntário; aprender algo; organização)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não fiz nada dessas coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante a pandemia de Coronavírus/COVID-19, eu vivi problemas como: \*

	Sim	Não
Falecimento de pessoas queridas por coronavírus/COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falecimento de pessoas queridas por outros motivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adoecimento de pessoas queridas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiquei doente com sintomas parecido com a COVID-19 (coriza; tosse; febre; falta de ar; dor de cabeça)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiquei doente com sintomas físicos diferentes da COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive crises de ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive episódios depressivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iniciei tratamento psicoterápico ou psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantive um acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico que já fazia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas que me sustentam perderam emprego e/ou renda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumentaram os conflitos em casa entre pessoas que moram comigo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eu tive conflitos com pessoas que moram comigo e/ou próximas e/ou queridas?

☐
☐

Tive que cuidar de outras pessoas (crianças; idosos; pessoas doentes ou portadores de necessidades especiais)?

☐
☐

Passei fome ou outros tipos de privação?

☐
☐

Passei por alguma situação de violência ou abuso?

☐
☐

Passei por alguma situação de violência ou abuso?

☐
☐

Escolha um número entre 1 e 5 que represente o quanto você se percebe otimista com o fim da pandemia do Coronavírus, sendo 1 equivalente a "Nada otimista/pessimista" e 5 "Extremamente otimista". \*

- ☐ 1 - Nada Otimista/Pessimista
- ☐ 2 - Um pouco pessimista
- ☐ 3 - Médio
- ☐ 4 - Um pouco Otimista
- ☐ 5 - Extremamente Otimista

Escolha um número entre 1 e 5 que represente o quanto você se preocupa em ser infectado, sendo 1 equivalente a "Não estou preocupado" e 5 "Extremamente preocupado". \*

- ☐ 1 - Não estou Preocupado
- ☐ 2 - Só me preocupo uma vez ou outra
- ☐ 3 - Médio
- ☐ 4 - Estou preocupado a maior parte do tempo
- ☐ 5 - Extremamente Preocupado

Escolha um número entre 1 e 5 que represente o quanto você sabe sobre os meios de prevenção para não se contaminar pelo Coronavírus/COVID-19, sendo 1 equivalente a "Não sei nada sobre os meios de prevenção" e 5 "Sei tudo sobre os meios de prevenção para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19". \*

- ☐ 1 - Não sei nada sobre os meios de prevenção para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19
- ☐ 2 - Sei um pouco sobre os meios de prevenção para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19
- ☐ 3 - Médio
- ☐ 4 - Tenho bastante informação sobre os meios de prevenção para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19
- ☐ 5 - Sei tudo sobre os meios de prevenção para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19

Escolha um número entre 1 e 5 que represente o quanto você está adotando os meios de prevenção para não se contaminar pelo Coronavírus/COVID-19, sendo 1 equivalente a "Não estou adotando nenhuma medida de prevenção nunca" e 5 "Estou adotando todas as medidas de prevenção o tempo todo para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19". \*

- ☐ 1 - Não estou adotando nenhuma medida de prevenção nunca
- ☐ 2 - Estou adotando medidas de prevenção muito pouco ou quase nunca
- ☐ 3 - Médio
- ☐ 4 - Estou preocupado a maior parte do tempo para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19
- ☐ 5 - Estou adotando todas as medidas de prevenção o tempo todo para não me contaminar com o Coronavírus/COVID-19

[Voltar](#)[Próxima](#)Página 3 de 6 [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

## 7.4.

## Questionário Critério Brasil 2019 (CCEB)

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL: O Critério de Classificação Econômica Brasil enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Para fins de pesquisa clínica, por favor, preencha os dados abaixo: Quantos (as) itens você tem em sua casa? \*

	0	1	2	3	4 ou mais
Automóveis de passeio (exclusivamente para uso particular)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empregados mensalistas (apenas os que trabalham, pelo menos, 5 dias por semana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máquinas de lavar roupa (excluindo tanquinho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVD (qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geladeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microcomputadores (computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavadora de louças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fornos de micro-ondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motocicletas (desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máquinas secadoras de roupas (considerando lava e seca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA \*

- ☐ Analfabeto/Até 3ª série Fundamental/Até 3ª série do 1º Grau
- ☐ Até 4ª série Fundamental/Até 4ª série do 1º Grau
- ☐ Fundamental Completo/Médio Incompleto
- ☐ Médio Completo/Superior incompleto
- ☐ Superior Completo

#### Serviços públicos: Na minha casa, há água encanada? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não

#### Serviços públicos: a rua onde eu moro é pavimentada (asfaltada)? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não

Ao longo da pesquisa, terão alguns itens de checagem para verificar se os participantes estão atentos às perguntas. Por favor, marque a opção "Sim" abaixo para prosseguir com a pesquisa. \*

☐ Sim

☐ Não

## 7.5.

Escala de Depressão *Children's Depression Inventory* (CDI)



Divulgação Facebook: Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

 [julianamsrodrigues@gmail.com](mailto:julianamsrodrigues@gmail.com) (não compartilhado) 

[Alternar conta](#)

\*Obrigatório

ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

01. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

☐ Eu fico triste de vez em quando

☐ Eu fico triste muitas vezes

☐ Eu fico triste o tempo todo



02. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Nada nunca vai dar certo para mim
- ☐ Não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim
- ☐ Vai dar tudo certo para mim

03. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu faço quase tudo certo
- ☐ Muitas coisas eu faço errado
- ☐ Eu faço tudo errado

04. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu me divirto com muitas coisas
- ☐ Eu me divirto com algumas coisas
- ☐ Não me divirto com nada

05. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu sou ruim o tempo todo
- ☐ Muitas vezes eu sou ruim
- ☐ Eu sou ruim uma vez ou outra

06. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu penso que coisas ruins possam acontecer comigo uma vez ou outra
- ☐ Eu fico preocupado que coisas ruins aconteçam comigo
- ☐ Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo

07. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS! \*

- ☐ Eu me detesto
- ☐ Eu não gosto de mim
- ☐ Eu gosto de mim

08. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Todas as coisas ruins acontecem por minha culpa
- ☐ Muitas coisas ruins acontecem por minha culpa
- ☐ As coisas ruins geralmente não acontecem por minha culpa

09. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS! \*

- ☐ Eu não penso em me matar
- ☐ Eu penso em me matar, mas não faria isso
- ☐ Eu quero me matar

10. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Tenho vontade de chorar todos os dias
- ☐ Muitos dias eu tenho vontade de chorar
- ☐ Tenho vontade de chorar uma vez ou outra

11. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Tem sempre uma coisa me aborrecendo
- ☐ Muitas vezes tem uma coisa me aborrecendo
- ☐ Uma vez ou outra tem alguma coisa me aborrecendo

12. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu gosto de estar com outras pessoas
- ☐ Muitas vezes eu não gosto de estar com outras pessoas
- ☐ Eu não tenho vontade de estar com ninguém

13. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu não consigo me decidir sobre nada
- ☐ É difícil tomar decisões
- ☐ Eu me decido sobre as coisas facilmente

14. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Minha aparência é legal
- ☐ Tenho umas coisas que eu não gosto na minha aparência
- ☐ Eu sou feio(a)

15. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu tenho sempre que me forçar a fazer minhas tarefas escolares
- ☐ Muitas vezes eu tenho que me forçar a fazer minhas tarefas escolares
- ☐ Não tenho problemas para fazer as tarefas escolares

16. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Tenho problema para dormir todas as noites
- ☐ Muitas vezes tenho problema para dormir
- ☐ Eu durmo bem

17. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu fico cansado uma vez ou outra
- ☐ Muitos dias eu fico cansado
- ☐ Estou sempre cansado

ESTE É MAIS UM ITEM DE CHECAGEM. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE A REALIDADE. \*

- ☐ Eu sou um adolescente e estou respondendo de forma atenta esta pesquisa.
- ☐ Eu sou um robô respondendo o questionário.
- ☐ Eu sou um participante respondendo o questionário de forma aleatória.

18. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Na maioria dos dias eu não estou a fim de comer
- ☐ Muitos dias eu não estou a fim de comer
- ☐ Eu como bem

19. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Não me preocupo com dores
- ☐ Muitas vezes eu me preocupo com dores
- ☐ Eu sempre me preocupo com dores

20. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS! \*

- ☐ Eu não me sinto sozinho
- ☐ Muitas vezes eu me sinto sozinho
- ☐ Eu sempre me sinto sozinho

21. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Nunca me divirto na escola
- ☐ Só me divirto na escola uma vez ou outra
- ☐ Muitas vezes me divirto na escola

22. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu tenho muitos amigos
- ☐ Eu tenho muitos amigos, mas queria ter mais
- ☐ Eu não tenho amigos

23. ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS! \*

- ☐ Meu rendimento na escola está bom
- ☐ Meu rendimento na escola não está tão bom quanto antes
- ☐ Estou indo mal em matérias nas quais eu ia bem

24. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Nunca vou ser tão bom quanto os outros
- ☐ Se eu quiser posso ser tão bom quanto os outros
- ☐ Sou tão bom quanto os outros

25. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Ninguém me ama de verdade
- ☐ Não tenho certeza se alguém me ama
- ☐ Tenho certeza que alguém me ama

26. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu geralmente faço o que me mandam fazer
- ☐ Eu geralmente não faço o que me mandam fazer
- ☐ Eu nunca faço o que me mandam fazer

27. ESCOLHA A FRASE QUE DESCREVE SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS \*

- ☐ Eu me dou bem com as pessoas
- ☐ Muitas vezes eu me meto em brigas
- ☐ Eu me meto em brigas o tempo todo

[Voltar](#)

[Próxima](#)



Página 4 de 6 [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

## 7.6.

**Escala de Ansiedade *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED)**




## Divulgação Facebook: Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

 [julianamsrodrigues@gmail.com](mailto:julianamsrodrigues@gmail.com) (não compartilhado) 

[Alternar conta](#)

\*Obrigatório

**Questionário SCARED**

Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase, circule o número que corresponde à respostas que melhor parece descrever você nos últimos 3 meses.

1. Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente



---

2. Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- 

3. Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- 

4. Eu fico com medo quando durmo fora de casa. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- 

5. Eu me preocupo se as pessoas gostam de mim. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- 

6. Quando eu fico com medo, eu sinto como se eu fosse desmaiar. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
-

7. Eu sou nervoso(a). \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

8. Eu sigo a minha mãe ou meu pai aonde eles vão. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

9. As pessoas me dizem que eu pareço nervoso. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

10. Fico nervoso(a) quando estou com pessoas que não conheço bem. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

11. Eu tenho dor de barriga na escola. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

12. Quando eu fico com medo, eu acho que vou enlouquecer. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

13. Eu tenho medo de dormir sozinho. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

14. Eu me preocupo em ser tão bom quanto as outras crianças. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

15. Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais.  
\*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

16. Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

17. Eu me preocupo quando tenho que ir à escola. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

18. Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

19. Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

20. Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

21. Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo para mim. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

22. Quando eu fico com medo, eu sou muito. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

23. Eu sou muito preocupado. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

24. Eu fico com muito medo sem nenhum motivo. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

Este é mais um item de checagem. Marque a opção abaixo onde está escrito "Algumas Vezes". \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

25. Eu tenho medo de ficar sozinho em casa. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

26. Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que eu não conheço bem. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

27. Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

28. As pessoas dizem que eu me preocupo demais. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

29. Eu não gosto de ficar longe da minha família. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

30. Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico). \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

31. Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

32. Eu fico com vergonha na frente de pessoas que eu não conheço bem. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

33. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

34. Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

35. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

36. Eu tenho medo de ir à escola. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

37. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

38. Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

39. Eu fico nervoso quando estou com outras crianças ou adultos e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte). \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente



40. Eu fico nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

41. Eu sou tímido. \*

- ☐ Nunca ou Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 5 de 6 [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.


Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



## 7.7.

## Tela final do Formulário

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO




## Divulgação Facebook: Sintomas de Ansiedade e Depressão em Adolescentes durante a Pandemia do Coronavírus/COVID-19 e Relações com os Dados Sociodemográficos

 julianamsrodrigues@gmail.com (não compartilhado)  
[Alternar conta](#) 

Obrigada pela sua participação!

Se puder, divulgue essa pesquisa para seus conhecidos.

[Voltar](#) [Enviar](#)  Página 6 de 6 [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)