



**ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE**

**THIAGO MANGUEIRA MARCOS**

**AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM JOVENS E  
ADOLESCENTES BRASILEIROS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

**Salvador**

**2024**

**Thiago Mangueira Marcos**

**AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM JOVENS E  
ADOLESCENTES BRASILEIROS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Stricto Sensu em nome do curso da Escola Bahiana de  
Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Psicologia e  
Intervenções em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Nara Côrtes Andrade.

Salvador

2024

**Thiago Manguiera Marcos**

**Avaliação de indicadores de ansiedade e depressão em jovens e adolescentes brasileiros durante a pandemia da covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em nome do curso da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Data de aprovação:

**Banca Examinadora**

---

Nara Côrtes Andrade

Doutora / Bahiana

---

Martha Moreira Cavalcante Castro

Doutora / Bahiana

---

Prof. Dr. Gustavo Marcelino Siquara

Doutor / Bahiana

## RESUMO

As reflexões sobre a importância da saúde mental para o funcionamento humano ganharam maior centralidade durante o período da pandemia de Covid-19. As mudanças ocorridas durante esse período agravaram cenários de vulnerabilidade e trouxeram novos estressores. A adolescência e juventude são reconhecidas como momentos importantes de maturação cerebral e de habilidades, quando há manifestações precoces de sintomas psíquicos. Portanto, as ações de promoção a saúde mental devem atender primeiramente este público. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde mental da população, a partir de indicadores de ansiedade e depressão, refletindo sobre estratégias de abordagem no desenvolvimento de programas e fornecendo informações que possam ser utilizadas para intervenções futuras. Os participantes do estudo são adolescentes e jovens brasileiros que aceitaram a participar através de TCLE. O tratamento de dados foi gerado através do SPSS. Resultados encontrados apontam para aumento das prevalências dos sintomas de Transtornos Mentais Comuns durante o período da pandemia, principalmente em populações vulneráveis.

Palavras-chave: ansiedade. Depressão. Covid-19. Saúde mental. Transtornos Mentais Comuns.

## **ABSTRACT**

Reflections on the importance of mental health for human functioning have gained greater prominence during the Covid-19 pandemic. The changes that occurred during this period have exacerbated scenarios of vulnerability and introduced new stressors. Adolescence and youth are recognized as important periods of brain maturation and skill development, during which early manifestations of psychological symptoms may occur. Therefore, mental health promotion actions should primarily target this population. The objective of this study is to assess the mental health conditions of the population based on indicators of anxiety and depression, reflecting on approach strategies in program development and providing information that can be used for future interventions. The study participants are Brazilian adolescents and young people who have voluntarily agreed to participate through informed consent. Data analysis was conducted using SPSS. The findings indicate an increase in the prevalence of Common Mental Disorders symptoms during the pandemic period, particularly among vulnerable populations.

**Keywords:** anxiety, depression, COVID-19, mental health, Common Mental Disorders

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	9
2.1 Saúde Mental entre Adolescentes e Jovens: Panorama Mundial	9
2.2. Promoção da Saúde e Prevenção: Políticas públicas no campo da Saúde Mental	11
a) Promoção de Saúde e prevenção de agravos	11
b) Políticas Públicas de Atenção e Cuidados com Crianças, Adolescentes e Jovens	14
2.3 Mindfulness e Promoção de saúde mental	16
a) Regulação Emocional	21
b) Coping e promoção de saúde mental	22
<b>3 Objetivo Primário</b>	24
3.1 Objetivos Secundários	24
1. Introdução	26
a) Depressão	29
b) Ansiedade	30
2. Materiais e métodos	32
2.1 Participantes	32
2.2 Procedimentos de coleta de dados	32
2.3 Procedimentos de coleta de dados	34
2.4. Procedimentos de análise de dados	34
2.5. Aspectos Éticos	34
3. Resultados	35
4. Discussão	44
4. Conclusão	50
9. Metodologia do Produto:	51
9.1 Tipo de produto	51
9.2 Objetivo do produto	51
9.3 Campo de Aplicação	51
9.4 Sujeito	51
9.5 Construção do Produto	52
10. Referências Bibliográficas	53

## 1 INTRODUÇÃO

A crise sanitária global disparada pelo surto do COVID-19 trouxe à tona a realidade de vulnerabilidade aos habitantes do planeta ignorada por parte da humanidade. A pandemia atravessa os viventes de maneiras distintas e grupos já em condições precárias de existência são os mais atingidos de diversas formas. O fenômeno apresenta-se heterogêneo em sua escala global e requer o estabelecimento de padrões, estudos dos impactos socioambientais, entendimento sobre o patógeno e o estabelecimento com marcadores sociais, em diferentes contextos, espaços e linguagens (Matta et al. 2021).

Impactos sociais, econômicos e psíquicos são estudados localmente, por diversos especialistas. Os efeitos são catastróficos, deixando marcas na história e na vida das populações, redefinindo políticas públicas e ressaltando a importância da prevenção e promoção da saúde, conceitos que surgiram a partir da nova visão sobre saúde, construída no último século. (Lima, Buss, & Paes-Sousa, 2020).

O notório aumento da prevalência de transtornos mentais entre adolescentes e jovens, é significativo mesmo antes da pandemia. Conforme a OMS (Organização Mundial da Saúde), quase 1 bilhão de pessoas vivem com transtorno mental, sendo esta uma das áreas mais negligenciadas pela saúde pública. A pandemia de COVID-19 tem impactado ainda mais o cenário em foco, ampliando os fatores de risco e o adoecimento psíquico.

Em panorama mundial, mais de 75% das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e/ou por uso de substância não recebem nenhum tipo de tratamento. Durante a pandemia, os serviços essenciais em saúde mental foram interrompidos em 93% dos países no mundo, ainda de acordo com a OMS (2020).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), 300 milhões de pessoas são afetadas em todo o mundo pela depressão, caracterizada, por sua vez, por tristeza, desmotivação, perda de interesse, sentimentos de culpa, alterações no apetite e no sono e dificuldade de concentração, dentre outros aspectos.

Programas de prevenção ainda são a melhor alternativa para solucionar a questão e reduzirem a incidência em crianças e adultos. O tratamento da depressão envolve a identificação de fontes estressoras, reconhecimento das dificuldades e fontes de apoio. Em Relatório publicado em 2018 sobre desordens mentais nas Américas, a OMS apontou o Brasil como o país com o maior

índice de casos de ansiedade e o segundo em casos de depressão. A maioria dos casos concentra-se na faixa etária entre 15 e 49 anos. Portanto, estratégias de prevenção devem englobar crianças, adolescentes e jovens para lograr eficácia.

No Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2030, entre os tópicos definidos para promover a saúde mental para todas as pessoas, a OMS (2013) deliberou a implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção como um dos quatro grandes objetivos para o período mencionado. Dentre estratégias de promoção acessíveis temos programas de *mindfulness* para adolescentes e jovens.

Face ao avanço tecnológico sem precedentes em intensidade e mudanças constantes, o resgate de atividades seculares e sua prática são alternativas viáveis para o desenvolvimento da nossa autoconsciência na construção de uma vivência plena. No Brasil, através da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, práticas meditativas foram inseridas como intervenção pelo SUS (Brasil, 2017).

Atualmente, práticas de *Mindfulness* têm ampliado sua relevância no exercício da capacidade da Atenção Plena, viabilizando redução do sofrimento psíquico, de situações estressoras, trabalhando o reconhecimento de sentimentos, oferecendo ao indivíduo novos conceitos de si, de sociedade, do mundo e da natureza da experiência (Vandenberghe & Assunção, 2009)

Para adultos, o *Mindfulness* é proposto de diferentes formas, seja através de práticas meditativas formais, como palestras, *workshops* e *streaming* de vídeo ao vivo em redes sociais, seja em reuniões presenciais. Entretanto, a parcela da população que mais carece de cuidado e instrução sobre suas emoções ainda desconhece práticas protetivas de saúde mental. Oferecer o exercício da Atenção Plena para jovens é uma alternativa exequível a fim de ajudá-los a lidar com os próprios sentimentos, reconhecendo e acolhendo o desafio de desenvolver habilidades emocionais (Cullen, 2011).

A Atenção Plena e sua inserção na psicoterapia independem da abordagem utilizada. O *Mindfulness* vem ganhando espaço nas diversas formas de conduzir o cuidado terapêutico em Psicologia, com eficiência e relevância a partir dos estudos sobre meditação e práticas orientais de cuidado com a saúde mental. Seu valor transcende as teorias que orientam as práticas e abordagens clínicas, bem como ajuda a aliviar sintomas nos vários diagnósticos apresentados, embasados por artigos, pesquisas e ensaios controlados (Schlechta Portella et al., 2021).

No presente trabalho, têm-se os objetivos de avaliar sobre a saúde mental de adolescentes e jovens brasileiros durante a pandemia de Covid-19, a partir dos indicadores de depressão e ansiedade obtidos por questionários e a eficácia de um programa de intervenção baseado em Aprendizagem Socioemocional, *Cooping* e *Mindfulness*. Desenvolvemos como produto final uma ferramenta acessível a adolescentes e jovens, primeiramente via uma coleção de livros que serão a base para um aplicativo para celulares, com linguagem direcionada especificamente ao público aludido, suscitando o desenvolvimento de habilidades para auto regulação como a Atenção Plena. A oferta do aplicativo será um acréscimo importante ao plano social de possibilitar o debate e a disponibilidade de ferramentas para a promoção de saúde mental de jovens.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 SAÚDE MENTAL ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS: PANORAMA MUNDIAL

A saúde mental da população é o resultado das condições em que uma população vive e não pode ser compreendido como fenômeno isolado. O avanço da humanidade sobre a natureza, convertendo os recursos disponíveis em prol da sua saúde, determinam melhorias em saúde aos grupos que avançam tecnologicamente (Braga & d'Oliveira. 2019).

O *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança de 2001* tem em vista destacar o ônus das perturbações mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos. Propondo para o novo século uma nova maneira de entender o adoecimento psíquico, oferecendo para pacientes e familiares uma esperança em todos os países e sociedades, investigando o campo da prevenção, disponibilidades e desafios para o tratamento, entendido como um problema de saúde pública (OMS, 2001)

A estimativa inicial de que entre 20–25% das pessoas sofrem em algum momento da vida por uma ou mais perturbações mentais e comportamentais, aponta para alta prevalência dos adoecimentos psíquicos em todas as populações mundiais, independentemente das suas características. Os custos econômicos e o impacto na qualidade de vida são notórios e evidenciam a emergência dos cuidados em saúde mental. As repercussões da degradação do bem-estar psíquico atingem sujeitos, famílias e as comunidades (OMS, 2001).

Os transtornos mentais mais comuns são os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, os transtornos da infância e da adolescência, as devidas ao uso de substâncias psicoativas, esquizofrenias, epilepsia e doenças degenerativas. Como determinantes do adoecimento psíquico, são apontados fatores como a pobreza; sexo; idade; conflitos e desastres; doenças físicas; fatores familiares e ambientais. (OMS, 2001)

Entre crianças e adolescentes a prevalência de transtornos emocionais e comportamentais apresenta-se em torno de 10 – 20%, gerando impactos significativos em momento determinante a educação, desenvolvimentos humanos, em sua vida social e familiar (Lopes, et al., 2021). A adolescência é o período de progresso nas habilidades individuais e maturação cerebrais, determinante na capacidade de saúde do indivíduo.

Esse cenário de prejuízo mundial à saúde mental é agravado pela crise do Covid-19 e o estresse gerado atravessa a população global. Compreendemos que populações mais vulneráveis, como as expostas a maiores índices de pobreza e já fragilizadas em sua condição psíquica, são as mais afetadas. (OMS, 2020)

Nesse cenário, algumas condições necessitam de maior zelo na prevenção de repercussões negativas na saúde mental. Situações agravadas de vulnerabilidades sociais, violência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas, comorbidades e problemas no desenvolvimento, cuidados hospitalares e comportamentos suicidas estão no centro de preocupações com adolescentes e jovens (FIOCRUZ, 2020).

Jovens são mais suscetíveis ao estresse, ansiedade e depressão durante o surto da Covid-19. A investigação em estudo transversal global, aponta declínio consistente na população respondente, apontando a necessidade de intervenções de baixo custo buscando a qualificação do sono e da resiliência de jovens. Grupos mais vulneráveis necessitam de maior suporte para mitigar os riscos de uma saúde mental debilitada. (Varma et al. 2021)

Em estudo transversal realizado na população jovem brasileira com 74.589 adolescentes participantes sobre a prevalência dos transtornos mentais, em 127 municípios da nação, a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que não incluem sintomas psicóticos, foi de 30% (Lopes et al., 2016). O estudo foi conduzido em período anterior à pandemia do Covid-19 em escala nacional.

## 2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

### *a) Promoção de Saúde e prevenção de agravos*

Na segunda metade do século XX o discurso da promoção da saúde foi cunhado nas práticas sociais de saúde, ampliando as concepções de prevenção e cura, designando novos tipos de comportamentos individuais e coletivos com novas possibilidades de cuidado com a vida. A ideia de promoção à saúde elucida a importância de práticas esportivas, hábitos alimentares saudáveis e condutas potencializadoras da vida, distanciando de situações de risco para saúde mental e física, perpassando pelos serviços clínicos assistenciais, envolvendo ações nos âmbitos da educação,

saneamento básico, habitação, renda, trabalho, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. (Lopes, 2019)

Nas décadas seguintes, conferências internacionais fortaleceram os ideais de promoção da saúde, inserindo também a América Latina, dentre elas a principal, Conferência de Ottawa em 1986. Propondo via uma base ideológica de promoção da saúde uma concepção positiva da saúde, para o exercício diário e sua centralidade na produtividade da vida social e econômica, a Carta de Ottawa publicada após a conferência apresenta-se como uma resposta aos anseios mundiais por uma nova saúde pública (WHO, 1986).

Apesar da inclusão na constituição nacional de 1988, as políticas nacionais de promoção da saúde iniciam-se em 2006 após aprovação da CIT (Comissão Intergestora Tripartite) e pelo Conselho Nacional de Saúde, destacando a importância dos condicionantes de saúde no processo de saúde-doença e tendo como pressupostos a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a qualidade de vida (Malta et al., 2018).

Promoção da saúde é definido pela Carta de Ottawa, resultante da conferência de 1986, como *capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida*. Com destaque significativo para o protagonismo e empoderamento dos atores sociais como dirigentes da própria saúde, através do desenvolvimento de habilidades e capacidade de determinar a própria qualidade de vida (WHO, 1986).

Ainda segundo documento derivado da Conferência de Ottawa, são contemplados 5 campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Estratégias de Regulação Emocional e Atenção Plena são reconhecidamente meios para desenvolvimento dessas competências (WHO, 1986).

Saúde mental é fundamental para o bem-estar, qualidade de vida e boa saúde. Estratégias de fortalecimento de habilidades individuais, competências, com foco no envolvimento nos ambientes econômicos, culturais e sociais são determinantes no desenvolvimento de ações intersetoriais, para além do tratamento clínico oferecido tradicionalmente (Barry, 2019).

Saúde mental positiva é conceitualizada de maneiras distintas; sensação subjetiva de bem-estar e felicidade; emoções e afetos positivos; senso de controle e autoestima; e capacidade de suportar adversidades e capacidade de lidar efetivamente com estressores da vida. O conceito de resiliência abrange interação de fatores internos, como competências e fatores externos, como

pares, família e ambiente. Intervenções em promoção da saúde mental podem aumentar a resiliência, criando suporte ambiental para indivíduos, comunidades e fortalecendo a capacidade de lidar efetivamente com desafios de maneira positiva (*coping*) (Barry, 2019).

O foco nos aspectos positivos do funcionamento humano é proposto por psicólogos como Victor Frankl e Abraham Maslow, postulando a necessidade humana por significados e auto realização. A tendência à atualização, liberdade experiencial, concepção positiva das relações humanas, abertura à experiência, maturidade emocional e autenticidade são conceitos presentes na visão de Carl Rogers. O desenvolvimento positivo e maturação são resultados da conjugação de forças internas positivas flexíveis e de forças externas favoráveis à atualização. (Rogers, 1977)

Os fatores determinantes para saúde mental estão organizados em três áreas: individuais, comunitárias e estruturais. O nível individual diz respeito a capacidade de lidar com pensamentos e sentimentos, desenvolver habilidades sociais e emocionais, resiliência e capacidade de aplicar estratégias de *coping* em situações adversas ou estressantes. O suporte social, senso de cidadania, inclusão social e participação ativa na sociedade estão entre os fatores comunitários. Os fatores estruturais são o ambiente, a economia, acesso à saúde, qualidade do espaço de moradia, educação, transporte, políticas públicas, valores e estruturas sociais (WHO, 2014).

Promoção em saúde mental tem como seu principal objetivo construir competências pessoais, recursos, aspectos psicossociais fortalecidos e suporte ambiental. As ações em prevenção focam-se em reduzir as prevalências, incidência de problemas específicos, mortalidade e comportamentos de risco. Apesar de pontos de partida distintos, essas duas ações possuem na prática muito em comum. Na estrutura de prevenção, as ações entre prevenção, tratamento e manutenção são parte do mesmo espectro das intervenções em saúde mental. (BRASIL, 2002)

A implementação de uma promoção em saúde mental efetiva deve incluir uma aproximação socioecológica, desenvolvendo programas e políticas que buscam mudanças positivas nas camadas individuais, familiar, social e comunitária. As competências sociais intentam para fatores protetivos e redução de fatores de risco, fortalecendo aspectos psicológicos positivos, competências socioemocionais, acesso a recursos e oportunidades de vida. Planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação sistemática, baseados em evidências e teorias estabelecidas do funcionamento humano e sua organização social. (Barry, 2019)

A saúde é compreendida atualmente como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, favorecidos ou prejudicados por fatores políticos, econômicos, sociais,

culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Assim sendo, ações que promovam saúde tem o objetivo que as condições supracitadas sejam promotoras, impactando positivamente a saúde. Adiante, a busca da equidade é prioridade da promoção da saúde, visando reduzir as diferenças, garantido oportunidades e recursos semelhantes, facilitando a aptidão de realização plena do potencial de saúde. (CONASS, 2016)

Embora tenham acontecidos avanços nos últimos anos no enfrentamento ao tabagismo, combate ao uso abusivo de álcool, mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura da paz e de direitos humanos, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e promoção do desenvolvimento sustentável, ainda há dificuldades em superar o modelo centrado na doença e na assistência médico hospitalar vigente anteriormente. Contudo, o atual cenário é de aumento do desemprego, precarização do trabalho, sucateamento de políticas de proteção e inclusão social, desregulamentação de leis de proteção ambiental e outras reformas conservadoras, ameaças à democracia, à justiça social e à cidadania. (Malta et al., 2018)

O debate brasileiro para o desenvolvimento das políticas públicas de promoção à saúde deve reconhecer o protagonismo dos agentes sociais na construção da saúde e na divulgação ampla dos conceitos de saúde. Entretanto, é necessário responsabilizar o Estado na centralidade do desenvolvimento das condições necessárias para a vida da população, evitando responsabilizar e culpabilizar o sujeito por suas dificuldades em alcançar a saúde. (Silva, Baptista, 2015)

A promoção da saúde mental pode ser entendida como uma estratégia que visa melhorar a qualidade de vida da população e por conseguinte as condições de saúde. Trata-se então de uma estratégia promissora no enfrentamento de problemas atrelados à saúde humana, uma vez que a promoção de saúde amplia o entendimento sobre saúde-doença e seus determinantes ao conectar saberes técnicos e populares, além de mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, centrando-se na qualidade de vida (Buss et. al, 2020).

### ***b) Políticas Públicas de Atenção e Cuidados com Crianças, Adolescentes e Jovens***

Sancionada em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece a criança e o adolescente como sujeitos de direito em condições peculiares de desenvolvimento. A lei 8.069 determina a proteção integral à criança e ao adolescente, dispondo

como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à proteção integral (Brasil, 1990).

Dentre os direitos fundamentais dispostos pelo ECA, o primeiro citado é o Direito à vida e à saúde. Em seu artigo 11 determina que é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

Para efeitos da lei supracitada, considera-se crianças pessoas até os 12 anos incompletos, adolescentes dos 12 anos aos 18 anos e juventude o período entre os 15 aos 29 anos, instituído pela lei nº 12.852, em 5 de agosto de 2013 que funda igualmente o SINAJUVE (Brasil, 2013).

Regida por princípios como promoção da autonomia, emancipação, valorização e promoção da participação social e política; promoção da criatividade e da participação no desenvolvimento do País; reconhecimento do jovem como sujeito de direitos universais, geracionais e singulares; promoção do bem-estar, da experimentação e do desenvolvimento integral do jovem; respeito à identidade e à diversidade individual e coletiva da juventude; promoção da vida segura, da cultura da paz, da solidariedade e da não discriminação; e valorização do diálogo e convívio do jovem com as demais gerações, o Estatuto dos Direitos e das Políticas Públicas da Juventude assegura o direito a saúde (Brasil, 2013).

Deliberando no Art. 19 que o jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral. Reafirmando no Art 20. II - atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens.

Os jovens brasileiros estão entre as maiores vítimas de homicídios e correspondem a um quarto da população. Esses assassinatos se concentram na periferia, onde os jovens estão mais expostos à violência. A hostilidade atinge principalmente jovens negros do sexo masculino, moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos, segundo o Índice de Vulnerabilidade a Violência (2017). O extermínio da população negra é um problema também de saúde pública, além da questão de segurança.

O Estatuto da Igualdade Racial, promulgado em 20 de julho de 2010 determina, entre outras disposições, a criação de políticas públicas para garantias de direitos a saúde, a educação, a cultura,

ao lazer, à liberdade de consciência, a moradia, ao trabalho, aos meios de comunicação, bem como a origem do Sistema Nacional de Igualdade Racial (SINAPIR).

Do direito à saúde, primeiro dos direitos fundamentais do Estatuto da Igualdade Racial, deve ser garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos à população negra. Da mesma forma, deve ser desenvolvido conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, entre outras garantias dispostas na lei (Brasil, 2010).

### 2.3 MINDFULNESS E PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Originado das práticas meditativas propostas pelo Budismo e por doutrinas orientais diversas, o *Mindfulness* propõe ancorar nossa atenção, observando, assim, o movimento das emoções, pensamentos, inquietações, distrações e repercussões no organismo, de maneira consciente – o que resulta em estar presente em nossa própria consciência de modo atento, aceitando o funcionamento do próprio organismo com compaixão (Kabat-Zinn, 2003).

*Mindfulness* é definido como “prestar atenção de uma forma particular, com propósito, de maneira presente no momento, livre de julgamentos” (Kabat-Zinn apud Shapero, Greenberg & Pedrelli, 2018). Uma definição básica para *Mindfulness* é o estado de alerta ao momento presente.

O termo inclui ainda em seu conceito a capacidade de representar o construto teórico (a ideia de *Mindfulness*), exercícios meditativos para a prática de atenção plena ou processos psicológicos que correspondem às ações na mente e no cérebro. Entretanto, nesta proposta o interesse atual está na regulação da atenção para que ela esteja focada na experiência presente, possibilitando a aceitação dos sentimentos expostos, abertura para lidar com a sensação emanada e curiosidade para explorar a vivência apresentada (Germer, Siegel, & Fulton, 2016).

O desenvolvimento da prática de *Mindfulness* está embasado nas seculares práticas e filosofias da doutrina budista que têm sido incorporadas às intervenções em saúde e tratamento de enfermidades no último século no mundo ocidental. Hoje já contamos com estudos que evidenciam os benefícios das intervenções fundamentadas em *Mindfulness* em adultos em acompanhamento clínico e não clínico (Sanger & Dorjee, 2016).

Intervenções Baseadas em *Mindfulness* demonstraram eficiência no tratamento de transtornos psiquiátricos, atenuação de sintomas associados a esses transtornos e redução na recorrência dos adoecimentos psíquicos em pacientes com histórico crônico. Essas intervenções ajudaram a reduzir sintomas depressivos, servindo também de suporte para transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtornos alimentares e de uso de substâncias (Shapero, Greenberg, & Pedrelli, 2018).

Os ganhos para a saúde psicológica e compreensão dos mecanismos cerebrais que contribuem positivamente para a melhora também entram no rol das benesses proporcionadas pelo exercício da prática em questão. Ademais, há melhoras significativas no estado de Atenção Plena, metaconsciência e autocompaixão. Sintomas psicológicos negativos foram diminuídos, melhorando a situação de ruminação das ideias, preocupação e impulsividade. Déficits cognitivos resultantes de adoecimentos psiquiátricos também são afetados assertivamente pelas intervenções baseadas em *Mindfulness*, tal como a memória autobiográfica, regulação precária da atenção e rigidez cognitiva (Shapero, Greenberg, & Pedrelli, 2018).

Hodiernamente, pesquisas indicam os mecanismos neurobiológicos que atestam as vantagens da manutenção da prática meditativa por milhares de anos em distintas culturas. Aproveitando a capacidade neuroplástica do cérebro em gerar mudanças na estrutura do órgão através da aquisição de novos conhecimentos e implementação de comportamentos, nossa relação com o agente de sofrimento psíquico pode ser ressignificada (Lazar, 2016).

A prática regular de meditação reformula o nosso cérebro, modificando de maneira duradoura a função neural. A desativação de rede em modo padrão, responsável pela criação do sentido de *self* e identidade, ativação de regiões de controle cognitivo, atenção e determinação de importância, bem como sua conexão, além do estímulo da ínsula anterior, responsável pela interceptação, equilíbrio e detecção da frequência cardíaca e respiratória. Somado ao que foi aludido, achados mais importantes foram encontrados na capacidade operatória dessas regiões, com aumento na massa cinzenta, nas conexões neuronais e na substância responsável pela conexão das diversas áreas do cérebro, gerando melhora na qualidade do processamento e interligação desses setores (Lazar, 2016).

As alterações relatadas são firmes mesmo com treinos simples de meditação, como prestar atenção à respiração, atenção plena nas sensações corpóreas e aceitação da realidade. Regiões como ínsula anterior direita, giro temporal inferior esquerdo, hipocampo e lobo temporal inferior

esquerdo. Num treino de *Mindfulness* de oito semanas foram encontrados aumento da substância cinzenta no hipocampo, córtex cingulado posterior e junção temporo-parietal (Lazar, 2016).

Portanto, há evidências de efeitos positivos de intervenções baseadas em Atenção Plena sobre a cognição e a saúde mental, com impactos sobre a organização neurofuncional. Esses benefícios não se restringem às pessoas com transtornos mentais, alastrando-se para indivíduos que vivem algum tipo de sofrimento psíquico ou que desejam melhorar a sua qualidade de vida, incrementando sua capacidade de autorreconhecimento, aprendizagem, memória e autorregulação do comportamento (Lazar, 2016).

Essa prerrogativa conduziu a uma busca da adaptação das práticas de *Mindfulness* para crianças e adolescentes ao redor do mundo, inserindo a prática na educação formal e reduzindo o estresse percebido, depressão e ansiedade e fomentando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento emocional.

Estudo com adolescentes no País de Gales demonstrou que o programa de treino escolar baseado em *Mindfulness* capacitou os adolescentes que se submeteram ao treinamento a inibirem estímulos irrelevantes ou distratores mais eficientemente, com diminuição da autocrítica rigorosa, o que pode colaborar com o processo de aprendizagem e performance acadêmica (Sanger & Dorjee, 2016).

Um dos maiores desafios para a saúde pública do mundo, que fataliza aproximadamente 800 mil pessoas por ano e atinge prioritariamente jovens dos 15 aos 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens no Brasil. As características heterogêneas da população, da distribuição da atividade econômica e do acesso à saúde mental definem o estado atual do país e impactam irregularmente a saúde psicológica dos jovens (Jaen-Varas et al. 2019).

Durante o período entre 2006 e 2015, houve acréscimo de 24%, nos casos reportados nas 6 maiores cidades do país. Esse aumento está relacionado a pioras nos indicadores sociais, como altos níveis de desemprego (Jaen-Varas et al., 2019).

Destarte, as intervenções preventivas devem ser direcionadas ao progresso do público-alvo, em que as competências socioemocionais estão em desenvolvimento. Em fase pueril a introdução pode ser acompanhada pelos responsáveis pela criança. Estratégias mediadoras da prática de *Mindfulness* ajudam os familiares e profissionais que acompanham as crianças a trabalharem de maneira lúdica (Sanger & Dorjee, 2016).

O conceito de competências socioemocionais é amplamente utilizado na definição de objetivos para programas de desenvolvimento das habilidades socioemocionais. Esses programas são projetados para a educação formal. Apesar da extensão dos conceitos propostos, os mais aceitos são mundialmente concebidos, atualmente, pela UNICEF, UNESCO e OMS. Para a UNESCO, as competências socioemocionais ou habilidades de vida englobam um conjunto de comportamentos, atitudes e valores que designam a capacidade de fazer algo ou alcançar um objetivo (Puerta, Valerio, & Bernal, 2016).

UNICEF e OMS definem as competências citadas como habilidades psicossociais para um comportamento adaptativo e positivo, possibilitando indivíduos para lidar, efetivamente, com demandas e desafios do cotidiano, estando agrupadas em três grandes categorias: habilidades cognitivas para analisar e utilizar informações; habilidades pessoais, para agenciar e gerir a si mesmo; e habilidades interpessoais, para comunicação com os outros. Essas habilidades estão conectadas à saúde, educação, direitos humanos, educação cidadã e outras questões sociais (Puerta, Valerio, & Bernal, 2016).

Desta maneira, as práticas de *Mindfulness*/atenção plena são modos de ajudar no suporte emocional, amortizando o impacto do sofrimento psíquico, e podem fornecer uma base neurobiológica e cognitiva importante para o desenvolvimento das mais variadas competências socioemocionais fundamentais para a saúde na vida do jovem e do adulto.

As possibilidades de um modelo integrativo de habilidades sociocognitivas que abrange as habilidades socioemocionais, além da comunicação e atenção executiva de forma biopsicossocial, estão nas bases neurológicas do funcionamento cognitivo social, que contribui para o comportamento e expressão dessas habilidades, a ativação de regiões cerebrais, como córtex cingulado, ínsula, córtex parietal inferior, junção temporo-parietal e amígdala – áreas citadas na parte em que elencamos os efeitos positivos da prática meditativa (Beauchamp & Anderson, 2010).

A complexidade da rede neural de funcionamento do comportamento socioemocional ainda necessita de maior aprofundamento, mas as semelhanças das atividades e das áreas envolvidas no processamento nos ajudam a projetar como dar suporte à elaboração necessária para o desenvolvimento das habilidades sociocognitivas, que dependem da maturação do cérebro, entre outros fatores.

A capacidade de ignorar distratores e a manutenção do foco, são ganhos efetivos na inserção de intervenções fundamentadas em *Mindfulness* em adolescentes (Sanger & Dorjee, 2016).

Comparecem da mesma forma outros processos mentais, como memória de trabalho, planejamento, solução de problemas, comportamento estratégico e autorregulação, colaborando com o processo de aprendizagem (Beauchamp & Anderson, 2010)

Assim, compreendemos que a introdução das práticas de *Mindfulness*/Atenção Plena na rotina de crianças e jovens é um pertinente substrato para aspectos plurais da saúde mental, reduzindo o sofrimento psíquico, a incidência de diagnósticos psiquiátricos e sua recorrência em crises, conjuntamente com o desenvolvimento do substrato necessário para a maturação do cérebro, o que permite o ganho de habilidades sociocognitivas, determinantes nos processos de atenção, aprendizagem, comunicação e comportamento pró-social.

Em estudo realizado no Brasil sobre possíveis impactos e benefícios de um programa de educação e meditação para adolescentes, achados que corroboram com pesquisas anteriores de MBI foram encontrados como presença/aumento da resiliência, aumento da produtividade, melhor controle atencional, maior engajamento em atividades escolares, com facilitação para assumir responsabilidades. Válido destacar também o uso de técnicas aprendidas na intervenção para resolução de conflitos interpessoais entre os alunos, ponderada pelos professores. (Oliveira, 2019).

### ***a) Regulação Emocional***

A Regulação Emocional é definida como processo pelo qual influenciemos nossas emoções e emoções de outros, quando as sentimos, como as expressamos e como as experienciamos. Compreendendo as emoções como processos multifatoriais, regular-se emocionalmente envolve alterar a dinâmica da emoção, latência, tempo de ascensão, magnitude, duração ou comportamentos resultantes da emoção (Gross, 2002).

No modelo de Regulação Emocional proposto por Gross (2002) duas estratégias específicas são preponderantes para compreender como os humanos controlam suas emoções: Reavaliação e Supressão. Como exemplos de reavaliação estão seleção da situação, modificação da situação, desenvolvimento atencional e mudança cognitiva. A supressão é concebida como modulação da resposta, ainda segundo o mesmo autor.

As práticas de mindfulness também podem impactar a capacidade de regulações emocionais de jovens e adultos. Definida como capacidade efetiva de adaptar adequadamente uma variedade

de emoções ao contexto para encontrar objetivos psicológicos em longo prazo, a capacidade de regular as próprias emoções é determinante para prevenir o comportamento psicopatológico. (Wheeler et al. 2017)

A capacidade experienciar sensações e emoções negativas, sem adicionar valores negativos adquiridos em experiências prévias e sem sobrecarregar com medo de situações futuras é uma habilidade possível de desenvolvimento praticantes de Mindfulness e fundamental para manutenção da saúde mental. A menor atividade de áreas do cérebro envolvidas no processamento autorreferencial, precursoras na preocupação e da ruminação em praticantes de mindfulness e maior atividade em áreas que proporcionam autofoco são achados bibliográficos neurocientíficos. (Wheeler et al. 2017)

Instrumento Questionário de Regulação Emocional, proposto por Gross e John (2003), conta com 10 questões de autorrelato sobre dois processos de regulação emocional: reavaliação cognitiva e supressão da resposta. As respostas são em escala Likert entre 1- Discordo completamente e 7- Concordo Completamente, tendo o número 4 – neutro. Os itens 1, 3, 5, 7, 8, 10, são sobre a reavaliação cognitiva. Os itens 2, 4, 6 e são sobre supressão da expressão.

Em estudo realizado com idosos brasileiros foi encontrado correlação entre as estratégias de reavaliação cognitiva com melhores indicadores afetivos. Uma frequência maior no uso da reavaliação determinou vivências de afetos positivos e satisfação, reduzindo sintomas negativos e depressão (Batistoni et al. 2013)

Como efeito positivo de maior uso da reavaliação cognitiva também foram ressaltados a melhora com a saúde emocional, correspondendo um fator de proteção contra sintomas depressivos e ansiosos, fortalecendo a capacidade de resiliência a eventos estressores ou perdas, gerando autoestima, comportamentos adaptativos e estratégias criativas para superar momentos de crise (Batistoni et al. 2013)

Condições fundamentais para regulações emocionais, a percepção, o reconhecimento e a identificação dos sentimentos são facilitados por práticas de mindfulness e determinantes também para literacia em saúde mental.

### ***b) Coping e promoção de saúde mental***

*Coping* é compreendido como conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar efetivamente com circunstâncias adversas (Antoniazzi et al. 1998). A origem do termo advém da investigação sobre o estresse e das relações além do estímulo-resposta, mas por fatores internos ou externos mediadores da resposta (Dias & Pais-Ribeiro 2019).

A capacidade de escolher e executar a estratégia mais adequada em situações de estresse pode ser o diferencial para que situações de crise reduzam ou anulem seu impacto danoso na saúde mental e física (Ramos et al. 2015). Diferentes modelos de conceituação, interpretação e avaliação são propostos pela Psicologia: 1-*coping* como mecanismos de defesa e estilos de personalidade, na abordagem psicodinâmica; 2-*coping* em uma perspectiva cognitivista de interação indivíduo-ambiente; 3-*coping* como autorregulação em uma perspectiva desenvolvimentista. (Aldwin, 2009; 2011).

Na perspectiva cognitivista, o *coping* divide-se em duas categorias: *coping* com foco no problema e *coping* com foco na emoção. Essa divisão requer o envolvimento de quatro conceitos principais: *coping* é uma interação entre o indivíduo e o ambiente; tem a função de administrar a situação estressora; requer percepção, interpretação e representação mental em um processo de avaliação da situação; e realiza-se na mobilização de esforço dos processos cognitivos e comportamentais para gerir as necessidades internas ou externas (Folkman & Lazarus, 1980 apud Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

O modelo de estresse proposto por Folkman e Lazarus postula que o *coping* é o conjunto de estratégias que o indivíduo usa para encarar situações significativas e demandas que excedem seus recursos para enfrentar o respectivo evento. Os esforços cognitivos são para aumentar, criar ou manter a percepção de controle frente a acontecimentos diversos, que geram demandas internas e externas, carecendo de gerenciamento (Dias & Pais-Ribeiro 2019).

As variedades de *coping* foram organizadas após análises teóricas e empíricas em 12 famílias de ordem superior. Todas as famílias buscam ações adaptativas e dependem das capacidades de desenvolvimento do sujeito, portanto estratégias como busca de informações necessita de recursos para a investigação ou autossuficiência requer capacidades de regulação emocional (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

As 12 famílias de ordem superior estão descritas por Skinner como: 1-solução de problemas, que consiste em ajustar ações em prol da efetividade; 2-Busca de informações, constitui-se em encontrar contingências adicionais; 3-Desamparo, simbolizando a constatação de limitações das ações; 4-Escape, compreendendo a fuga do ambiente não-contigente; 5-Autossuficiência, fundamenta-se no resguardo de recursos sociais disponíveis; 6-Busca de Suporte, respaldando no uso de recursos sociais; 7-Delegação, constatando os limites dos recursos; 8- Isolamento Social, distanciando de um ambiente sem suporte; 9-Acomodação, adequando preferências as opiniões; 10-Negociação, buscando novas opiniões; 11-Submissão, desistindo das disposições próprias; e 12-Oposição, removendo as restrições e posicionando combativamente. (Skinner et al., 2003)

O desenvolvimento das capacidades de *coping* em adolescentes e jovens deve mitigar efetivamente o impacto das situações de vulnerabilidades em fase determinante para constituição da saúde mental. A condução consciente dessas estratégias oferece ferramentas psicológicas para pensar e debater coletivamente sobre maneiras de lidar ou amenizar os desafios do crescimento e das vivências sociais.

### **3 OBJETIVO PRIMÁRIO**

Avaliar indicadores de ansiedade e depressão adolescentes e jovens brasileiros.

#### **3.1 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

1. Estimar indicadores de ansiedade em adolescentes e jovens no contexto da pandemia;
2. Aferir indicadores de depressão em adolescentes e jovens em momento pandêmico
1. Estabelecer relação entre os indicadores e características sociodemográficas.
1. Saúde mental de adolescentes e jovens no contexto da pandemia de COVID-19

## RESUMO

O presente estudo transversal quantitativo avaliou a condição de saúde mental de adolescentes e jovens a partir dos indicadores de depressão e ansiedade durante a pandemia de COVID-19 entre dezembro de 2020 e junho de 2021. Os questionários foram aplicados em adolescentes e jovens residentes em metrópoles brasileiras que aceitaram participar do estudo através de termo de consentimento livre e esclarecido. As coletas realizadas por formulários enviados por dispositivos móveis e análise dos dados no SPSS, observando prevalências entre faixa etária, sexo, raça e condição socioeconômica. Foram encontrados resultados que apontam um agravamento do cenário da saúde mental no país principalmente em populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: ansiedade. Depressão. Saúde mental. Transtornos Mentais. Prevalência.

## **ABSTRACT**

The present quantitative cross-sectional study assessed the mental health condition of adolescents and young adults based on indicators of depression and anxiety during the COVID-19 pandemic between December 2020 and June 2021. The questionnaires were administered to adolescents and young adults residing in Brazilian metropolises who agreed to participate in the study through informed consent. Data collection was conducted through mobile device-based surveys, and the data were analyzed using SPSS, examining prevalences by age group, gender, race, and socioeconomic status. Results were found indicating a worsening of the mental health scenario in the country, particularly among more vulnerable populations.

**Keywords:** anxiety, depression, mental health, mental disorders, prevalence

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário de emergência global provocado pela pandemia da COVID-19, impactou diversas esferas da sociedade (WHO, 2020), causando contaminações, adoecimentos e mortes em escala planetária (Matta et al., 2020). Tal crise global trouxe mudanças significativas na rotina das pessoas, com isolamento social, interrupção de atividades coletivas, atividades educacionais, distanciamentos sociais, desencadeando efeitos culturais, sociais e econômicos (Birman, 2020). Os desdobramentos seguem em diferentes aspectos da população, principalmente na saúde mental (Faro et al., 2020).

As décadas anteriores já demandavam preocupação e alerta aos cuidados em saúde mental, com a Organização Mundial de Saúde (OMS) definindo a depressão como uma emergência em saúde coletiva, destacando suas taxas epidemiológicas (Birman, 2020). A saúde mental é recorrentemente negligenciada nos programas de saúde pública - em países menos desenvolvidos e emergentes, mais de 75% da população com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias não recebem suporte ou tratamento (WHO, 2020a).

As restrições ao acesso a serviços de saúde mental foram intensificadas durante a pandemia da COVID-19, tanto pelo comprometimento do funcionamento logístico dos sistemas de saúde quanto pelo agravamento das condições sociais determinantes da saúde mental (Green et al., 2021; WHO, 2020a).

A crise do COVID-19 e o estresse gerado agravam a situação que já apresentava sinais de emergência (OMS, 2020). Salientamos que populações jovens estão mais vulneráveis, agravadas pela exposição a maiores índices de pobreza e fragilizadas em sua condição psíquica, são as mais afetadas. (Del Castillo & Velasco, 2020; Holmes et. al, 2020).

A manutenção dos resultados negativos da pandemia na saúde mental de jovens e adolescentes desencadeiam um impacto ainda a ser mensurado em termos globais. O ônus das perturbações mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos já foi destacado anteriormente pelo *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança de 2001*, que propôs para o novo século uma nova maneira de entender o adoecimento psíquico, investigando o campo da prevenção, disponibilidades e desafios para o tratamento, entendido como um problema de saúde pública, oferecendo para pacientes e familiares uma esperança em todos os países e sociedades, (OMS, 2001)

A estimativa inicial de que entre 20 – 25% das pessoas sofrem em algum momento da vida por uma ou mais perturbações mentais e comportamentais, aponta para alta prevalência dos adoecimentos psíquicos em todas as populações mundiais, independentemente das suas características. Diagnósticos de transtornos de Ansiedade e Depressão correspondem a 40% dos registros em saúde mental (Santomauro et. al, 2021).

Os custos econômicos e o impacto na qualidade de vida são notórios e evidenciam a emergência dos cuidados em saúde mental. As repercussões da degradação do bem-estar psíquico atingem sujeitos, famílias e as comunidades (OMS, 2001).

Entre crianças e adolescentes a prevalência de transtornos emocionais e comportamentais apresenta-se em torno de 10 – 20%, gerando impactos significativos em momento determinante a educação, desenvolvimentos humanos, em sua vida social e familiar (Lopes et al, 2021).

No período anterior a pandemia do COVID-19, estudo transversal em escala nacional realizado na população jovem brasileira com 74.589 adolescentes participantes sobre a prevalência dos transtornos mentais, em 127 municípios, a prevalência foi de 30% de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que não incluem sintomas psicóticos (Lopes et. al, 2016).

Em período prévio à pandemia, estimava-se que 13% dos adolescentes entre 10-19 anos convivem com um diagnóstico de saúde mental, sendo 89 milhões de meninos e 77 milhões de meninas nessa mesma faixa etária (UNICEF, 2021).

Em 2020, foi registrado um crescimento de 11% na identificação de transtornos mentais entre crianças e jovens de 5 e 16 anos em relação a dados de 2017, 16% foram identificadas com algum transtorno mental (Stoilova et. al, 2021). Estas são faixas etárias de desenvolvimento das habilidades individuais e maturação cerebrais, determinantes na capacidade de saúde do indivíduo e no futuro da nossa sociedade.

As condições de vida de uma população resultam diretamente em sua saúde mental. Em um cenário de restritos acessos aos suportes em saúde mental, os impactos da pandemia de COVID-19 tornam-se cada vez mais evidentes, perpetuando-se nos anos seguintes. A habilidade humana em converter recursos em suporte determina melhorias em saúde aos grupos que avançam tecnologicamente (Oliveira, 2019).

O aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão e transtornos de ansiedade, pode ser observado em situações perigosas como pandemias (Mari & Oquendo, 2020; Pfefferbaum & North, 2020). No entanto, o distanciamento

social e as questões políticas e econômicas causadas pela pandemia foram identificados como fontes de estresse psicossocial (Schoeps et al., 2022), caracterizando fatores de risco para desfechos como o suicídio (Que et al., 2020).

O cenário de ampla desigualdade social apresentado pelo Brasil durante a pandemia (Schmidt et al., 2020), combatido pelo aumento do desemprego, precarização do trabalho, desmontagem de políticas públicas, de proteção, de inclusão social e desarticulação do Sistema Único de Saúde (SUS) agrava os impactos e riscos da pandemia (Malta et al., 2018).

Assim, investigar efeitos na saúde mental da população é necessário para o direcionamento de políticas públicas e promoção à saúde às populações mais vulneráveis e, dessa forma, mitigar os agravos em saúde (Duarte et al., 2020; Nabuco et al., 2020).

Fatores de risco potencial à saúde mental de crianças e jovens são as mudanças abruptas de rotinas, o isolamento social, o fechamento de escolas (espaços de convivência), a exposição ao uso indevido de substâncias, o vício em novas tecnologias, a violência comunitária e familiar, o agravamento da pobreza, entre outros (Del Castillo & Velasco, 2020; Holmes et. al, 2020).

Os estudos apontam ainda o aumento de sintomas ansiosos e depressivos durante a pandemia (Hafstad et. al, 2021; McElroy et. al, 2020; Wang et. al, 2020). Além da maior suscetibilidade ao estresse, ansiedade e depressão durante o surto da COVID-19 entre jovens (Varma et al., 2021).

Nesse cenário, algumas condições necessitam de maior zelo na prevenção de repercussões negativas na saúde mental. Situações agravadas de vulnerabilidades sociais, violência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas, comorbidades e problemas no desenvolvimento, cuidados hospitalares e comportamentos suicidas estão no centro de preocupações com adolescentes e jovens (FIOCRUZ, 2020).

Buscando apresentar um panorama mais amplo sobre as situações de saúde dos países e suas populações, ponderando sobre prevalência e incidência de doenças, através de uma padronização universal de sintomas, problemas de saúde pública, circunstâncias sociais, diagnósticos e causas de ferimentos, a OMS adota o CID-11 como ferramenta epidemiológica como base para identificar tendências estatísticas em saúde global e orientar sobre estratégias de enfrentamento de crises.

Desordens mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento são conjuntos de sintomas causados por disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou no processo de

desenvolvimento que subsidiam os processos mentais e comportamentais, caracterizados por perturbação significativa na cognição do indivíduo, na sua regulação emocional ou comportamento. Esses distúrbios causam sofrimento psíquico em importantes áreas de exercício das capacidades humanas, como vivência familiar, laboral ou social (CID-11).

Dentre os adoecimentos psíquicos, os mais prevalentes são os Transtornos Mentais Comuns (TMC) em 90% dos casos, caracterizados por sintomas depressivos e ansiosos e ausência de sintomas psicóticos. Apresentam alta prevalência também na população geral (20-30%), com tendência a piora em momentos de crise e dificuldade de identificação em pessoas mais jovens, entretanto causando impactos significativos no desenvolvimento de habilidades, aproveitamento escolar e relações sociais (Lopes et al, 2021).

#### *a) Depressão*

Os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, irritabilidade, sensação de vazio ou perda de prazer em atividades que anteriormente ofereciam satisfação, acompanhados por sintomas cognitivos e comportamentais, afetando significativamente sua operabilidade (CID-11). No mundo, um número superior a 322 milhões de pessoas sofre com essa condição, estimando-se 4.4% da população mundial. A depressão afeta pessoas em todas as idades e as acompanha durante a vida, tendo seu risco aumentado em situações de pobreza, desemprego, adoecimentos físicos e abuso de substâncias (WHO, 2017).

Nos casos totais das desordens depressivas, 48 milhões de pessoas residem na região das Américas, 15% dos casos mundiais. O Brasil é o segundo em casos de depressão nas Américas, com 9.3% dos casos de depressão da região (PAHO, 2018).

Em 2013, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 7,6% dos adultos brasileiros relataram terem recebido diagnóstico anterior, em algum momento, de depressão, feito por profissional de saúde mental. A frequência do diagnóstico apresentou incidência maior em mulheres (10,9%) do que em homens (3,9%). Em relação ao grau de instrução, 8,6% que não possuíam o fundamental completo, 6,9% que não possuíam o ensino médio completo, 6,4% com ensino médio completo e 8,7% que possuíam o superior completo referiram sintomas depressivos, com diferença estatística significativa. (Stopa et al. 2015)

Branco apresentaram prevalência de 9,0% (IC95%), Negros 5,4% e Pardos 6,7%. População pesquisada residente em área urbana respondeu com 8,0% e zona rural 5,6%. Rio Grande do Sul foi o estado federal com maior prevalência (13,2%), seguido por Santa Catarina (12,9%), e Paraná (11,7%). Os menores índices de depressão foram referidos no Pará (1,6%), Amazonas (2,7%) e Amapá (3,4%). São Paulo com 8,4%, Rio de Janeiro com 6,0%, Minas Gerais, 11,1% e Bahia 4,0%, também demonstram significativas prevalências (Stopa et al., 2015).

A probabilidade de ocorrência de transtorno depressivo maior é acrescida sensivelmente com a puberdade, com episódios também em idades mais avançadas, trazendo sensação de vazio, sem sentimentos ou ansiosos. Da mesma forma, a perda de interesse ou prazer, alterações no apetite e sono, alterações psicomotoras, sensação de fadiga ou diminuição da energia vital. Ademais, sentimentos de desvalia, culpa, dificuldades no raciocínio e pensamentos ruminantes por fracassos do passado estão presentes em menor frequência (American Psychiatric Association, 2014).

## ***b) Ansiedade***

Desordens de ansiedade acompanham a vida de ao menos 264 milhões de pessoas no mundo, em momento anterior à pandemia. Esse número foi acrescido em 14,9% entre 2005 e 2015, como resultado do crescimento e envelhecimento da população. A região das Américas tem 57 milhões de diagnósticos, correspondendo a 21% da população em sofrimento psíquico por conta da ansiedade no mundo (WHO, 2017).

O Brasil é descrito estatisticamente como país mais casos de transtorno de ansiedade, segunda maior causa de disfuncionalidade das Américas, com 7,5% dos casos regionais. Outros países da América do Sul também apresentam alto percentual de Transtornos de Ansiedade, como Paraguai, Chile, Argentina e Colômbia (Pan American Health Organization, 2018).

A ansiedade é descrita pela Classificação Internacional de Doenças (CID) como antecipação de perigo futuro ou infortúnio acompanhado por sentimentos de preocupação, tensão, sintomas somáticos e sofrimento psíquico. O foco da preocupação podem ser fatores internos ou externos que ameaçam a integridade do indivíduo e seu bem-estar (ICD-11).

Contudo, o Transtorno de Ansiedade Generalizada é qualificada com a persistência dos sintomas de ansiedade por período prolongado, por, pelo menos, alguns meses, adicionando

preocupação excessiva com múltiplos eventos cotidianos, geralmente direcionados à família, saúde, obrigações escolares ou laborais e financeiras. Sintomas físicos como tensão muscular, inquietação motora, dificuldade em manter concentração, irritabilidade e prejuízos no sono (ICD-11).

Os transtornos de ansiedade são comórbidos entre si, contudo um exame detalhado pode discernir os tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva. Transtornos de ansiedade de separação, mutismo seletivo e fobias específicas são mais prevalentes em crianças e jovens até os 17 anos (American Psychiatric Association, 2014).

Fobia social, conhecido como transtorno de ansiedade social, tem seu início em média aos 13 anos de idade nos Estados Unidos e 75% dos casos tem sua primeira ocorrência entre 8 e 15 anos. A fobia social tem como característica o medo e ansiedade intensos em situações sociais no que o indivíduo pode ser avaliado por outros. Em crianças, adolescentes e jovens essa reação acontecem também na presença dos pares, não somente de adultos, dificultando a interação social (American Psychiatric Association, 2014).

Transtorno de pânico corresponde súbitos ataques de pânico recorrentes, com diversos sintomas físicos como palpitações, sudorese, tremores, sufocamento, náuseas, vertigem, parestesias, despersonalização ou desrealização, medo de enlouquecer e medo de morrer, atingindo seu ápice em minutos (American Psychiatric Association, 2014).

O medo e ansiedade de permanecer em locais fechados, multidões ou transportes públicos são sintomas iniciais característicos de agorafobia. Mesmo com prevalência não evidente, o uso ou abstinência de substâncias, pode induzir sintomas ansiosos e/ou ataques de pânico (American Psychiatric Association, 2014).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo transversal descritivo coletou dados durante o período pandêmico, de dezembro de 2020 a julho de 2021, nas regiões do Sudeste e Nordeste, com a participação das quatro maiores capitais do Brasil: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio de escalas de avaliação validadas para o território nacional, enviadas on-line após o consentimento de participação dos maiores de idade e autorização dos pais ou responsáveis para os menores de idade.

Os participantes foram convidados por integrantes de ONGs que oferecem programas educacionais para jovens, após serem informados sobre a pesquisa. Para contextualizar e formalizar o convite à pesquisa, foram enviados vídeos e imagens aos participantes. O questionário contendo as escalas foi hospedado na plataforma digital de coleta Qualtrics e enviado por meio de aplicativos de mensagens. Os adolescentes e jovens responderam ao questionário por meio de dispositivos com conexão à internet, como celulares ou computadores.

### 2.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa adolescentes e jovens, entre 12 a 25 anos, que responderam às etapas de pesquisa. Utilizou-se como critério de inclusão a faixa etária entre adolescência e juventude e autorização a partir do TCLE. Aos adolescentes foi necessário a aprovação de familiares ou responsável legal para participação. Como critério de exclusão, a não-autorização ou ausência das respostas dos questionários

### 2.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O questionário de epidemiologia e prevalência de saúde mental e bem-estar foi construído a partir de instrumentos e escalas padronizados e validados para territórios nacionais. O início do questionário incluiu um levantamento de informações sociodemográficas. Para avaliar sintomas de transtornos psiquiátricos em participantes menores de 18 anos, a Escala Revisada de Ansiedade e

Depressão na Infância (RCADS) foi adotada. Para participantes maiores de 18 anos, utilizou-se o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) para avaliação da depressão e o *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; SI)* para ansiedade, conforme detalhado a seguir.

*Questionário sociodemográfico:* o questionário estruturado foi elaborado para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, incluindo questões sobre faixa etária, local de residência, escolaridade pessoal e dos pais, nível socioeconômico, entre outros.

*Patient Health Questionnaire (PHQ-9):* trata-se de um instrumento que contém nove itens de sintomas depressivos, sendo projetado para identificar indivíduos em risco de depressão. Cada item é respondido por meio de uma escala Likert de 4 pontos (de 0 = “nenhum dia” a 3 = “quase todos os dias”). O PHQ-9 foi validado pela primeira vez em adultos brasileiros (20+) e é amplamente utilizado em pesquisas em saúde mental. Santos et al. (2013), apresentam dados sobre características psicométricas no Brasil. Na presente pesquisa, foi adotado o ponto de corte de 10 para indicador de risco para transtorno depressivo maior (Santos et al., 2013).

*Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; SI):* é uma medida de autorrelato de 7 itens usada para atribuir sintomas de ansiedade. Cada item é respondido por meio de uma escala Likert de 4 pontos (de 0 = “nunca” a 3 = “quase todos os dias”). O GAD-7 possui evidências de validação em adultos brasileiros de 18 a 60 anos. As propriedades psicométricas são fornecidas por Moreno et al. (2016), sendo adotado o ponto de corte de 10 para indicador de risco para transtorno de ansiedade, conforme recomendado por Moreno et al. (2016).

*Escala Revisada de Ansiedade e Depressão na Infância (RCADS):* consiste em um questionário de autoavaliação desenvolvido para avaliar a presença e a gravidade de sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes. O questionário foi criado como uma atualização da Child Anxiety and Depression Scale (CADS) e é frequentemente usado em pesquisas clínicas e em psicoterapia para monitorar a progressão dos sintomas ao longo do tempo.

Composto por 47 itens que avaliam seis subescalas distintas: ansiedade de separação, fobia social, ansiedade generalizada, síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão. Cada item é avaliado em uma escala de quatro pontos, variando de "nunca" a "sempre", com base na frequência com que a criança ou adolescente experimentou o sintoma nas últimas semanas.

Os escores de cada subescala são somados para gerar um escore total e foram considerados os seguintes pontos de corte (Chorpita et al., 2020):

- Ansiedade de separação: 6 para meninos; 9 para meninas.

- Fobia social: 20 para meninos; 23 para meninas.
- Síndrome do pânico: 10 para meninos; 14 para meninas.
- Depressão maior: 15 para meninos; 19 para meninas.
- Ansiedade generalizada: 14 para meninos; 16 para meninas.
- Transtorno obsessivo compulsivo: 12 para meninos; 13 para meninas.

## 2.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Foram calculadas prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) por transtorno mental, segundo gênero, raça, faixa etária e região de residência. Estatísticas descritivas foram realizadas para dados sociodemográficos. A análise de dados foi feita através do *Statistical Package do Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os formulários foram enviados para os participantes menores de idade somente após o consentimento dos responsáveis maiores de idade. O convite para participar da pesquisa foi feito inicialmente por integrantes de ONGs que oferecem programas educacionais para adolescentes e jovens. Vídeos explicativos foram enviados aos participantes, contextualizando e formalizando o convite a pesquisa. O questionário contendo as escalas foi hospedado na plataforma digital de coleta Qualtrics e enviado por meio de aplicativos de mensagens. Os adolescentes e jovens responderam ao questionário por meio de dispositivos com conexão à internet, como celulares ou computadores.

### 3 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 376 participantes, sendo 197 (52,4%) jovens e 179 (47,6%) adolescentes. Nos dois grupos, prevaleceram as pessoas do sexo feminino, mulheres cis, pardas e com ensino médio. Entre os adolescentes, as idades variaram entre 11 e 18 anos, com média de 15,8 ( $\pm 1,2$ ) anos. Entre os jovens, as idades variaram entre 15 e 26 anos, com média de 19,8 ( $\pm 1,8$ ) anos. Dos adolescentes, 13 (7,3%) relataram diagnóstico prévio de algum transtorno de ansiedade e 4 (2,2%) de transtorno depressivo. Dos jovens, 7 (3,6%) e 5 (2,5%) relataram ter recebido diagnóstico de algum transtorno de ansiedade e depressivo, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características pessoais e clínicas dos adolescentes (n=179) e jovens (n=197) participantes do estudo. Brasil, 2020-2021.

Variáveis pessoais	Adolescentes (n = 179)	Jovens (n = 197)
	N(%)	N(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	112 (62,6)	131 (66,5)
Masculino	67 (37,4)	66 (33,5)
<b>Gênero</b>		
Mulher Cis	111 (62,0)	130 (66,0)
Homem Cis	64 (35,8)	60 (30,5)
Pessoa Trans	2 (1,1)	1 (0,5)
Não Binário/Gênero Fluido	2 (1,1)	6 (3,0)
<b>Raça</b>		
Pardo(a)	76 (42,5)	70 (35,3)
Preto(a)	53 (29,6)	65 (33,0)
Branco(a)	39 (21,8)	51 (25,9)
Indígena	3 (1,7)	1 (0,5)
Amarelo(a)	1 (0,6)	2 (1,0)
Não declarada	7 (3,9)	8 (4,1)

**Escolaridade**

Sem instrução	3 (1,7)	0 (0,0)
Fundamental I	14 (7,8)	0 (0,0)
Fundamental II	36 (20,1)	8 (4,1)
Médio	126 (70,4)	143 (72,6)
Superior	0 (0,0)	45 (22,8)
Pós-graduação	0 (0,0)	1 (0,5)

**Idade**

Média (DP)	15,8 ( $\pm$ 1,2)	19,8 ( $\pm$ 1,8)
Mediana (IIQ)	16,0 (15,0-17,0)	19,0 (18,0-21)

Variáveis clínicas	Adolescentes (n = 179)	Jovens (n = 197)
	N(%)	N(%)
<b>Diagnóstico prévio de:</b>		
Transtornos de Ansiedade	13 (7,3)	7 (3,6)
Transtorno Depressivo	4 (2,2)	5 (2,5)
Transtorno Bipolar	2 (1,1)	1 (0,5)
Transtornos de Personalidade	2 (1,1)	0 (0,0)
Transtornos Alimentares	1 (0,6)	2 (1,0)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	1 (0,6)	1 (0,5)
Outros Transtornos	1 (0,6)	1 (0,5)

Fonte:

No que diz respeito às prevalências dos indicadores de saúde mental avaliados, os adolescentes, avaliados a partir da RCADS, apresentaram a menor prevalência para o Transtorno de Ansiedade de Separação (24,2%) e a maior para o Transtorno Obsessivo Compulsivo (79,9%). Entre os jovens, avaliados por meio da GAD-7 e da PHQ-9, as prevalências de ansiedade e depressão foram 67,3% e 48,5%, respectivamente (Tabela 2).

**Tabela 2** – Prevalência de indicadores de saúde mental entre os adolescentes (n =179) e jovens (n=197). Brasil, 2020-2021.

<b>Prevalência (sintomas moderados ou severos)</b>	
<b>Adolescentes (n = 179)</b>	N(%)
Transtorno de Ansiedade de Separação	91 (24,2)
Fobia Social	129 (72,1)
Transtorno de Pânico	66 (36,9)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	124 (69,3)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	143 (79,9)
Transtorno Depressivo Maior	97 (54,2)
<b>Jovens (n = 197)</b>	N(%)
Ansiedade	132 (67,3)
Depressão	95 (48,5)

Fonte:

Das características pessoais contempladas no estudo, o sexo apresentou o maior número de associações significativas com a presença de indicadores de transtornos mentais entre os adolescentes. A concentração de pessoas do sexo feminino foi estatisticamente superior em todos os transtornos – com exceção do transtorno obsessivo compulsivo, que não apresentou diferença entre os grupos. A maior associação encontrada foi no Transtorno de Ansiedade Generalizada, sendo que as pessoas do sexo feminino apresentaram 3,5 vezes mais chances de manifestarem esse transtorno (OR = 3,5, IC = 1,8-6,9) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Análise do sexo como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os adolescentes (n = 197). Brasil, 2020-2021.

<b>Sexo</b>	<b>Transtorno de Ansiedade de Separação</b>		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Feminino (n= 112)	67 (59,8)	2,6 (1,4-4,9)	0,01
Masculino (n = 67)	24 (35,8)	1	
<b>Sexo</b>	<b>Fobia Social</b>		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Feminino (n= 112)	91 (81,3)	3,3 (1,7-6,5)	0,01
Masculino (n = 67)	38 (56,7)	1	

<b>Transtorno de Pânico</b>			
<b>Sexo</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Feminino (n= 112)	52 (46,4)	3,3 (1,6-6,6)	0,01
Masculino (n = 67)	14 (20,9)	1	
<b>Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>			
<b>Sexo</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Feminino (n= 112)	89 (79,5)	3,5 (1,8-6,9)	0,01
Masculino (n = 67)	35 (52,2)	1	
<b>Transtorno Obsessivo Compulsivo</b>			
<b>Sexo</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Feminino (n= 112)	92 (82,1)	1,4 (0,7-3,0)	0,33
Masculino (n = 67)	51 (76,1)	1	
<b>Transtorno Depressivo Maior</b>			
<b>Sexo</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Feminino (n= 112)	68 (60,7)	2,0 (1,1-3,7)	0,02
Masculino (n = 67)	29 (43,3)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio

<sup>+</sup> Qui-quadrado de Pearson

Além do sexo, a raça apresentou associação significativa com a presença do indicador de transtorno depressivo maior entre os adolescentes, sendo que pessoas não brancas apresentaram 3,5 vezes mais chances de manifestarem o referido transtorno. Os demais indicadores não apresentaram associação com a raça (Tabela 4).

**Tabela 4** – Análise da raça como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os adolescentes (n = 179). Brasil, 2020-2021.

<b>Transtorno de Ansiedade de Separação</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	76 (54,3)	1,9 (0,9-3,9)	0,08
Branco(a) (n= 39)	15 (38,5)	1	

<b>Fobia Social</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	104 (74,3)	1,6 (0,8-3,4)	0,21
Branco(a) (n= 39)	25 (64,1)	1	
<b>Transtorno de Pânico</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	56 (40,0)	1,9 (0,9-4,3)	0,10
Branco(a) (n= 39)	10 (25,6)	1	
<b>Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	101 (72,1)	1,8 (0,9-3,8)	0,11
Branco(a) (n= 39)	23 (59,0)	1	
<b>Transtorno Obsessivo Compulsivo</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	115 (82,1)	1,8 (0,8-4,1)	0,15
Branco(a) (n= 39)	28 (71,8)	1	
<b>Transtorno Depressivo Maior</b>			
<b>Raça</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p<sup>+</sup></b>
Não branco(a) (n = 140)	85 (60,7)	3,5 (1,6-7,4)	0,01
Branco(a) (n= 39)	12 (30,8)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio

<sup>+</sup> Qui-quadrado de Pearson

Ainda no que se refere aos adolescentes, não foram identificadas associações entre escolaridade e os indicadores de transtornos mentais (Tabela 5). Da mesma forma, não foram encontradas associações entre idade e os mesmos indicadores (Tabela 6).

**Tabela 5** – Análise da escolaridade como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os adolescentes (n = 179). Brasil, 2020-2021.

<b>Escolaridade</b>	<b>Transtorno de Ansiedade de Separação</b>
---------------------	---

	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	28 (52,8)	1,1 (0,6-2,1)	0,73
Médio ou mais (n= 126)	63 (50,0)	1	
<b>Fobia Social</b>			
<b>Escolaridade</b>	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	40 (75,5)	1,3 (0,6-2,7)	0,51
Médio ou mais (n= 126)	89 (70,6)	1	
<b>Transtorno de Pânico</b>			
<b>Escolaridade</b>	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	19 (35,8)	0,9 (0,5-1,8)	0,85
Médio ou mais (n= 126)	47 (37,3)	1	
<b>Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>			
<b>Escolaridade</b>	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	38 (71,7)	1,2 (0,6-2,4)	0,65
Médio ou mais (n= 126)	86 (68,3)	1	
<b>Transtorno Obsessivo Compulsivo</b>			
<b>Escolaridade</b>	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	43 (81,1)	1,2 (0,5-2,5)	0,79
Médio ou mais (n= 126)	100 (79,4)	1	
<b>Transtorno Depressivo Maior</b>			
<b>Escolaridade</b>	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até fundamental (n = 53)	25 (47,2)	0,7 (0,3-1,3)	0,22
Médio ou mais (n= 126)	72 (57,1)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio

<sup>+</sup> Qui-quadrado de Pearson

**Tabela 6** – Análise da associação entre idade e a presença de indicadores de transtornos mentais entre os adolescentes (n = 179).Brasil, 2020-2021.

#### Transtorno de Ansiedade de Separação

	Acima do ponto de corte (N = 91)	Abaixo do ponto de corte (N = 88)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-17,0)	16,0 (15,0-17,0)	0,58
<b>Fobia Social</b>			
	Acima do ponto de corte (N = 129)	Abaixo do ponto de corte (N = 50)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-16,5)	16,0 (15,0-17,0)	0,07
<b>Transtorno de Pânico</b>			
	Acima do ponto de corte (N = 66)	Abaixo do ponto de corte (N = 113)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-17,0)	16,0 (15,0-17,0)	0,42
<b>Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>			
	Acima do ponto de corte (N = 124)	Abaixo do ponto de corte (N = 55)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-16,0)	16,0 (15,0-17,0)	0,06
<b>Transtorno Obsessivo Compulsivo</b>			
	Acima do ponto de corte (N = 143)	Abaixo do ponto de corte (N = 36)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-17,0)	16,0 (15,0-17,0)	0,74
<b>Transtorno Depressivo Maior</b>			
	Acima do ponto de corte (N = 97)	Abaixo do ponto de corte (N = 82)	p <sup>+</sup>
<b>Idade</b> (Mediana, IIQ)	16,0 (15,0-17,0)	16,0 (15,0-17,0)	0,67

Fonte:

Notas:

<sup>+</sup> Mann-Whitney Test

Entre os jovens, da mesma forma que aconteceu com os adolescentes, o sexo apresentou associação significativa com a presença de indicadores de transtornos mentais. A concentração de pessoas do sexo feminino foi estatisticamente superior tanto em ansiedade quanto em depressão,

com 2,3 vezes mais chances de manifestarem ansiedade (OR = 2,3, IC = 1,2-4,3) e 3,3 vezes mais chances de manifestarem depressão (OR = 3,2, IC = 1,7-5,9) (Tabela 7).

**Tabela 7** – Análise do sexo como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os jovens (n = 179). Brasil, 2020-2021.

Sexo	Ansiedade		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Feminino (n= 131)	72 (55,4)	2,3 (1,2-4,3)	0,01
Masculino (n = 66)	23 (34,8)	1	
Sexo	Depressão		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Feminino (n= 131)	99 (75,5)	3,2 (1,7-5,9)	0,01
Masculino (n = 66)	33 (50,0)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio

<sup>+</sup> Qui-quadrado de Pearson

A análise da raça como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais nos jovens não obteve associações significativas (Tabela 8).

**Tabela 8** – Análise da raça como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os jovens (n = 196). Estados, País, ANO.

Raça	Ansiedade		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Não branco(a) (n = 146)	72 (48,3)	1,1 (0,6-2,2)	0,69
Branco(a) (n= 50)	23 (46,0)	1	
Raça	Depressão		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Não branco(a) (n = 146)	101 (69,2)	1,4 (0,7-2,7)	0,35
Branco(a) (n= 50)	31 (62,0)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio  
 + Qui-quadrado de Pearson

De modo similar, a análise da escolaridade como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais nos jovens não obteve associações significativas (Tabela 9), assim como a análise da associação entre idade e os indicadores de transtornos mentais (Tabela 10).

**Tabela 9** – Análise da escolaridade como fator preditor para a presença de indicadores de transtornos mentais entre os jovens (n = 196). Brasil, 2020-2021.

Escolaridade	Ansiedade		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até médio (n = 150)	74 (49,3)	1,1 (0,6-2,2)	0,66
Superior ou mais (n= 46)	21 (45,7)	1	
Escolaridade	Depressão		
	N (%)	OR (IC 95%)	p <sup>+</sup>
Até médio (n = 150)	100 (66,7)	0,9 (0,4-1,8)	0,71
Superior ou mais (n= 46)	32 (69,6)	1	

Fonte:

Notas: OR = Odds Ratio  
 + Qui-quadrado de Pearson

**Tabela 10** – Análise da associação entre idade e a presença de indicadores de transtornos mentais entre os jovens (n = 196). Brasil, 2020-2021.

Idade (Mediana, IIQ)	Ansiedade		p <sup>+</sup>
	Acima do ponto de corte (N = 92)	Abaixo do ponto de corte (N = 101)	
	20,0 (18,0-21,0)	19,0 (18,0-21,0)	0,10
Idade (Mediana, IIQ)	Depressão		p <sup>+</sup>
	Acima do ponto de corte (N = 132)	Abaixo do ponto de corte (N = 64)	
	20,0 (18,0-21,0)	19,0 (18,0-21,0)	0,34

Fonte:

Nota:

\* Mann-Whitney Test

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou altos índices nos indicadores de ansiedade e depressão ao longo da população pesquisada durante o período da coleta, bem como de outros sintomas específicos como distúrbios do sono e alteração do apetite. A baixa incidência dos diagnósticos prévios, comparados a outros estudos e ao quadro epidemiológico em saúde mental no Brasil, pode indicar a dificuldade em obter suporte profissional em saúde mental por parte da população pesquisada, sendo que 42% afirmam não terem acesso a atendimento prévio e se identificam com sintomas pesquisados.

Os serviços de cuidados com a saúde mental são restritos até mesmo para os que reconhecem a necessidade de atenção e prevenção e buscam ajuda psicológica. Este cenário agrava-se quando se afunilam os equipamentos voltados para crianças, adolescentes e jovens que têm sua autonomia limitada pelas condições de vida, hipossuficiência financeira e inacessibilidade idiomática ou da linguagem (WHO, 2020b)

Jovens cisgênero do sexo feminino não-brancas apresentaram-se como maioria no estudo realizado. Esse público específico demonstrou mais suscetibilidade ao adoecimento psíquico, principalmente em depressão. Este achado reforça a necessidade de políticas públicas de cuidado em saúde mental a mulher desde a adolescência, momento de intensa maturação orgânica, instabilidade emocional.

A baixa incidência percebida dos relatos de diagnósticos prévios é compreendida pela dificuldade em acessar serviços de saúde mental que impacta a população globalmente. Além da inacessibilidade a instituições que ofereçam atendimento psíquico, ainda há o estigma, a desinformação, o preconceito e a falta de suporte que alguns desses jovens podem sofrer no momento de necessidade em saúde.

Em estudo transversal com 45.161 brasileiros, os relatos de tristeza/depressão estiveram presentes sempre ou quase sempre em 70% das pessoas com diagnóstico prévio, reduzindo para 35,2% nas que não apresentaram diagnóstico de depressão anterior. A piora na qualidade do sono ocorreu com mais frequência nos pacientes com problemas prévios de sono e/ou depressão em comparação aos que não apresentavam problemas prévios (Barros et al., 2020).

Ter um diagnóstico prévio de saúde mental apresentou maior risco de agravos em saúde mental. Em pesquisa realizada com 799 pessoas, com idades entre 18 e 75 anos, sendo 82,7% mulheres, 25% dos participantes referiram terem recebido um diagnóstico prévio de transtorno mental (Duarte et al. 2020).

Pessoas que reportaram diagnósticos prévios em saúde mental relataram maior incerteza, solidão, estresse financeiro, menor percepção de controle comportamental, menor atividade física, maiores índices de estresse psicológico, que a população que não relatou diagnósticos prévios em saúde mental. (Newby et al. 2020).

Compreendemos assim que o fato de possuir diagnósticos prévios, com ou sem tratamento adequado, constitui-se em fator de vulnerabilidade em momento de impacto negativo na saúde mental, aumento o risco de sintomas graves e de disfunções em decorrência desses sintomas.

A vida dos adolescentes foi globalmente impactada pela pandemia de Covid-19. Com o fechamento das instituições educacionais, isolamento social e rompimento das conexões com pares, desafios emocionais e comportamentais, se intensificaram em larga escala. A experiência de sintomas depressivos e ansiosos, referenciadas como tristeza, fadiga emocional, insônia, perda de apetite, comportamentos agressivos, sentimentos de estresse, pressão e autolesões foram vivenciadas ao redor do planeta (UNICEF, 2022).

Relacionamos essas alterações aos altos índices de ansiedade em adolescentes apresentados nessa pesquisa. Altas pontuações foram frequentemente atingidas para Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Social, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo, com prevalências sempre maiores no público feminino.

Esses índices evidenciam a ansiedade como um problema de saúde pública ao desenvolvimento desses adolescentes, pois prejudica de diversas maneiras seu rendimento na vida cotidiana, impactando negativamente desde a qualidade do sono a sua capacidade de aprendizagem em idade escolar. A dificuldade em sentir-se relaxado, satisfeito ou feliz, é um desafio para regulação emocional desse público, causando até mesmo disfunções em sua rotina.

Sabemos da importância de construção de um ambiente seguro e adequado para aprendizagens significativas, onde esses adolescentes possam sustentar sua atenção no processo de aprendizagem. A ansiedade, por conceito, retira o sujeito do momento presente, projetando-o para problemas futuros ou incertezas eminentes. Mitigar os níveis de ansiedade nesses adolescentes,

desenvolvendo ferramentas, programas e capacidade de lidar é basilar na confecção do seu desenvolvimento saudável.

Durante o período pesquisado ao 70,1% dos jovens referiram preocupação recorrente com dificuldade em controlar por vários dias., com 80,2% referindo preocupado excessiva. A situação de medo e estresse e sensação de algo terrível pudesse eminentemente acontecer esteve presente em 68% dos jovens. A preocupação ao menos moderada com contaminação de familiares e amigos também foi reportada entre 81,9% da população pesquisada na Austrália, com 19,6% referindo “extrema preocupação” (Newby et al., 2020).

Compreendida inicialmente como uma pausa pelos adolescentes, em virtude do cancelamento das aulas, a percepção sobre a pandemia muda ao longo do período de isolamento e distanciamento social, com a vivência de medo, solidão, frustração, ansiedade, tédio e angústia sobre a falta de previsão de retorno e insegurança perante a mudanças drásticas impostas na rotina pessoal e familiar (Gadagnoto et al, 2022).

Os adolescentes referiram em 54,2% sintomas compatíveis com Transtorno Depressivo Maior, com diferenças significativas entre mulheres (60,7%) e homens (43,3%). A estimativa de prevalência para distúrbios mentais entre adolescentes de 10-19 anos era estimada em 17,1% no Brasil, no ano de 2019, o maior em números totais entre todos os países da América Latina, com estimativa de 5.617.833 de adolescentes apresentando algum adoecimento psíquico, segundo o The State of the World’s Children 2021: Latin America and the Caribbean Regional Brief (UNICEF, 2021).

As repercussões emocionais no cenário de incertezas e imprevisibilidade do momento refletiu na intensidade das emoções apresentadas e no agravamento/aparecimento de sintomas de desmotivação por atividades habituais, tristeza e ansiedade. Planos e expectativas para os anos vigentes do período pandêmico também foram rompidos e os sentimentos de frustração, sensação de perda do ano que passou e dificuldades para o reestabelecimento de metas foram vivenciadas. (Gadagnoto et al., 2022)

As altas prevalências dos sintomas depressivos na população também foram confirmadas em estudos na Itália, com 67,3%; Austrália, 62%; Jordânia, 23,8% (Lobo & Rieth 2022). Entre os italianos, 32,2% relataram ao menos altos níveis de sintomas depressivos (Mazza et al, 2020). Entre a população geral, os adultos jovens, entre 18 e 29 anos, foram mais afetados por sentimentos

frequentes de tristeza ou depressão em comparação a outras faixas etárias, reportado por 53,8% da população (Barros et al., 2022).

Entre os participantes entrevistados na Jordânia, 75,7% referem preocupação com contrair ou transmitir o adoecimento a familiares, com maior risco de desenvolver sintomas ansiosos ou depressivos em jovens. (Naser, et al. 2020).

Os dados reportados internacionalmente coadunam com altos níveis de preocupação do jovem/adolescente brasileiro. As incertezas do momento e a falta de um planejamento nacional conciso impactaram nos níveis de segurança em diversas áreas da vida da população participante da pesquisa (Lobo & Rieth, 2022).

A dificuldade em relaxar esteve presente em 77,1% dos respondentes da pesquisa. Problemas financeiros, perda de emprego e familiares, mudanças abruptas e endividamento são considerados Estressores Desenvolvimentais. Sua presença na vida de pessoas que possuem ideias suicidas pode ser considerada fator de risco e desencadeadora de tentativas de suicídio (Pereira et al., 2018).

Como resultados do efeito da pandemia de COVID, os principais impactos no cenário de saúde mental de crianças e adolescentes foram principalmente nos níveis de estresse/ansiedade; depressão e comportamento suicida; problemas comportamentais; uso de substâncias psicoativas; mudanças no estilo de vida; e saúde mental positiva, com o aproveitamento da vivência com familiares (UNICEF, 2021).

Na população geral, o relato de frequente sensação de ansiedade e nervosismo sempre ou quase sempre foi citado por 69,5% dos adultos jovens e 31,7% nos idosos. (Barros et al., 2020). Entre italianos, 18,7% relataram ao menos altos níveis de ansiedade durante a pandemia (Mazza et al., 2020). Apesar dos altos índices em diferentes estudos confirmarem uma tendência mundial na apresentação de sintomas ansiosos, com agravos entre estudantes adolescentes e jovens, no Brasil a situação demonstra uma maior gravidade em saúde mental. Entre jovens universitários 93.39% foi relatado algum nível de ansiedade durante o período de confinamento causado pela pandemia de Covid-19 (Oliveira et al., 2022).

A recorrência dos resultados nos permite inferir sobre o impacto do isolamento social nos sintomas ansiosos de jovens e adolescentes. A medida foi extremamente necessária para conter o avanço da contaminação, entretanto seu prolongamento trouxe mobilizações significativas à saúde mental da população pesquisada.

O aumento da prevalência de sintomas ansiosos reflete os medos recorrentes, como medo da infecção ou de infectar outras pessoas, incertezas sobre duração do isolamento social e planos para o ano corrente, fechamentos de escolas, com mudanças no regime das aulas em algumas instituições e a necessidade de ajustes a uma nova rotina (UNICEF, 2022) Relatos frequentes de aumento da solidão, tristeza, distanciamento de amigos e da sociabilidade foram apontados como problemas emocionais e comportamentais para 61.17% de adolescentes (Peterle et al., 2022).

Adolescentes e jovens têm sido reconhecidos por esses estudos como público em maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental e determinante no histórico de desenvolvimento de agravos psíquicos na vida adulta. Mudanças na modalidade de ensino, preocupações com formação e desempenho escolar se relacionaram positivamente a maiores níveis de depressão e ansiedade entre jovens estudantes (Naser et al., 2020).

A instabilidade financeira e emocional foi apontada como fator de vulnerabilidade entre os mais jovens, deixando-os menos resilientes às adversidades e às mudanças radicais, impostas pelo período de pandemia (Meirelles & Teixeira, 2021).

O resumo executivo “Salud mental en tiempos de coronavirus” da UNICEF Argentina relata que 18% dos adolescentes do estudo realizaram uma consulta por conta de problemas de saúde mental. Em comparação, o relatório “On my Mind” da UNICEF (2021) demonstra que aproximadamente 20% dos adolescentes da população mundial, ou seja, mais de 85 milhões de pessoas, apresentam quadros de transtornos mentais. Os transtornos mais prevalentes são os de ansiedade e depressão, seguido dos de conduta e TDAH. Esses dados são preocupantes e foram agravados pela pandemia, como constatado pela preocupação dos participantes do presente estudo.

Diante desse cenário, torna-se imperioso buscar por alternativas e articulações que possam, em alguma medida, atenuar as consequências do período de pandemia. O processo de promoção de saúde consiste em dar condições à comunidade para que esta seja agente na melhoria da qualidade de vida e saúde e, ademais, adquira maior participação no controle deste processo (Ottawa, 1986).

Portanto, o desígnio de recursos e tecnologia direcionada às populações vulneráveis se faz emergente no planejamento do país e nas demais nações que ainda buscam se recuperar do período pandêmico. Intervenções digitais se apresentam como alternativas às dificuldades encontradas de mobilidade e acessibilidade, ainda que necessitem de conexão à internet e equipamentos para comunicação.

Tendo seu principal direcionamento as maiores metrópoles brasileiras, esse estudo encontra como limitação a dificuldade na comparação entre populações de áreas urbanas e áreas rurais. A falta de acesso a outras populações vulnerabilizadas, as quais tem dificuldade em acessar instituições educacionais ou até mesmo internet, invisibiliza essas pessoas em pesquisas de saúde mental. Há, portanto, necessidade em ampliar a representatividade de minorias e outros grupos étnicos, de outras regiões nacionais no quadro epidemiológico.

Para o futuro dessa pesquisa ainda é necessário esclarecer a condição de saúde mental dos jovens e adolescentes não residentes nos grandes centros urbanos e as consequências futuras dos anos de pandemia, dando voz a cada vez mais brasileiros para expressar suas reais necessidades e aspirações do viver.

## 5 CONCLUSÃO

Através dessa pesquisa percebemos agravos importantes nos níveis de ansiedade e depressão dos adolescentes e jovens brasileiros e prejuízos significativos em suas funcionalidades. Esses diagnósticos apresentam riscos de agravamento durante a adultez e em outras fases conseguintes da vida desses cidadãos, com riscos a sua vivência plena, produtividade e organização.

Percebemos como mulheres, desde a adolescência, já são mais impactadas pelas questões de saúde mental e mais que homens, repercutindo em seu desenvolvimento e mantendo a prevalência mesmo quando jovens. Sublinhamos que essa população é maioria no Brasil. Não houve associação significativa em outros critérios como raça e escolaridade com maior vulnerabilidade em adoecimento mental comum, neste estudo.

Enfatizamos a importância do oferecimento de programas, políticas públicas e suporte em saúde mental desde tenra idade. Os programas de desenvolvimento socioemocional são uma adição importante, mas diante do cenário apresentado entendemos a necessidade de uma abordagem multifatorial e com profundidade adequada a cada caso.

## 6 METODOLOGIA DO PRODUTO

### 6.1 TIPO DE PRODUTO

O presente estudo enfatizou a importância de desenvolver habilidades socioemocionais e ferramentas para promoção de saúde mental entre adolescentes em jovens no Brasil. A literacia em saúde mental, definida como capacidade de compreender e utilizar informações referentes a saúde mental para a tomada de decisões sobre o próprio bem-estar, é que favorece crianças, adolescentes e jovens a lidarem de maneira saudável com suas emoções e condição psíquica. Quando incluimos a capacidade de reconhecer e compreender a própria saúde mental, tomar medidas de prevenção e onde buscar suporte, ajudamos as pessoas em desenvolvimento a aprimorar a capacidade de lidar com os sentimentos de forma saudável, reduzindo o sofrimento psíquico.

Com esse objetivo, o produto proposto é um livro destinado a crianças e adolescentes com ênfase no reconhecimento de emoções, estratégias de *coping* e exercícios de *mindfulness*. As histórias apresentarão situações-problema típicas da faixa etária.

### 6.2 OBJETIVO DO PRODUTO

O produto tem por objetivo promover habilidades socioemocionais e literacia em saúde mental através da apresentação de estratégias de *coping* e práticas de *Mindfulness* para crianças 5 a 11 anos.

### 6.3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Uma vantagem do produto é a sua ampla abrangência e variedade de possibilidades de aplicação, podendo ser utilizado em contextos educacionais, clínicos e domiciliares. Residências, com a mediação de adultos ou diretamente por aqueles que são alfabetizados. Ele estará disponível inicialmente em versões digitais e posteriormente em formatos impressos.

## 6.4 SUJEITO

Inicialmente os produtos estarão designados ao público entre 5-11 anos, ainda que sejam acessíveis para crianças a partir dos 3 anos, com mediação de alfabetizados. Profissionais de saúde e educação também pode em sua atuação usar os textos para iniciar reflexões sobre situações, sentimentos ou maneiras de lidar com as emoções.

## 6.5 CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

Primeiramente, serão sugeridas 4 histórias a partir da definição das formas de apresentação do produto, foi separado em uma coluna habilidades socioemocionais: regulação emocional, autoestima, empatia, resiliência, habilidades de comunicação, tomada de decisão, habilidades de relacionamento e autocontrole. Posteriormente, outra coluna com as 12 estratégias de *coping*: solução de problemas, busca de informações, desamparo, escape, autossuficiência, busca de suporte, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição

Por fim, foram escolhidos animais para interagir com personagens e dar aspecto lúdico às histórias, aproximando o leitor da ideia da naturalidade dos conhecimentos, sentimentos e práticas sugeridas nas histórias. Seguindo o critério da facilidade de identificação, foram sugeridos 12 animais: macaco, leão, jacaré, cachorro, raposa, urso, pássaro, gato, cobra, elefante, vaca, cavalo e sapo. Assim, finalizamos a fase de preparação e seguimos para construção das histórias.

As histórias devem seguir uma ordem de apresentação do personagem e seu problema no contexto das competências socioemocionais, seguindo da busca do suporte social entre familiares e amigos, que fazem a interconexão entre o protagonista e o animal sugerido para guiar exercício de *mindfulness* e/ou estratégia de *coping*.

Após a construção do roteiro é sugerido uma orientação geral das imagens para ilustrar as cenas e sua sequência. Os personagens buscam semelhanças com características de crianças brasileiras, com o intuito de facilitar a identificação dos leitores com os personagens. Com a definição das histórias, personagens e cenas, o próximo passo é o ajuste para aplicativo com os relatos e treinos sugeridos em áudio buscando ampliar a acessibilidade para crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development: an integrative perspective* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Aldwin, M. C. (2011). *Stress and Coping across the Lifespan*. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 15-34). New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998) O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia (Natal) [online] , 3(2), 273-294. <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>>
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. de., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. de., Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damascena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P. da., Pina, M. de F. de., & Gracie, R.. (2020). *Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiologia e Serviços De Saúde, 29* (Epidemiol. Serv. Saúde, 2020 29(4)). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
- BARRY, M. (2019). *Concepts and Principles of Mental Health Promotion*. In: BARRY, Margaret M. et al. *Implementing Mental Health Promotion*. 2. ed. Londres: Springer, Cap. 1. p. 03-29.
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. da, Nascimento, P. P. P. do, & Cachioni, M. (2013) Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. Psicologia: Reflexão e Crítica [online]. , v. 26, n.

1 [Acessado 22 Junho 2021] , pp. 10-18. <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100002>>. Epub 16 Maio 2013. ISSN 1678-7153.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100002>.

Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative Framework for the Development of Social Skills. *Psychological Bulletin*. 136(1), 39-64. American Psychological Association.

Birman, Joel. (2020) O trauma na pandemia do Coronavírus : suas dimensões políticas, sociais, econômicos, ecológicos, culturais, éticas e científicas / Joel Birman - 1º edd. - Rio de Janeiro: José Olympio,

Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L.. (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>

BRASIL (2010) Estatuto da Igualdade Racial. Lei n. 12.288.

BRASIL. (1990) 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, 16 jul. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.*

BRASIL (2010) Estatuto da Igualdade Racial. Lei n. 12.288.

BRASIL, Estatuto da Juventude - Lei nº 12.852, de 05/08/13.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes.

Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017

Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020)

Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4723-4735.

CONASS. (2016). Promoção da Saúde Propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde para sua efetivação como política pública no Brasil. <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Promoc%CC%A7a%CC%83o-da-Sau%CC%81de-CONASS.pdf>

Chorpita, B. F., Yim, L. M., Moffitt, C. E., Umemoto L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.

Cullen, M. (2011). Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. *Mindfulness*. 2. 186-193. 10.1007/s12671-011-0058-1.

del Castillo, P. R., & Velasco, M. F. P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30–44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>

Dias, Ewerton Naves, & Pais-Ribeiro, José Luís. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642> ]

- Duarte, M. de Q., Santo, M. A. da S., Lima, C. P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020). COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 9 pp. 3 Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.
- Faro, A., Bahiano, M. de A., Nakano, T. de C., Reis, C., Silva, B. F. P. da, & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- FIOCRUZ. (2020). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente.<  
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>>.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239
- Gadagnoto, T. C., Mendes, L. M. C., Monteiro, J. C. D. S., Gomes-Sponholz, F. A., & Barbosa, N. G. (2022). Emotional consequences of the COVID-19 pandemic in adolescents: challenges to public health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. v. 56 <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0424>>.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (2016). *Mindfulness e Psicoterapia* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Green, H., Fernandez, R., & MacPhail, C. (2021). The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing*, 38(6), 942–952. <https://doi.org/10.1111/phn.12959>
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/S0048577201393198.

- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T., & Augusti, E. M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak—A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Regional Health-Europe*, 5, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100093>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022.
- Jaen-Varas, D., Mari, J. J., Asevedo, E., Borschmann, R., Diniz, E., Ziebold, C., & Gadelha, A. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry*. Brazilian Psychiatric Association.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and United Nations Children's Fund, (2022) *On My Mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world*, JHU and UNICEF, Baltimore and New York, May.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Lazar, S. W. (2016). A neurobiologia de mindfulness. *Mindfulness e Psicoterapia* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lima, N. T., Buss, P. M., & Paes-Sousa, R.. (2020). A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(7)), e00177020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>
- Lobo, L. A. C., & Rieth, C. E. (2021) Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate* [online]. , v. 45, n. 130, pp. 885-901.  
<<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>>. Epub 18 Out 2021. ISSN 2358-2898.  
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>.
- Lopes, A. M. P. (2019). Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(3), 283-291. Epub 02 de dezembro de 2019.<https://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5509>
- Lopes, C. de S., Gomes, N. L., Junger, W. L., & Menezes, P. R. (2021). *Trend in the prevalence of depression and correlates in Brazil: results from the National Health Surveys 2013 and 2019*. In SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2388>
- Lopes, C. S., Abreu, G. de A., Santos, D. F. dos, Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B. de, Cunha, C. de F., Vasconcellos, M. T. L. de, Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016), *ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents*. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 50, suppl 1 (Epub 23 Fev 2016). ISSN 1518-8787.  
<https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>.
- Malta, D. C., Reis, A. A. C. D., Jaime, P. C., Morais Neto, O. L., Silva, M. M. A. D., & Akerman, M. (2018) *O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(6): 1799-1809

- Mari, J. de J., & Oquendo, M. A. (2020). *Mental health consequences of COVID-19: the next global pandemic. Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. (Trends Psychiatry Psychother., 2020 42(3)). <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2020-0081>
- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (2021) *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A *Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors*. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- McElroy, E., Patalay, P., Moltrecht, B., Shevlin, M., Shum, A., Creswell, C., & Waite, P. (2020). *Demographic and health factors associated with pandemic anxiety in the context of COVID-19*. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 934–944. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12470>
- Meirelles, T. V. da S. & Teixeira, M. B. (2021) *Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa*. *Saúde em Debate* [online]. v. 45, n. spe2, pp. 156-170. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E211>.
- Moreno, A. L., de Sousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P. D., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L., & Crippa, J. A. D. S. (2016). *Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire*. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376.

- Nabuco, G., Pires de Oliveira, M. H. P., & Afonso, M. P. D. (2020). *O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?*. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 15(42), 2532.  
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)
- Naser, A. Y., Dahmash, E. Z., Al-Rousan, R., Alwafi, H., Alrawashdeh, H. M., Ghoul, I., Abidine, A., Bokhary, M. A., Al-Hadithi, H. T., Ali, D., Abuthawabeh, R., Abdelwahab, G. M., Alhartani, Y. J., Al Muhaisen, H., Dagash, A., & Alyami, H. S. (2020). *Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study*. Brain and behavior, 10(8), e01730. <https://doi.org/10.1002/brb3.1730>
- Newby, J. M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020) *Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia*. PLoS ONE 15(7): e0236562.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>
- Oliveira, A. A. de, Silva, L. A. B. da, Nelson Filho, P., Puccinelli, C. M., Silva, C. M. P. C., & Segato, R. A. B. (2022). *The psychological impact of social distancing related to the covid-19 pandemic on undergraduate and graduate students in Brazil*. Brazilian Journal of Oral Sciences, 21(00), e226698. <https://doi.org/10.20396/bjos.v21i00.8666698>
- Oliveira, L. R. M. C. *Resiliência de adolescentes: um estudo baseado em práticas mindfulness*. 2019. (Tese Doutorado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;
- Oliveira, W. A. de, Silva, J. L. da, Andrade, A. L. M., Micheli, D. de, Carlos, D. M., & Silva, M. A. I. (2020). *A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review*. Cadernos de Saúde Pública, 36(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150020>

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra: Organização Mundial de Saúde,
- Pan American Health Organization. (2018) *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas*. Washington, D.C.: PAHO;
- Paricio del Castillo, R., & Pando Velasco, M. F. (2020). *Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos*. Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil, 37(2), 30–44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Pereira, A. S., Willhelm, A., Almeida, R. & Koller, S. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 23, n. 11 , pp. 3767-3777. . ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.
- Peterle, C. F., Fonseca, C. L., Freitas, B. H. B. M., Gaíva, M. A. M., Diogo, P. M. J., & Bortolini, J. (2022) *Emotional and behavioral problems in adolescents in the context of COVID-19: a mixed method study*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. ( v. 30, n. spe e3744. Epub 07 Nov 2022). ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6273.3744>.
- Puerta, M. L. S., Valerio, A., & Bernal, M. G. (2016). *Taking Stock of Programs to Develop Socio Emotional Skills: A systematic Review of Program Evidence*. International Bank for Reconstruction and Development/The World bank.
- Que, J., Yuan, K., Gong, Y., Meng, S., Bao, Y., & Lu, L. (2020). *Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic*. *Neuropsychopharmacology Reports*, 40(4), 392–395. <https://doi.org/10.1002/npr2.12141>

- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F. & Paula, K. M. P. de. (2015) *Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse*. Estudos de Psicologia (Campinas) [online]. 2015, v. 32, n. 2 Epub Apr-Jun 2015. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>.
- Rogers, C. R. & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas. Teoria e Prática da Terapia Não-Diretiva*. Belo Horizonte: Interlivros, .
- Sanger, K. L., & Dorjee, D. (2016). *Mindfulness training with adolescents enhances metacognition an the inhibition of irrelevant stimuli: Evidence from event-related brainpotentials*. Trends in Neuroscience and Education. 5, 1-11.
- Santomauro, D. F. & COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. D., Silva, N. T. B. D., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). *Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral*. Cadernos de Saúde Pública, 29, 1533-1543.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., & Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus*, 16(1), 32–39. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20170039>
- <https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Investigating-Risks-and-Opportunities-for-Children-in-a-Digital-World.pdf>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., NEIVA-SILVA, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus

(COVID-19). Estudos De Psicologia (campinas), 37(Estud. psicol. (Campinas), 2020 37).

<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>

Schoeps, K., Tamarit, A., De la Barrera, U., Lacomba-Trejo, L., Montoya-Castilla, I., del Rosario, C., Coello, F., Herrera, S., Trujillo, Á., Riveros Munevar, F., & Amador Esparza, N. A. (2022). Social and Psychological Effects of COVID-19 Pandemic on Adolescents' and Young Adults' Mental Health: A Cross-Cultural Mediation Study. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941221100451>

Silva, P. F. A. da & Baptista, T. W. de F. (2015). A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde em Debate* [online]. (v. 39, n. spe , pp. 91-104.) ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005327>.

Skinner, Ellen & Edge, Kathleen & Altman, Jeffrey & Sherwood, Hayley. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological bulletin*. 129. 216-69. [10.1037/0033-2909.129.2.216](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216).

Stoilova, M.; Livingstone & Rana Khazbak. (2021) Investigating Risks and Opportunities for Children in a Digital World: A rapid review of the evidence on children's internet use and outcomes [https://www.end-](https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Investigating-Risks-and-Opportunities-for-Children-in-a-Digital-World.pdf)

[violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Investigating-Risks-and-Opportunities-for-Children-in-a-Digital-World.pdf](https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Investigating-Risks-and-Opportunities-for-Children-in-a-Digital-World.pdf)

Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. de, Lopes, C. de S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T.. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. (v. 18, n. Suppl 2, pp. 170-180) ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>.

UNICEF. (2021) *Salud mental en tiempos de coronavirus*.

<https://www.unicef.org/argentina/media/11466/file/Salud%20Mental%20en%20tiempos%20de%20coronavirus.pdf>

UNICEF. (2022) *Metade dos adolescentes e jovens sentiu necessidade de pedir ajuda em relação à saúde mental recentemente, mostra enquete do UNICEF com a Viração*.

<https://brasil.ureport.in/opinion/2905/>

United Nations Children's Fund, The State of the World's children 2021: *On My Mind –*

*Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF, New York.

Vandenberghe, L., & Assunção, A. Clínicos, Contextos. (2009). *Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental*. Contextos Clínicos. 2.

Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). *Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110236. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS & Ho RC. (2020) *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789; PMCID: PMC7084952.

Wheeler, M. S., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2017). *The Neuroscience of Mindfulness: How Mindfulness Alters the Brain and Facilitates Emotion Regulation*. *Mindfulness*. (8, 1471-1487).

WHO. (2013) *Plano de Ação em Saúde Mental. 2013-2020*. Genebra.

<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>.

World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (2020a). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report – 78*. Geneva.

World Health Organization. (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, (18 March 2020. No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1).

World Health Organization.

Zimmer-Gembeck, Melanie & Skinner, Ellen. (2011). *Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research*. International Journal of Behavioral Development - INT J BEHAV DEV. 35.

10.1177/0165025410384923

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação de intervenções para promoção de saúde mental, bem-estar e mitigação de riscos associados à COVID-19 em jovens e adolescentes: promover para prevenir

**Pesquisador:** Nara Côrtes Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36610720.6.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** FUNDO DAS NACOES UNIDAS PARA A INFANCIA

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.267.100

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 10% a 20% das crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais e 50% com incidência anterior aos 14 anos. No Brasil, dados epidemiológicos confirmam uma prevalência de 10% a 20% de transtornos mentais entre crianças e jovens brasileiros. Estudo realizado na região sudeste do país constatou que 1 em cada 8 estudantes entre 7 e 14 anos de idade precisa ser encaminhado para atendimento especializado na área de saúde mental. Diferentemente da maioria dos países, que alcançaram as metas do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde para reduzir o suicídio entre jovens, entre 2011 e 2017, o Brasil experimentou um aumento de 10% no número de mortes por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos. Os desafios desse cenário agora se somam aos efeitos da nova pandemia de coronavírus. O confinamento prolongado pode ter um impacto negativo na saúde física e mental de adolescentes e jovens. Um estudo recente com jovens brasileiros com idades entre 15 e 29 anos indicou que a pandemia da COVID-19 está causando prejuízos na saúde física e emocional, qualidade do sono, recursos financeiros e relacionamento doméstico. Além disso, o estresse experimentado durante a atual emergência de saúde está afetando a capacidade dos jovens de lidar com educação remota, administrar os estudos, o bem-estar

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-1921

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.285-001

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

emocional, impactando suas perspectivas educacionais futuras. Conseqüentemente, 28% da amostra está pensando em abandonar a escola.

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário:

Avaliar a eficácia de um programa de intervenção (Caixa de Ferramentas) para promoção de saúde mental e o bem-estar em adolescentes e jovens brasileiros.

Secundários:

- 1-Avaliar indicadores de regulação emocional, depressão, ansiedade, níveis de estresse, qualidade de sono e estratégias de enfrentamento em jovens e adolescentes;
- 2-Identificar fatores de risco para a saúde mental de adolescentes e jovens durante a pandemia de COVID-19;
- 3-Analisar a relação entre fatores estressores associados à pandemia COVID-19 e indicadores de saúde mental;
- 4-Implementar o programa Caixa de Ferramentas;
- 5-Analisar a relação entre rede de apoio psicossocial e indicadores de saúde mental;
- 6-Contrastar efeitos de Intervenções Breves e Intervenções Continuadas sobre indicadores de regulação emocional, depressão, ansiedade, níveis de estresse, qualidade de sono e estratégias de enfrentamento em jovens e adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores informam:

RISCOS:

O conteúdo e o formato da pesquisa podem suscitar reflexões e emoções sobre os níveis de estresse, suporte social e experiências de vida. Com a finalidade de reduzir possíveis impactos deste estudo, ao participante que sentir-se mobilizado afetivamente, será ofertado acolhimento gratuito pela ASEC ou pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). Salienta-se que ASEC possui atuação em todas as regiões contempladas no presente projeto de pesquisa. Os diferentes núcleos de atuação da ASEC terá um representante responsável para acolher às demandas suscitadas pela presente pesquisa (Anexo III). De modo a mitigar os riscos associados à quebra de confidencialidade, as respostas serão tratadas de forma que em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os participantes terão um número de Identificação (NIE) atribuído no estudo, código que será usado

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

nos questionários e em todos os formulários de estudo, para proteger a identidade. Os pesquisadores tratarão a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Todo material gerado com a pesquisa será guardado de maneira individual dentro de arquivos com senha, os quais serão guardados dentro de um computador de mesa sem acesso a internet. Esse computador se encontra dentro de um gabinete de professores do Núcleo de Pesquisa e Inovação da instituição. Após cinco anos da finalização da pesquisa, todos os arquivos gerados com a pesquisa serão descartados de maneira adequada, de modo que garanta todo o sigilo das informações contidas.

#### Benefícios:

Os benefícios do estudo serão contribuir para disponibilizar intervenções baseadas em evidências científicas que promovam a saúde mental e o bem-estar de jovens e adolescentes, além de contribuir para compreensão dos impactos psicológicos da pandemia COVID-19 com vistas a construção de medidas preventivas e remediativas em saúde mental. O estudo possibilitará, aos participantes do grupo de intervenção, envolver-se em atividades que visam promover habilidades importantes para uma melhor saúde mental, como enfrentar as dificuldades cotidianas, aprendizado de técnicas de alívio de stress, de relaxamento e de direcionamento da atenção. Todos os participantes do grupo de intervenção receberão materiais didáticos adequados à faixa etária sobre promoção de saúde mental.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

##### Desenho de pesquisa:

Ensaio clínico controlado não-randomizado, mono-cego.

No qual os avaliadores desconhecem a condição de intervenção nos grupos e participantes. Este estudo será conduzido para comparar marcadores de saúde mental em 3 grupos de jovens participantes, após intervenções assim caracterizadas: Intervenção Continuada com o programa Caixa de Ferramentas em formato processual (CxF) (N=80), Intervenção Breve CxF (N=620) e nenhuma intervenção (Grupo Controle, N=700). A alocação dos participantes nas condições experimentais serão atribuídas considerando os a participação dos membros em cada uma dos modelos de intervenção proposto. A natureza de estudo cego para os pesquisadores será assegurada da seguinte forma: os jovens participantes do estudo responderão de forma individual

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

aos questionários online para avaliar marcadores de saúde mental, sem interferência ou conhecimento dos pesquisadores que analisarão os dados dos participante, cujos questionários conterão apenas o Número de Identificação no Estudo (NIE), sem nenhuma informação que caracterize qualquer tipo de identificador pessoal (como nome).

Local: Regiões Sudeste, Amazônia e Semiárido do Brasil.

População: adolescentes e jovens participantes do projeto "O jovem, a saúde mental, a pandemia e os canais de ajuda: Fortalecimento socioemocional e engajamento de adolescentes pela saúde mental e bem estar e apoio psicossocial" (JSMP), desenvolvido pela Associação de Saúde Emocional da Criança (ASEC) com fomento da UNICEF. Deste programa participarão 1000 jovens da rede UNICEF. Estimamos que 700 participantes (70%) serão contatados com sucesso e aceitarão participar do estudo.

Amostra: n=1400. A amostragem será de conveniência e não-aleatorizada.

**Critério de Inclusão:**

- 1-Adolescentes e jovens entre 14 e 24 anos de idade;
- 2-Residentes nas regiões Sudeste, Amazônia e Semiárido definidas pela estratégia territorial da UNICEF;
- 3-Adolescentes que assentiram a sua participação e cujos pais consentiram a inclusão no estudo;
- 4-Jovens, acima de 18 anos de idade, que consentiram a sua participação no estudo.

**Critério de Exclusão:**

- 1- Condição grave de saúde que impeça a avaliação adequada através dos instrumentos propostos;
- 2- Jovens e adolescentes residentes em regiões diversas às regiões alvo do estudo.

**Métodos \ procedimentos:**

Um membro da equipe do estudo no local da pesquisa, cego à condição experimental do participante, entrará em contato com os (as) adolescentes e jovens e, quando pertinente, com os pais/responsáveis legais(s), de participantes potenciais por meio de chamada telefônica. Após a

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-1921

**CEP:** 40.285-001

**Município:** SALVADOR

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

apresentação de uma visão geral do estudo, os(as) participantes e o(s) pai(s)/responsáveis legais serão questionados sobre seu interesse em participar. Após o consentimento dos(as) jovens e adolescentes e pais/responsáveis legais, quando pertinente, os membros o participante receberão um questionário online, disponibilizado por e-mail ou mensagem telefônica.

Este estudo será conduzido para comparar marcadores de saúde mental pré-teste e pós-teste em 3 grupos de jovens participantes, após intervenções assim caracterizadas: Intervenção Continuada com o programa Caixa de Ferramentas em formato processual (CxF) (N=80), Intervenção Breve CxF (N=620) e nenhuma intervenção (Grupo Controle, N=700). A alocação dos participantes nas condições experimentais serão atribuídas considerando os a participação dos membros em cada uma dos modelos de intervenção proposto. Os participantes do grupo controle serão pareados em termos de idade, sexo e região de residência. A amostragem será de conveniência e não-aleatorizada.

Os jovens participantes do estudo responderão de forma individual aos questionários online para avaliar marcadores de saúde mental, sem interferência ou conhecimento dos pesquisadores que analisarão os dados dos participante. As avaliações serão administradas durante o mês antes da intervenção (pré-teste) e durante o mês após a intervenção (pós-teste).

Serão coletados dados de indicadores de Saúde Mental, avaliados pela escala Revised Children Anxiety and Depression Scale (RCADS; para menores de 18 anos e pelas escalas Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e a Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) para maiores de 18 anos; Bem-estar (WHO-5); Estresse (Escala de Estresse Percebido); Regulação de emoções (Emotion Regulation Questionnaire – ERQ); Suporte Social; Qualidade do sono; Clima familiar); Questionário Sociodemográfico e de fatores estressores associados à pandemia de COVID-19.

No decorrer da intervenção, Caixa de Ferramentas (CxF), os participantes dos grupos experimentais serão convidados a responder questionários semi-estruturados que visam a avaliar a adesão, motivação e engajamento dos participantes no programa.

A CxF, será implementada no modelo virtual. Trata-se de uma intervenção que se baseia no conceito de rodas de conversas estruturadas e nos fundamentos da promoção de fatores de proteção para saúde mental (emocional e social). O módulo inicial das sessões será focado no acolhimento e no desenvolvimento de técnicas de atenção plena (mindfulness). A iniciativa será

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-1921

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.285-001

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

estruturada em 3 EIXOS estratégicos: CAPACITAR, PRATICAR E MONITORAR. Os grupo de Intervenção Breve terá acesso apenas ao eixo

CAPACITAR E PRATICAR, enquanto o grupo de Intervenção Continuada participará dos três eixos. O EIXO CAPACITAR constitui-se de um formação básica em 3 módulos: a) Módulo 1 - tempo de olhar para mim (TOM) um encontro de 2 horas para o acolhimento e técnicas de atenção plena; b) dois módulos de instrumentalização subdivididos em 2 encontros de 3 horas (com intervalo). Uma vez finalizada a formação, inicia-se o EIXO PRATICAR, onde os jovens são motivados a promover rodas de conversas estruturadas no modelo vivenciado, com outros jovens. O Eixo 3 MONITORAR será realizado com os jovens do Grupo de Intervenção Continuada.

Nesse período, paralelamente a prática, serão formados cinco grupos de 20 jovens. Os jovens reunir-se-ão com profissionais de saúde mental quinzenalmente na forma de mentoria com encontros com duração aproximada de 2 horas em formato virtual. Os encontros ocorrerão quinzenalmente nos três meses subsequentes à formação.

Análise dos dados: Será aplicado testes estatísticos, valores de  $p < 0,05$  será considerado estatisticamente significativo. Utilizara os software EpiData 3.0 | R Development Core Team versão 3. 6. 2.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

\* Folha de rosto: adequadamente apresentada, assinada por pesquisador responsável e eletronicamente por Professor Atson Fernandes;

\* Termo de anuência: apresenta carta de anuência da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), assinada pela reitora e carta de anuência da Associação para Saúde Emocional das Crianças (ASEC), assinada pela CEO – Presidente.

Os pesquisadores esclarecem que, a Associação de Saúde Emocional da Criança (ASEC) é uma organização originada a partir do Centro de Valorização da Vida (CVV) e será nomeada a única organização responsável pelo acolhimento de todos os participantes em caso de mobilização emocional

\* Cronograma: coleta de dados prevista para 15/09/2020 (recrutamento dos participantes, condicionada à aprovação do comitê de ética em pesquisa) e data final estimada para 19/02/2021 (avaliação pós-intervenção). Referem envio de relatório final ao CEP;

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

- \* TCLE: adequado;
- \* TALE: adequado;
- \* Orçamento: no valor de R\$193.226,40.

Os pesquisadores informam que, a execução do presente projeto possui fomento do UNICEF, aguardando documentação comprobatória. Todos as escalas e questionários, assim como cronograma de execução e orçamento financeiro, estão inseridas como seções anexas ao protocolo completo do projeto de pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética desse protocolo de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS/MS e documentos afins, constatamos que as inadequações indicadas em parecer anterior (Parecer N. 4.223.018) foram sanadas. Dessa forma, indicamos aprovação.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1609237.pdf	06/09/2020 21:04:50		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PendenciaCEP.pdf	06/09/2020 20:44:57	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Revisado_Projeto_Pesquisa_ASEC_UNICEF.pdf	06/09/2020 20:41:33	Nara Côrtes Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Revisado_TCLE_Pais_TALE_Adolescentes_TCLE_Jovens_ASEC_UNICEF.pdf	06/09/2020 20:38:26	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Outros	CurriculoLattesMagaliAmaral.pdf	15/08/2020 11:38:06	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Outros	CurriculosLattesDeolindaScalabrin.pdf	15/08/2020 11:37:31	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPesquisadorRESOLUCAO466.pdf	15/08/2020 11:27:19	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Outros	CurriculosLattesNaraAndrade.pdf	15/08/2020 11:18:09	Nara Côrtes Andrade	Aceito

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.267.100

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTOAssinada_ASEC_U NICEF.pdf	15/08/2020 10:50:25	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Outros	Carta_anuencia_EBMSP.pdf	13/08/2020 23:30:55	Nara Côrtes Andrade	Aceito
Outros	Carta_anuencia_ASEC.pdf	13/08/2020 23:30:06	Nara Côrtes Andrade	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 09 de Setembro de 2020

Assinado por:

**Maria Thaís de Andrade Calasans  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

## ANEXO B – Questionários

**Questionário Sociodemográfico**

Este questionário tem por objetivo conhecer você e sua família. Caso você more com seus pais/responsáveis e não saiba alguma das perguntas abaixo, por favor, pergunte a eles. Lembre-se que SUA IDENTIDADE SERÁ MANTIDA ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL.

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE/CELULAR:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**  Feminino  Masculino

**GÊNERO:** \_\_\_\_\_ (opcional)

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDADE:**

- ( ) Sem instrução  
 ( ) Fundamental I incompleto  
 ( ) Fundamental I completo (até 5º ano)  
 ( ) Fundamental II incompleto  
 ( ) Fundamental II completo (até 9º ano)  
 ( ) Médio incompleto  
 ( ) Médio completo  
 ( ) Superior incompleto  
 ( ) Superior completo  
 ( ) Pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado completo)

**ESCOLA/UNIVERSIDADE NA QUAL VOCÊ ESTUDA OU ESTUDOU:**

- Estadual     Municipal     Federal     Particular

**Sobre sua ocupação, responda se atualmente, você:**

- A. Estuda e não trabalha  
 B. Estuda e trabalha  
 C. Trabalha e não estuda  
 D. Nem trabalha nem estuda

**Estado civil:**

- ( ) Solteiro (a)      ( ) Viúvo (a)  
 ( ) Casado (a)      ( ) União estável  
 ( ) Divorciado (a)    ( ) Vive maritalmente  
 ( ) Sem informação

**Cor/Raça:**

- ( ) Preto (a)    ( ) Pardo (a)    ( ) Branco (a)    ( ) Amarelo (a)    ( ) Indígena    ( ) Não quero responder

\*Conforme Classificação do IBGE

**Local de residência****Estado:**

- AC       ES       PB       RO  
 AL       GO       PR       RR  
 AP       MA       PE       SC  
 AM       MT       PI       SP  
 BA       MS       RJ       SE  
 CE       MG       RN       TO  
 DF       PA       RS

**Município:**  Zona Urbana  Zona Rural

**Renda familiar:**

- Até 1.045 reais (um salário mínimo)  
 Entre 1.046 e 2.090 reais (1 a 2 salários mínimos)  
 Entre 2.091 e 3.135 reais (2 a 3 salários mínimos)  
 Entre 3.136 e 4.180 reais (3 a 4 salários mínimos)  
 Entre 4.181 e 5.225 reais (4 a 5 salários mínimos)  
 Entre 5.226 e 6.270 reais (5 a 6 salários mínimos)  
 Entre 6.271 e 8.360 reais (7 a 8 salários mínimos)  
 Entre 8.361 e 10.450 (9 a 10 salários mínimos)  
 Mais de 10.451 (a partir de 11 salários mínimos)

**5) Grau de escolaridade da mãe**

- Sem instrução  
 Fundamental I incompleto  
 Fundamental I completo (até 5º ano)  
 Fundamental II incompleto  
 Fundamental II completo (até 9º ano)  
 Médio incompleto  
 Médio completo  
 Superior incompleto  
 Superior completo  
 Pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado completo)

Patient Health Questionnaire-9 / Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9)

Nas últimas duas semanas, quantos dias você:

**1) Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**2) Se sentiu pra baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**3) Teve dificuldade de pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormiu mais do que o costume?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**4) Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**5) Teve falta de apetite ou comeu demais?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**6) Se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**7) Teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou assistir televisão)?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**8) Teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto de outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para outro mais do que o costume?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Nenhum dia          | c) Uma semana ou mais  |
| b) Menos de uma semana | d) Quase todos os dias |

**9) Pensou em se ferir de alguma maneira ou pensou que seria melhor estar morto(a)?**

- a) Nenhum dia
- b) Menos de uma semana
- c) Uma semana ou mais
- d) Quase todos os dias

**10) Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?**

- a) Nenhuma dificuldade
- a) Alguma dificuldade
- c) Muita dificuldade
- d) Extrema dificuldade

Generalized Anxiety Disorder / Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem sido incomodado pelos seguintes problemas?

**1) Nervoso(a), ansioso(a), no limite**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**2) Não ser capaz de parar ou controlar as preocupações**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| c) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| d) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**3) Preocupação excessiva sobre diversas coisas**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**4) Dificuldade de relaxar**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**5) Tão agitado(a) que não consegue sentar quieto(a)**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**6) Facilmente incomodado(a) ou irritado(a)**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

**7) Medo de que algo terrível possa acontecer**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| a) Nenhuma     | c) Mais da metade dos dias |
| b) Vários dias | d) Quase todos os dias     |

### **Revised Children's Anxiety and Depression Scale - RCADS**

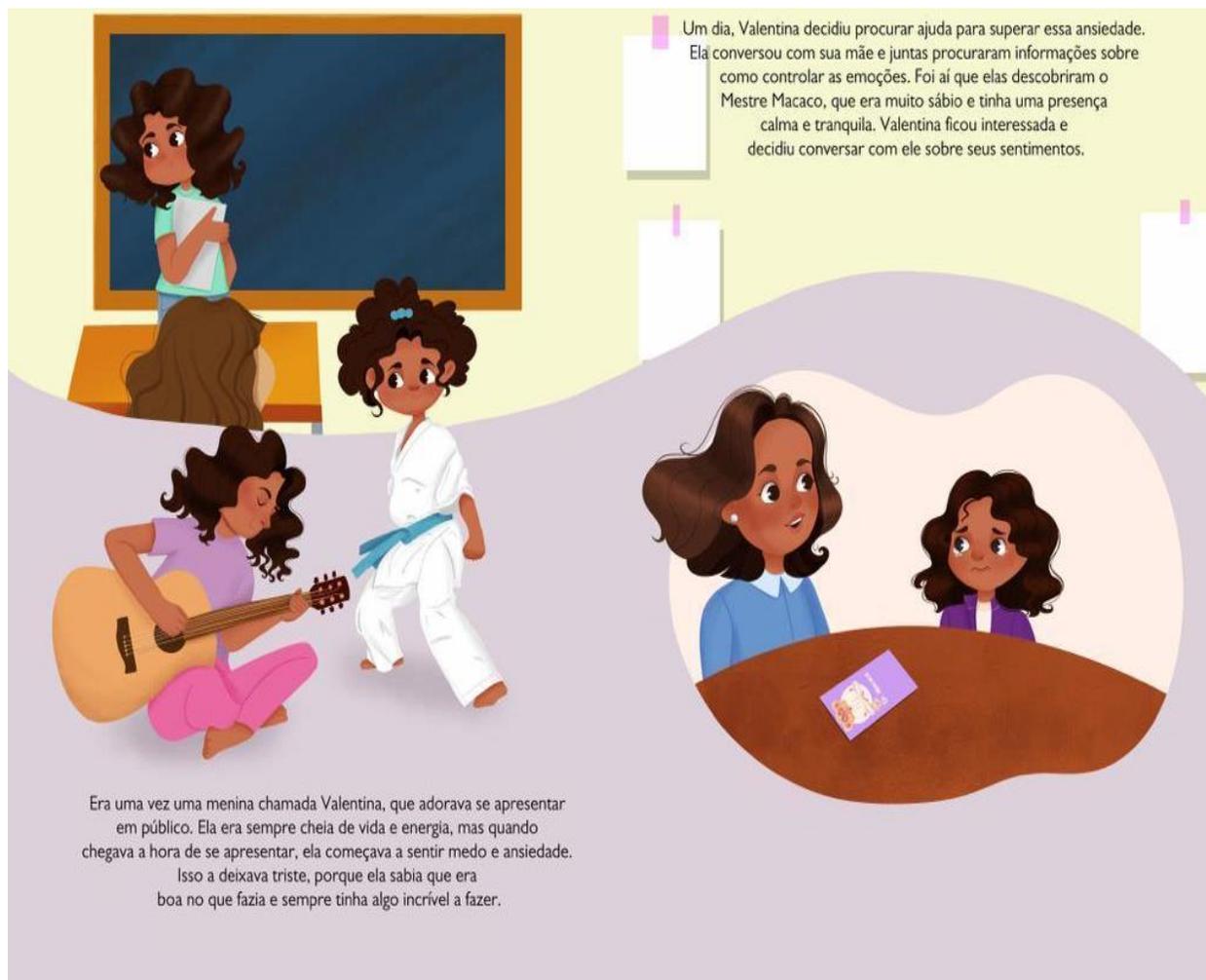
Por favor, circule (selecione) a palavra que demonstre o quão frequente cada uma dessas coisas acontece com você. Não existem respostas certas ou erradas

1. Muitas coisas me preocupam	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
2. Sinto um vazio ou uma tristeza	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
3. Quando eu tenho um problema, eu sinto um frio na barriga	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
4. Eu me preocupo quando acho que fui mal em alguma coisa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
5. Eu sinto medo quando tenho que ficar sozinho(a) em casa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
6. Eu não vejo mais graça em nada que eu faço	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Eu sinto medo quando tenho que fazer uma prova	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8. Eu fico preocupado(a) quando eu acho que alguém está bravo(a) comigo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
9. Eu me preocupo em ficar longe dos meus pais	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10. Eu fico incomodado(a) com pensamentos ruins que vêm à minha cabeça	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
11. Eu tenho dificuldade em pegar no sono/para dormir	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
12. Eu me preocupo que irei mal nos trabalhos escolares	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
13. Eu me preocupo que algo terrível acontecerá com alguém da minha família	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
14. De repente, eu sinto como se não pudesse respirar sem que haja razão para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. Eu tenho falta de apetite	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
16. Eu tenho que verificar várias vezes se fiz as coisas corretamente (ex: apagar as luzes, ou trancar a porta)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Eu sinto medo se tenho que dormir sozinho(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre

18. Eu tenho dificuldade para ir para à escola porque fico nervoso(a) ou com medo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19. Eu sinto falta de energia	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20. Eu me preocupo em fazer papel de bobo(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
21. Eu me sinto muito cansado(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
22. Eu me preocupo que coisas ruins acontecerão comigo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
23. Eu tenho dificuldade de tirar pensamentos ruins ou bobos da minha cabeça	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24. Quando eu tenho um problema, meu coração bate muito acelerado	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
25. Eu não consigo pensar claramente	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
26. De repente, eu começo a tremer sem motivo para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
27. Eu me preocupo que algo ruim acontecerá comigo	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
28. Quando tenho um problema, me sinto inseguro(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
29. Eu me sinto insignificante	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
30. Eu me preocupo em cometer erros	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
31. Eu tenho que mudar meu foco de pensamento para impedir que coisas ruins aconteçam	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
32. Eu me preocupo com o que outros pensam de mim	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
33. Eu tenho medo de frequentar lugares lotados/com muitas pessoas (como shopping centers, cinemas, ônibus)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
34. De repente, sinto muito medo sem motivo para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
35. Eu me preocupo com o que vai acontecer	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre

36. De repente, sinto tontura ou desmaio sem motivo para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
37. Eu penso na morte	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
38. Eu sinto medo quando tenho que falar em frente à sala de aula	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
39. De repente, meu coração começa a bater mais rápido sem motivo para isso	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
40. Eu não sinto vontade de fazer nada	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
41. Eu me preocupo em, de repente, sentir medo sendo que não tenho nada a temer	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
42. Eu tenho que repetir algumas coisas várias vezes (como lavar as mãos, limpar ou organizar as coisas)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
43. Eu tenho medo de fazer papel de bobo(a) em frente aos outros	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
44. Eu tenho mania de fazer algumas coisas sempre do mesmo jeito para evitar que coisas ruins aconteçam	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
45. Quando deito para dormir à noite eu fico pensando em coisas que me preocupam	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
46. Eu sentiria medo se tivesse que passar a noite fora de casa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
47. Me sinto agitado(a)/inquieto(a)	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre

## APÊNDICE – Sugestão de Produto



Um dia, Valentina decidiu procurar ajuda para superar essa ansiedade. Ela conversou com sua mãe e juntas procuraram informações sobre como controlar as emoções. Foi aí que elas descobriram o Mestre Macaco, que era muito sábio e tinha uma presença calma e tranquila. Valentina ficou interessada e decidiu conversar com ele sobre seus sentimentos.

Era uma vez uma menina chamada Valentina, que adorava se apresentar em público. Ela era sempre cheia de vida e energia, mas quando chegava a hora de se apresentar, ela começava a sentir medo e ansiedade. Isso a deixava triste, porque ela sabia que era boa no que fazia e sempre tinha algo incrível a fazer.

Durante sua conversa, o Mestre Macaco percebeu que Valentina estava com dificuldades para lidar com suas emoções antes das apresentações. Então, ele compartilhou com ela seus conhecimentos sobre regulação emocional e respiração profunda. Valentina estava ansiosa para aprender e o Mestre Macaco concordou em ensiná-la.



A partir daquele dia, Valentina visitou o Mestre Macaco todos os dias para aprender mais sobre regulação emocional. Ele ensinou-lhe a controlar sua respiração, a meditar e a se concentrar em pensamentos positivos.



O exercício era simples: Valentina deveria fechar os olhos e concentrar-se na respiração. Ela deveria inspirar lentamente por 4 segundos, segurar por 7 segundos e expirar lentamente por 8 segundos. O mestre macaco explicou que esse exercício ajudaria a acalmar o sistema nervoso e a reduzir a ansiedade.

Valentina praticou esses recursos diariamente e logo começou a se sentir mais calma e confiante. Quando chegou a hora da próxima apresentação, Valentina usou os recursos que aprendeu com o mestre dos macacos. Ela respirou profundamente e se concentrou em pensamentos positivos. Quando ela subiu ao palco, ela se sentiu segura e apresentou sua performance de forma cativante. A plateia estava hipnotizada, e Valentina sentiu-se orgulhosa de si mesma.

A partir daquele dia, ela sempre se lembrava do mestre macaco e dos ensinamentos que ele lhe deu. Ela continuou a praticar o controle da respiração e lidar com seus próprios sentimentos de maneira positiva todos os dias e tornou-se uma menina ainda mais confiante e habilidosa. E, assim, ela continuou a encantar plateias com suas apresentações.



**HISTÓRIA 2:**

Nina era uma menina animada e cheia de energia. Nos finais de semana, ela sempre estava ansiosa para brincar na rua com seus amigos. Um domingo de manhã, ela olhou pela janela e viu que estava chovendo muito lá fora. A chuva forte a deixou muito frustrada, pois significava que ela não poderia sair para brincar.

Nina foi até a sala e se sentou no sofá. Foi quando viu sua gata, Filó, se aproximando dela. Filó era uma gata esperta e sempre sabia quando algo estava incomodando sua amiga.

"O que foi, Nina?", perguntou Filó com um miado suave.

"Estou triste, Filó. Queria tanto brincar na rua, mas essa chuva não deixa", respondeu Nina com um suspiro.

Filó pulou no sofá e se acomodou ao lado de Nina. Ela começou a ronronar e disse: "Nina, a chuva pode ser chata, mas podemos encontrar outras coisas divertidas para fazer dentro de casa".

Nina olhou curiosa para Filó. "O que você quer dizer, Filó?"

Filó explicou que existiam muitas atividades divertidas que poderiam ser feitas em casa. Ela falou sobre a importância da leitura e como os livros poderiam levar Nina para mundos mágicos e emocionantes, mesmo estando dentro de casa.

"Você pode explorar lugares maravilhosos e conhecer personagens incríveis através dos livros", disse Filó.

Nina pensou sobre isso por um momento e ficou animada com a ideia. Ela correu até a estante e pegou um livro que nunca tinha lido antes. Sentou-se confortavelmente no sofá e começou a ler.

Enquanto lia, Nina foi transportada para um mundo de aventuras e magia. Ela conheceu heroínas corajosas, viajou para terras distantes e viveu emocionantes histórias. A chuva lá fora já não a incomodava mais.

Nos dias seguintes, Nina continuou explorando livros e descobriu outras atividades divertidas para fazer em casa. Ela pintou quadros, montou quebra-cabeças, fez construções com blocos e até criou uma peça de teatro com seus brinquedos.

Nina percebeu que sua casa também poderia ser um lugar de muita diversão e criatividade. Mesmo sem poder brincar na rua, ela estava sempre ocupada e feliz em sua casa.

Desde então, Nina aprendeu que momentos de frustração sempre podem trazer aprendizados e agradeceu à chuva por trazer momentos de diversão e aprendizado em casa. E, claro, ela nunca deixou de compartilhar suas aventuras com sua querida amiga, a gata Filó. Juntas, elas viviam muitas histórias emocionantes.

### HISTÓRIA 3:

Vitor gostava muito de jogar futebol. Ele não resistia em se juntar aos seus amigos sempre que terminava suas tarefas escolares. Entretanto, Vitor enfrentava uma grande rejeição que o deixava com raiva. Seus amigos, por serem mais rápidos e habilidosos, costumavam escolher os times, e muitas vezes, Vitor era deixado de lado.

Enquanto esperava sua vez para jogar, Vitor sentou-se no chão desanimado e com raiva. Foi então que algo inesperado aconteceu. O sapo Joel, parou do seu lado e perguntou: ~Vi que você está triste. O que aconteceu?"

Vitor ficou espantado por encontrar um sapo falante, mas sentiu que podia confiar em Joel. Com um suspiro, ele compartilhou seu sentimento em não ser logo escolhido pelos amigos para jogar futebol.

Joel escutou atentamente e, com sabedoria, disse: "Vitor, todos nós temos nossas próprias habilidades e talentos. Talvez você não seja o mais rápido ou habilidoso, mas tenho certeza de que tem outras qualidades valiosas no campo. A chave para se destacar é encontrar seus pontos fortes e focar neles."

Joel, o sapo, tornou-se seu parceiro de treino. Juntos, eles praticavam estratégias, melhoravam a resistência e trabalhavam o controle da bola. Vitor sentia-se mais forte e confiante a cada dia, pois finalmente estava focando em suas próprias habilidades em vez de tentar imitar seus amigos. Logo, chegou o dia de outra partida na pracinha. Quando seus amigos começaram a escolher os times, Vitor notou algo diferente. Dessa vez, ele não estava nervoso nem ansioso. Ele sabia o que fazia bem e estava confiante em seu papel no jogo.

Quando Vitor entrou em campo, seus amigos também perceberam a mudança. Ele era preciso nos passes, conseguia antecipar as jogadas e suas táticas eram inteligentes. Com o apoio e incentivo do sapo Joel, Vitor brilhou no jogo como nunca antes.

A partir desse dia, Vitor nunca mais ficou de fora das partidas de futebol. Ele se tornou uma parte importante do time, sendo reconhecido pelo seu papel no jogo. Mais do que tudo, ele estava se divertindo muito enquanto jogava, com confiança e autoestima.