



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Patrícia Aparecida Francelino Crepalde

**Prevalência e fatores associados à ansiedade infantil dois anos após
o início da pandemia COVID -19: estudo transversal**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Botucatu
2025**

PATRÍCIA APARECIDA FRANCELINO CREPALDE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE INFANTIL DOIS ANOS
APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA COVID -19: ESTUDO TRANSVERSAL**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Marla Andreia
Garcia de Avila

Coorientadora: Profa. Dra. Michelle Cristine de
Oliveira Minharro

BOTUCATU - SP

2025

C917p

Crepalde, Patrícia Aparecida Francelino

Prevalência e fatores associados à ansiedade infantil dois anos após o início da pandemia COVID-19: estudo transversal / Patrícia Aparecida Francelino Crepalde. -- Botucatu, 2025

81 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientadora: Marla Andreia Garcia de Avila

Coorientadora: Michelle Cristine de Oliveira Minharro

1. Ansiedade. 2. Criança. 3. Pandemias. 4. COVID - 19. 5. Saúde Mental. I. Título.

Folha de Aprovação

PATRÍCIA APARECIDA FRANCELINO CREPALDE

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE INFANTIL DOIS ANOS APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração:

Data da defesa: 06/05/2025

Banca Examinadora

Profa. Associada Marla Andreia Garcia de Avila

UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu – Câmpus Botucatu

Profa. Dra. Rubia de Aguiar Alencar

UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu – Câmpus Botucatu

Profa. Dra. Clarita Terra Rodrigues Serafim

UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu – Câmpus Botucatu

Profa. Dra. Rafaela Aparecida Prata

Senac de Campinas – Campinas

Profa. Dra. Juliana Bastoni da Silva

Universidade Federal de Tocantins

BOTUCATU

2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, Carlos e Gleides, por me ensinarem o caminho certo, todo amor e as orações para que essa conquista fosse realizada. Amo vocês!

A meu esposo, Adalto, por todo apoio, companheirismo, compreensão, incentivo, amor e paciência. Essa trajetória foi marcada por grandes desafios, os quais nos fortaleceram e nos trouxeram muitos aprendizados. Obrigada por ser o meu porto seguro. Te amo para sempre!

A minha sogra, Aparecida, por todo auxílio e compreensão durante essa jornada. Amo você!

A meus filhos, Lavinia, João Pedro e Luis Guilherme, por todo amor, carinho e compreensão.

Amo vocês!

AGRADECIMIENTO

Primeiramente a **Deus**, obrigada Senhor, por me mostrar que mesmo nas adversidades, sua bondade e misericórdia são evidentes. Gratidão pela minha VIDA.

A meus pais, **Carlos e Gleides**, que me ensinaram a honestidade, a humildade e a coragem de seguir em frente pelos meus ideais.

A meu marido, **Adalto**, amigo e companheiro de todas as horas, obrigada por me acolher em todas as angústias, por me oferecer forças para continuar nos momentos difíceis e por sorrir comigo nos momentos felizes.

A meus filhos, **Lavinia, João Pedro e Luis Guilherme**, por me ensinarem o significado do verdadeiro amor e por tornarem meus dias mais leves e felizes.

A minha Sogra, **Aparecida**, por ter suportado comigo todo o processo e por me ensinar a enxergar a vida com leveza.

A minha Orientadora, **Professora Dra. Marla Andreia Garcia de Avila**, por todos os ensinamentos, pela amizade, compreensão nos momentos difíceis, parceria, paciência e por acreditar em eu que seria capaz. Eterna Gratidão.

A minha Coorientadora, **Professora Dra. Michelle Cristine de Oliveira Minharro**, pelo carinho, pela torcida, pelas orações e por compartilhar momentos de aprendizagem. Eterna Gratidão.

À **Professora Dra. Rubia de Aguiar Alencar**, amiga muito querida, que esteve presente em um dos momentos mais desafiadores da minha vida, acompanhou cada detalhe, ofertando suas palavras de carinho e afeto. Adoro você.

Ao município de **Querência do Estado do Mato Grosso**, por permitir que realizasse esse trabalho e por encontrar pessoas sempre dispostas a ajudarem, de forma significativa.

A todas as **crianças desta pesquisa**, que dedicaram alguns minutos do seu dia para contribuir com este estudo.

A todos **meus amigos**, que de forma direta e indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

A minha irmã, **Priscila**, que mesmo à distância, esteve comigo, apoiando-me e dando-me forças para finalizar esse estudo.

À **UNESP**, por permitir alcançar mais um degrau da minha vida profissional, contribuindo com ensinamentos para que este trabalho fosse concluído com esmero. Gratidão.

ΕΠÍΓΡΑΦΕ

“O tempo muito me ensinou:

Ensinou a amar a vida,

Não desistir de lutar,

Renascer na derrota,

Renunciar a palavras e pensamentos negativos,

Acreditar nos valores humanos,

E a ser otimista.

Apreendi que mais vale tentar do que recuar...

Antes acreditar do que duvidar; que o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.”

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: a pandemia da *corona virus disease* (COVID-19) resultou em mudanças drásticas e necessárias para proteger a sociedade. Medidas foram implementadas para impedir a disseminação do vírus na comunidade, evitando a sobrecarga do sistema de saúde pública e reduzindo o número de óbitos devido aos agravamentos da doença. Nas crianças, a pandemia da COVID-19 acarretou diferentes consequências como medo, ansiedade, tédio e alterações em sua rotina. As crianças são mais vulneráveis durante crises, como uma pandemia, devido à sua falta de autonomia e maturidade. No entanto, pesquisas limitadas examinaram o retorno escolar após uma ausência devido ao fechamento de escolas, especialmente em países de renda média e baixa como o Brasil. **Objetivo:** Analisar a prevalência e fatores associados à ansiedade infantil dois anos após o início da pandemia COVID-19 por meio do *Children's Anxiety Questionnaire* (CAQ) e a Escala Visual Analógica (EVA) e identificar fatores que influenciam as emoções de crianças de 6 a 12 anos. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, cuja coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2022. Participaram crianças com idade entre 6 e 12 anos, matriculadas em escolas públicas do município de Querência, Estado do Mato Grosso, juntamente com seus pais ou responsáveis. Aos responsáveis, foi aplicado um questionário, contendo variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19. Para as crianças aplicado um questionário sobre o CAQ e EVA. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, incluindo regressões logísticas, para estimar a prevalência de dificuldades emocionais e suas associações com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Resultados:** das 733 crianças, 54,0% (n = 396) são meninas e a idade média de $8,7 \pm 1,87$ anos. Dos responsáveis, 84,0% (n = 616) dos entrevistados são mães, com 4,5% (n = 33) sendo profissionais da saúde. As declarações das crianças indicaram preocupação e medo relacionados à possibilidade de morte de familiares, pais e animais de estimação 22,9% (n = 161). Por outro lado, as crianças citaram os pais e a família sendo responsáveis por mantê-los felizes e calmos 32,5% (n = 223). Com base no CAQ ≥ 9 e na EVA > 7 , a prevalência da ansiedade foi de 13,5% e 6,7%, respectivamente. A regressão logística binária dos escores CAQ mostrou que a cada ano adicional de idade das crianças, o risco de ansiedade (CAQ ≥ 9) aumentou em 10%. Além disso, para o CAQ, a redução da renda foi associada a maiores escores de ansiedade (p = 0,022). Na regressão logística para as pontuações EVA mostrou que a cada ano adicional de idade das crianças, o risco de ansiedade (EVA > 7) aumentou 30%. Na análise multivariada, apenas a idade da criança permaneceu associada à ansiedade nos escores do CAQ e EVA (p = 0,005 e p < 0,001), respectivamente. **Conclusão:** a prevalência de ansiedade entre escolares que retornaram às aulas presenciais durante a pandemia de COVID-19 foi de 13,5% (n = 99) e 6,7% (n = 49), segundo o CAQ e a EVA, respectivamente. A prevalência de ansiedade aumentou a cada ano de idade da criança.

Descritores: Ansiedade; Criança, Pandemias, COVID-19, Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: The *coronavirus disease* (COVID-19) pandemic resulted in drastic and necessary changes to protect society. Measures were implemented to prevent community transmission of the virus, thus avoiding an overload of the public healthcare system and reducing the number of deaths due to complications from the disease. In children, the COVID-19 pandemic led to various consequences, including fear, anxiety, boredom, and changes to their daily routines. Children are more vulnerable during crises, such as pandemics, due to their lack of autonomy and maturity. However, limited research has examined children's return to school following prolonged absence due to school closures, especially in low- and middle-income countries such as Brazil. **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated with childhood anxiety two years after the start of the COVID-19 pandemic, using the Children's Anxiety Questionnaire (CAQ) and the Visual Analogue Scale (VAS), and to identify factors that influence the emotions of children aged 6 to 12 years. **Method:** This is an observational, cross-sectional study, with data collection carried out in June 2022. The participants were children aged between 6 and 12 years, enrolled in public schools in the municipality of Querência, State of Mato Grosso, together with their parents or guardians. A questionnaire containing sociodemographic variables and information related to COVID-19 was applied to the guardians. A questionnaire on the CAQ and VAS was applied to the children. Descriptive statistical analyses, including logistic regressions, were performed to estimate the prevalence of emotional difficulties and their associations with sociodemographic and clinical variables. **Results:** Of the 733 children assessed, 54.0% (n = 396) were girls, with an average age of 8.7 ± 1.87 years. Among caregivers, 84.0% (n = 616) of respondents were mothers, and 4.5% (n = 33) were healthcare professionals. Children's statements indicated concern and fear regarding the possibility of death of relatives, parents, and pets (22.9%; n = 161). Conversely, children cited their parents and family as responsible for making them feel happy and calm (32.5%; n = 223). Based on scores of CAQ ≥ 9 and VAS > 7 , the prevalence of anxiety was 13.5% and 6.7%, respectively. Binary logistic regression of CAQ scores showed that each additional year of age increased the risk of anxiety (CAQ ≥ 9) by 10%. Furthermore, reduced family income was associated with higher anxiety scores on the CAQ (p = 0.022). Logistic regression analysis of VAS scores showed that each additional year of age increased the risk of anxiety (VAS > 7) by 30%. In multivariate analysis, only the child's age remained associated with anxiety scores on the CAQ and VAS (p = 0.005 and p < 0.001, respectively). **Conclusion:** The prevalence of anxiety among schoolchildren who returned to face-to-face classes during the COVID-19 pandemic was 13.5% (n = 99) and 6.7% (n = 49), according to the CAQ and VAS, respectively. Anxiety prevalence increased with each additional year of the child's age.

Descriptors: Anxiety; Child; Pandemics; COVID-19; Mental Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>Chidren's Anxiety Questionnaire</i> adaptado para o Brasil	28
Figura 2 - Escala Visual Analógica	29
Gráfico 1 - Distribuição dos itens do CAQ referidos pelas crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.	33
Gráfico 2 - Distribuição dos itens da EVA referidos pelas crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.	34
Figura 3 – Idade das crianças de acordo com a presença de ansiedade (CAQ ≥ 9 ou EVA > 7). Querência, MT, Brasil, 2022.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e relacionadas à COVID-19 das crianças e seus responsáveis. Querência, MT, Brasil, 2022.	32
Tabela 2 – Prevalência da ansiedade (escore CAQ ≥ 9 ; escore EVA > 7) em crianças por idade. Querência, MT, Brasil, 2022.	33
Tabela 3 – Análises bivariadas entre ansiedade (pontuação CAQ ≥ 9 ; pontuação EVA > 7) e as principais características da população. Querência, MT, Brasil, 2022.	34
Tabela 4 – Análise de regressão logística para ansiedade com base em pontuações do CAQ (≥ 9 vs. < 9) e com base em pontuações EVA (> 7 vs. ≤ 7). Querência, MT, Brasil, 2022.	37
Tabela 5 – Análise das respostas abertas das crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAQ –	<i>Children’s Anxiety Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID -19 –	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
DP –	Desvio Padrão
EVA –	Escala Visual Analógica
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC –	Intervalo de Confiança
NRS –	<i>Numeral Rating Scale</i>
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OR –	<i>Odds Ratio</i>
<i>P</i> –	Valor p
SARS-CoV-2 –	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
TAG –	Transtorno de Ansiedade Generalizado
TALE –	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC –	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa do Estudo	20
2	HIPÓTESE	21
3	OBJETIVO	22
4	MÉTODO	23
4.1	Tipo de Estudo	23
4.2	População do Estudo	23
4.3	Local do Estudo	23
4.4	Período do Estudo	25
4.5	Coleta de Dados	25
4.6	Variáveis para Preenchimento pelos Pais ou Responsáveis	26
4.7	Variáveis para Preenchimento pelas Crianças	27
4.8	Instrumentos Do Estudo	27
4.8.1	<i>Children's Anxiety Questionnaire</i> (CAQ)	27
4.8.2	Escala Visual Analógica (EVA)	28
4.9	Análise Estatística	29
4.10	Aspectos Éticos	30
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE	55
	ANEXO	61

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Em 11 de Março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou oficialmente a Pandemia *Corona Virus Disease* (COVID-19), doença causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave. A OMS decretou o fim da pandemia em 05 de maio de 2023, pois obtiveram-se quedas de mortes, declínio nas hospitalizações e internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como altos níveis de imunidade da população ao SARS-CoV 2¹. Mais de 777 milhões de casos confirmados e mais de 7 milhões de mortes foram relatados globalmente do início da pandemia até dezembro de 2024². No Brasil, até o final de 2024, foram confirmados 39 milhões de casos de COVID-19 e 715 mil mortes. Crianças menores de 15 anos representam 0,2%, ou seja, 8.528 mortes globais relatadas por COVID-19. Entre as mortes de crianças relacionadas à COVID-19, 60% eram crianças menores de cinco anos³.

No início da pandemia, o distanciamento social foi proposto visando a evitar a propagação do vírus e a consequente sobrecarga dos serviços de saúde e aumento da taxa de letalidade e mortalidade em decorrência dos agravamentos da doença⁴. O distanciamento social, o uso do álcool em gel e uso de máscara facial foram medidas de proteção necessárias, no entanto, afetaram a vida familiar, individual e coletiva⁵⁻⁷. Essa medida de segurança protege a saúde física, mas acarretou inúmeros prejuízos à saúde mental⁸.

Entre as crianças, a pandemia de COVID-19 desencadeou sentimentos variados, como medo, ansiedade, tédio, raiva e incertezas. Compreender esses sentimentos tornou-se essencial para atender às suas necessidades durante esse período^{4,7}.

As alterações na saúde mental das crianças variaram conforme a capacidade delas de compreender e lidar com suas emoções. Outro fator importante foi a habilidade dos pais em identificar os sentimentos que estavam afetando as crianças naquele período e acolhê-las com atenção e empatia⁹. Assim, a ansiedade infantil passou por um grande desafio imposto pela pandemia COVID-19.

A ansiedade é um termo com diferentes definições. Para o Ministério da Saúde, pode ser como uma reação esperada nos seres humanos, podendo estar presente em qualquer momento da vida, manifestando em diferentes aspectos do dia a dia¹⁰.

De acordo com Dalgalarrodo¹¹, a ansiedade é um estado de humor

desconfortável, com apreensões internas, que se exacerbam quando se pensa no futuro¹¹.

Essau¹² define ansiedade como sendo um estado de humor, uma forte emoção negativa em que a criança antecipa um evento ameaçador. É apontada como uma emoção natural mesmo quando associada a perdas ou doenças graves¹². Para Graeff¹³, quando os sintomas de ansiedade se exacerbam, ou seja, mais intensos, esse comportamento é conceituado como transtorno de ansiedade¹³. Para Santos, Lima e Macedo¹⁴, a ansiedade é um estado emocional de medo, tensão e apreensão, quando se torna crônico e acompanhado de sinais e sintomas como sudorese, taquicardia e náuseas, instala-se um quadro de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)¹⁴.

Para Asmundson e Taylor¹⁵, a ansiedade poderia ser um efeito esperado, já que todos em algum momento da vida se depara com ela. Por outro lado, a ansiedade ajuda precocemente identificar algum problema de saúde¹⁵.

Ademais, a ansiedade é considerada uma das repercussões fisiológicas mais prevalentes no adoecimento da sociedade, principalmente na população jovem e do sexo feminino¹⁶, mesmo após a diminuição e controle dos casos de COVID-19¹⁷.

A meta-análise global de Racine, McArthur e Cooke¹⁸, que abrangeu 29 estudos conduzidos entre janeiro de 2020 e março de 2021 e envolveu 80.879 participantes, revelou que a prevalência de ansiedade e depressão entre crianças e adolescentes, durante o primeiro ano de pandemia, foi de 20,5% e 25,2%, respectivamente. Os pesquisadores observaram que as estimativas combinadas eram o dobro das estimativas pré-pandêmicas¹⁸.

A meta-análise de Deng, Zhou e Hou¹⁹ de 191 estudos, que incluiu 1.389.447 crianças e adolescentes, relatou que a prevalência combinada de sintomas depressivos foi de 31% com base em 129 estudos (n = 524.417), e a prevalência de sintomas depressivos leves, moderados e graves foi de 19%, 13% e 6%, respectivamente¹⁹. A prevalência combinada de distúrbios do sono de 50 estudos (n = 104.219) foi de 42%. Idade, série, nível educacional, sexo, região geográfica e uso de dispositivos eletrônicos foram associados a uma maior prevalência de sintomas de saúde mental. A prevalência de sintomas de saúde mental também aumentou conforme a pandemia progrediu, embora sinais de recuperação e estabilização tenham sido observados¹⁹.

Uma revisão sistemática e meta-análise incluíram 868.634 crianças e

adolescentes (≤ 19 anos) pré-pandemia e 807.480 durante a pandemia de COVID-19 na Europa, comparando sintomas de depressão durante os períodos pré- pandemia vs. pandemia. O aumento nos sintomas gerais de depressão foi maior para adolescentes do sexo masculino, enquanto o aumento nas taxas de depressão clinicamente relevantes foi maior para as mulheres. As estimativas de efeito foram significativamente maiores quando as restrições relacionadas à pandemia foram mais rigorosas ou quando ocorreram fechamentos de escolas²⁰.

Um estudo de coorte realizado nas cidades da China comparou o nível de ansiedade entre 2.850 crianças de Wuhan, a cidade chinesa com medidas severas de bloqueio, com as de 4.922 crianças de outras cidades chinesas expostas a medidas menos severas. Verificou que as crianças de Wuhan apresentaram níveis de ansiedade maiores em comparação às crianças das outras cidades²¹.

Sabe-se que o ambiente escolar é favorável para a socialização e desenvolvimento das crianças e adolescentes, dessa forma, o fechamento das escolas fez com que esses grupos ficassem restritos em suas casas. Com a permanência prolongada em casa pode resultar em transtornos psicológicos, sendo o principal a ansiedade²².

A ansiedade foi vista na pandemia como uma emoção negativa, para Paiva et al., 2021. Em um outro estudo no Brasil, mostra que crianças que sofrem de ansiedade têm duas vezes mais a probabilidade de distúrbios do sono e três vezes mais de apresentar alterações no apetite²³.

Avila, Hamamoto e Jacob²⁴ analisaram a prevalência de ansiedade entre 289 crianças brasileiras de 6 a 12 anos na pandemia COVID-19. A prevalência de ansiedade entre as crianças estudadas foi de 19,4% ($n = 56$), segundo o *Children's Anxiety Questionnaire* (CAQ) e de 21,8% ($n = 63$), segundo o *Numeral Rating Scale* (NRS). Níveis mais altos de ansiedade, segundo o CAQ, foram associados ao distanciamento social sem os pais, um maior número de pessoas morando em casa e um baixo nível de escolaridade relatado para os pais ou responsáveis²⁴.

Um ano após a pandemia (março a maio de 2021), investigação utilizando os mesmos instrumentos mostrou um aumento da ansiedade infantil. Das 906 crianças, com base no CAQ ≥ 9 , a prevalência de ansiedade foi de 24,9% ($n = 226$). Na regressão logística, as seguintes variáveis estiveram associadas aos maiores escores do CAQ: idade das crianças e a criança ter doença crônica ou deficiência. Com base na NRS ≥ 7 , a prevalência de ansiedade foi de 34,8% ($n = 315$). As variáveis

associadas aos maiores escores do NRS foram: a criança ter doença crônica ou deficiência, compreensão das crianças sobre a pandemia (muito ou nada), diminuição da renda familiar, região do país e a idade dos responsáveis. Níveis mais elevados de ansiedade foram associados ao fato de a criança ter uma doença crônica ou deficiência em ambos os instrumentos utilizados. Destaca-se que a coleta de dados dos dois estudos conduzidos por Avila et al. foram realizados de forma virtual²⁵.

Ainda utilizando os mesmos instrumentos, estudo realizado com 774 crianças suecas, com idades entre 6 e 14 anos, durante a primeira onda da pandemia de COVID-19, revelou que a prevalência de ansiedade entre as crianças foi de 2,5%, segundo o CAQ ≥ 9 , e de 2,7%, segundo o NRS >7 . Esses índices contrastam significativamente com os resultados dos estudos já apresentados. Um fator que pode ter influenciado foi o fato que na Suécia não implantou o confinamento, o que impactou nesse estudo²⁶.

Recente estudo que investigou a influência da pandemia da COVID-19 nas taxas de crescimento da ansiedade aponta que a faixa etária com maior prevalência de transtornos de ansiedade em todo o mundo foi de 25 a 29 anos, enquanto a faixa etária com maior taxa de incidência foi de 10 a 14 anos. As projeções indicam que, até 2050, o número de indivíduos afetados por transtornos de ansiedade pode chegar a 87,36 milhões²⁷.

1.1 Justificativa do Estudo

Durante a pandemia, a ansiedade e os sintomas depressivos aumentaram consideravelmente entre os indivíduos, sugerindo a necessidade de monitoramento contínuo da saúde mental^{18-20,27-30}.

No entanto, pesquisas limitadas examinaram o retorno à escola após uma ausência devido ao fechamento de escolas, especialmente em países de renda média e baixa como o Brasil^{18-20,28,29}, justificando a realização da pesquisa.

HIPÓTESE

2 HIPÓTESE

A prevalência da ansiedade infantil é menor após o retorno das aulas presenciais comparada à prevalência do início da pandemia COVID-19.

OBJETIVO

3. OBJETIVO

Analisar a prevalência e fatores associados à ansiedade infantil dois anos após o início da pandemia COVID-19, por meio do *Children's Anxiety Questionnaire* (CAQ) e a Escala Visual Analógica (EVA), e identificar fatores que influenciam as emoções de crianças de 6 a 12 anos.

MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo transversal utilizando métodos de amostragem não probabilísticos e de conveniência³¹.

Seguimos o desenho utilizado em um estudo anterior semelhante que avaliou os níveis de ansiedade no início da pandemia de COVID-19 de Avila, Hamamoto e Jacob²⁴ e adaptamos esse desenho para coletar dados pessoalmente. A comunicação dos dados seguiu as recomendações da declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para garantir a qualidade dos métodos de estudo³².

4.2. População de Estudo

Critério de inclusão das crianças: idade entre 6 a 12 anos e matriculadas nas escolas municipais e estadual.

Critérios de exclusão das crianças: foram excluídas as crianças cujo responsáveis que não responderam ao questionário e não autorizaram a participação das crianças. Também, as crianças que não estavam presentes no dia da coleta de dados.

Critérios de Inclusão dos pais ou responsáveis: pais com mais de 18 anos e que sabem ler e escrever.

Critérios de Exclusão dos pais ou responsáveis: foram excluídos os participantes que não responderam ao questionário.

4.3. Local do Estudo

Esta pesquisa foi conduzida pela Faculdade de Medicina de Botucatu e a coleta de dados foi realizada nas escolas da cidade de Querência, Mato Grosso.

Querência é um município do estado do Mato Grosso, situado no nordeste do Estado, na Grande Bacia Amazônica. Dentro de seus grandes limites encontra-se parte da Reserva Indígena do Xingu. Situada a 927 km da capital Cuiabá. Possui uma área de 17.799,989 km², sua população em 2022 era de 26.769 habitantes e

escolarização de 6 a 14 anos 91,1% (2010), conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua data de fundação é 8 de dezembro de 1985, porém somente em 19 de dezembro de 1991 recebeu status de município pela Lei Estadual nº 5895. Sua principal fonte de renda é o agronegócio, destacando a produção de soja e milho. Com sua evolução econômica, a agroindústria vem ganhando destaque, em 2022 foi o 6º município que mais cresceu no Brasil. Seus pontos turísticos se concentram no Centro Tradição Gaúcha e o Parque Municipal Lago Betis³³.

O município possuía seis Unidades Básicas de Saúde e um Hospital Municipal. Com o início da pandemia COVID -19 foi necessário a criação de uma unidade mista, onde atendia todos os pacientes com sintomas gripais desde triagem, consultas médicas, teste rápido para COVID – 19, internações, coleta de exames laboratoriais, administração de medicamentos via ambulatorial. As demais patologias eram atendidas no Hospital Municipal.

Antecedendo a pandemia, o município estava com um projeto pronto para a construção de um hospital amplo com uma unidade de terapia intensiva (UTI). No decorrer da pandemia e seus agravos, o município recebeu doações de empresas locais, fazendeiros e câmara de vereadores para a construção emergencial de 10 leitos de UTI para atender melhor a população.

Em 2022, o estado do Mato Grosso registrou 724.653 casos confirmados de COVID -19 e 14.854 óbitos. O boletim de 08 de abril de 2022 registrou na cidade de Querência 4.546 casos confirmados de COVID-19 e 71 óbitos³⁴.

As escolas participantes dessa pesquisa foram três escolas municipais e uma escola estadual, que serão apresentadas abaixo:

A Escola Municipal de Educação Básica Parque Imperial iniciou suas atividades escolares no segundo semestre de 2017 e contava com atendimento apenas no período matutino, ofertando vagas para alunos do maternal II ao 5º ano do ensino fundamental.

Com a necessidade de ampliação da escola final de 2019 iniciou a construção de mais salas de aulas. Iniciando o ano letivo de 2020 em meio à construção, e em metade do mês de março suspendeu as aulas devido à Pandemia da COVID-19, retornando as atividades em abril de maneira não-presencial (sistema híbrido). Em 2022 havia 424 alunos matriculados, sendo 179 participantes dessa pesquisa.

O Centro Municipal de Educação Básica Pequeno Príncipe iniciou suas atividades escolares em setembro de 2005, com capacidade de atender até 500 crianças de dois a oito anos. O número de alunos no ano de 2022 totalizou 458, sendo 136 alunos pertencentes à faixa etária dessa pesquisa, dos quais 43 alunos foram participantes.

Escola Municipal de Educação Básica Alegria do Saber, suas atividades escolares iniciaram em 1999. Abrange crianças de seis a onze anos da área urbana e rural do município, tendo a capacidade de atender até 850 crianças. Em 2022, eram 813 alunos matriculados, sendo 317 alunos participantes dessa pesquisa.

Escola Estadual Querência, localizada na área central da cidade, iniciou suas atividades escolares em 1988. A escola está inserida em uma sociedade na qual encontra uma grande diversidade cultural, devido a um grande fluxo migratório de várias regiões do país, destacando a região sul. No ano de 2022, eram 879 alunos matriculados do 3º ao 9º ano do ensino fundamental, participaram dessa pesquisa 193 alunos.

4.4. Período do Estudo

Esta pesquisa foi realizada no mês de junho de 2022. A coleta de dados iniciou na Escola Estadual Querência nos dias 08, 09 e 10 de junho; 20 e 21 de junho na Escola Municipal de Educação Básica Alegria do Saber; 23 e 24 de junho na Escola Municipal de Educação Básica Parque Imperial; 28 e 29 de junho no Centro Municipal de Educação Básica Pequeno Príncipe, nos períodos matutinos e vespertinos.

4.5. Coleta de Dados

Inicialmente, por meio de uma reunião, a pesquisadora principal apresentou a proposta do estudo à Secretaria de Educação do município de Querência/Mato Grosso, obtendo a anuência da Escola Estadual (Anexo A) e a anuência das escolas municipais (Anexo B) para a condução da pesquisa.

Após a aprovação do CEP (Anexo C), a pesquisadora foi às escolas realizar o convite aos pais e/ou responsáveis pela criança, entregando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B) e o instrumento de coleta de dados dos pais

e (Apêndice C) e parte do instrumento de dados das crianças (dados sociodemográficos e clínicos). A coleta de dados com as crianças ocorreu em sala de aula.

A fim de garantir o bem-estar e a integridade dos participantes durante a coleta de dados com as crianças, foram adotados cuidados para assegurar um ambiente de privacidade e ausência de constrangimento. A aplicação dos instrumentos ocorreu em sala de aula, mas com a organização do espaço de forma a permitir que cada criança respondesse individualmente, sem a interferência dos colegas. Estavam presentes apenas a pesquisadora e, eventualmente, um profissional da escola, cuja função foi exclusivamente de apoio. O tempo destinado para a atividade foi, em média, de 30 minutos, considerando as pausas necessárias para a compreensão das instruções. Para as crianças que apresentaram dificuldades de leitura ou escrita, a pesquisadora realizou a leitura dos itens de forma clara e pausada, assegurando-se de que compreendessem cada questão antes de responder. Quando necessário, foi autorizada a ajuda na escrita das respostas, desde que a compreensão e decisão permanecessem exclusivamente da criança, respeitando-se sua autonomia e a confiabilidade dos dados.

4.6 Variáveis para Preenchimento pelos Pais ou Responsáveis

- Sexo dos responsáveis (masculino ou feminino);
- Idade dos responsáveis (anos);
- Relação com a criança (mãe, pai e outros);
- Escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior ou pós-graduação);
- Redução da renda durante a pandemia (sim ou não);
- Se a criança recebeu a vacina COVID -19 (uma dose, duas doses, não recebeu);
- Sexo das crianças (masculino ou feminino);
- Idade das crianças (anos);
- Se a criança tem doença crônica (sim ou não). Qual?
- Se a criança tem alguma deficiência (sim ou não). Qual?
- Se a criança é indígena (sim ou não);
- Diagnóstico confirmado de COVID-19 em algum membro da família na residência (sim ou não);

- Falecimento por COVID-19 em algum membro da família na residência (sim ou não);
- Atividade de lazer ou social por conta da COVID-19 (sim ou não). Qual?

4.7 Variáveis para Preenchimento pelas Crianças

- Resposta individual ao questionário do CAQ;
- Perguntas abertas sobre o CAQ;
- Resposta da EVA

4.8 Instrumentos do Estudo

4.8.1 *Children's Anxiety Questionnaire (CAQ)*

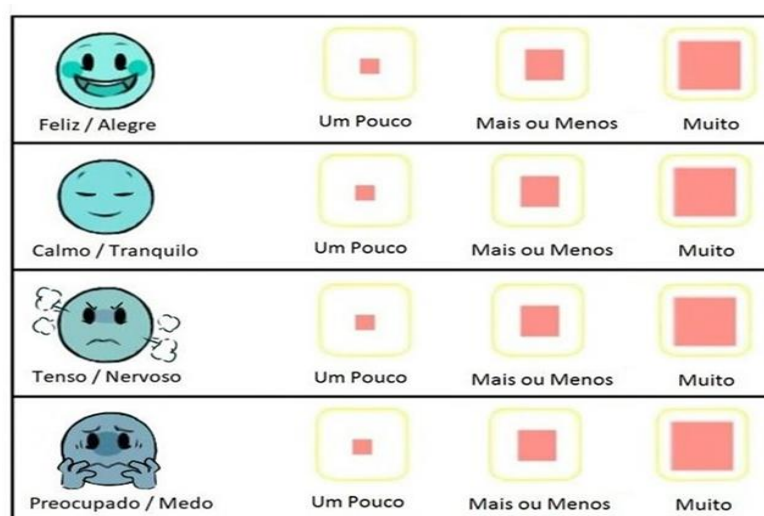
O CAQ é um instrumento criado na Suécia, disponível em inglês e sueco, para avaliar a ansiedade de crianças. Os autores tiveram como objetivo desenvolver um questionário que fosse fácil de aplicar, tivesse propriedades psicométricas concretas e pudesse avaliar a ansiedade autorreferida em crianças pequenas. É um instrumento que reúne todos os aspectos importantes para mensurar a ansiedade infantil. É baseado no Inventário de Ansiedade Traço-Estado de 1970, desenvolvido por Spielberger^{35,36}.

O CAQ é um instrumento de autorrelato, unidimensional, e as crianças dão suas respostas com base nas quatro expressões faciais, uma de cada vez, e então escolhem entre três etapas (um pouco, mais ou menos ou muito). As imagens de Feliz/Alegre e Calmo/Tranquilo são medidos como 3 (um pouco), 2 (mais ou menos), 1 (muito), e as imagens de Tenso/ Nervoso e Preocupado/Medo são medidos como 1 (um pouco), 2 (mais ou menos), 3 (muito). Os escores do instrumento variam de 4 a 12 pontos, com 4 pontos significando ausência de ansiedade e 12 pontos significando o nível mais alto de ansiedade³⁵.

O processo de adaptação transcultural do CAQ para o português brasileiro foi conduzido por um grupo coordenado pela orientadora dessa pesquisa, validado, com um índice de validade de conteúdo de 0,94 pelos profissionais da saúde e uma taxa de concordância de 95% pelas crianças. Foram seguidas as etapas de preparação, tradução seguida de síntese, retrotradução, revisão e harmonização pelo comitê de

13 especialistas. Para determinar se as imagens correspondiam aos significados, foram interrogadas 15 crianças entre 04 e 10 anos. Para determinar o entendimento das crianças foram testadas mais 17 crianças da mesma faixa etária. A adaptação transcultural passou por todas as fases do processo, sendo realizadas conforme sugere a literatura, porém modificações foram necessárias em relação à versão original para que as crianças brasileiras pudessem compreender melhor o instrumento³⁷.

Figura 1 - *Children's Anxiety Questionnaire* adaptado para o Brasil



Seguindo os itens do CAQ foram elaboradas as perguntas abertas para que as crianças pudessem relatar seus sentimentos, desenvolveram-se as questões:

1. Conte-me o que te deixa feliz e alegre?
2. Conte-me o que te deixa calmo(a) e tranquilo(a)?
3. Conte-me o que te deixa preocupado(a) e com medo?
4. Conte-me o que te deixa tenso(a) e nervoso(a)?

4.8.2 Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA é de fácil e rápida aplicação, além de ser capaz de favorecer a variabilidade de respostas e emprego de diferentes análises estatísticas³⁸. O uso da EVA, para medir a ansiedade em crianças e adolescentes, se mostrou como ferramenta útil, alertando o profissional a realizar medidas apropriadas para a melhor

situação³⁷. Desse modo, a EVA desenvolvida possui uma linha horizontal de 10 centímetros, numerada de 0 – 10, com rostos com expressão facial, onde 0 corresponde ao rosto feliz e calmo e 10 ao rosto com a expressão de ansiedade mais intensa, a “muito ansioso”. Para estabelecer a pontuação, o respondente deve indicar ao longo da linha o nível de ansiedade que possui. A interpretação dos resultados se dá mediante a mensuração do espaço compreendido entre a extremidade à esquerda e o ponto sinalizado pelo respondente, com uma régua graduada em centímetros. A escala permite mensurar o nível de autoconfiança para cada item e, também, mensurar a média geral de autoconfiança. Considera-se ao apontamento entre zero a dois como ansiedade leve, de três a sete como moderada, e de oito a dez como ansiedade intensa³⁹.

Figura 2 - Escala Visual Analógica



4.9 Análise Estatística

O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para avaliar a distribuição dos dados contínuos. As comparações dos dados contínuos entre os grupos foram realizadas por meio do teste U de *Mann-Whitney* ou teste t de *Student* para dados não paramétricos e paramétricos. Para comparações envolvendo múltiplos grupos, foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis* seguido de testes de *Dunn* ou análise de variância unidirecional (ANOVA) seguida de testes de *Tukey*. Os coeficientes de correlação de *Spearman* (ρ) foram calculados entre os escores do CAQ e EVA. As proporções nos diferentes grupos foram comparadas pelo teste qui-quadrado (para $n > 30$) ou teste exato de *Fisher*. As razões de *Odds ratio* (OR) foram calculadas para avaliar a associação entre variáveis de desfecho, como a variável dependente (escores EVA ou CAQ; como categorias binárias definidas como <9 ou ≥ 9 e ≤ 7 ou > 7).

Uma análise de regressão logística foi realizada para avaliar as associações entre pontuações altas ou baixas de ansiedade (≥ 9 para CAQ e > 7 para pontuações EVA) e diversas variáveis independentes. Variáveis independentes com um valor de

$p < 0,10$ na análise univariada para pontuações CAQ ou EVA foram incluídas nos modelos logísticos. Finalmente, a prevalência pontual de ansiedade foi comparada com uma pesquisa anterior, utilizando intervalos de confiança (IC) definidos em 95% e os OR correspondentes. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o *IBM SPSS Statistics para MacBook* versão 24 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Todos os dados coletados estão em planilha Excel, sob responsabilidade do pesquisador principal, e poderão ser disponibilizados sempre que solicitados. Das perguntas abertas seguindo os itens do CAQ, realizou-se o agrupamento por similaridade das respostas.

4.10 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP do Brasil (CAAE: 58609022.0.0000.5411 e Parecer nº 5.444.291). Foram assegurados aos participantes do estudo: o anonimato e o direito à recusa na participação, livre de qualquer dano, exposição ou constrangimento. A pesquisa atendeu a Resolução nº 510/2016 e Resolução nº 466/2012, que estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes adultos que aceitaram participar da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças preencheram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Os materiais coletados estão sob a responsabilidade da pesquisadora principal durante o prazo de cinco anos e após o qual será descartado.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

No total, 825 crianças foram elegíveis e seus pais foram convidados para uma reunião com os pesquisadores. Os pais que compareceram à reunião ($n = 792$) com os pesquisadores foram convidados a acessarem o instrumento de coleta de dados em domicílio. Destes, 59 foram excluídos por não preencherem todos os itens dos instrumentos, resultando em uma amostra de 733 crianças e seus responsáveis.

Entre as crianças, a média de idade foi de $8,7 \pm 1,87$ anos, sendo a maioria meninas 54,0% ($n = 396$). Das crianças, 7,4% ($n = 54$) apresentaram doenças crônicas ou deficiência, sendo asma/bronquite as mais comuns 3% ($n = 22$) (Tabela 1). Com base em uma pontuação CAQ ≥ 9 e uma pontuação >7 , a prevalência de ansiedade foi de 13,5% e 6,7%, respectivamente.

A idade média dos responsáveis foi de $34,2 \pm 6,8$ anos, sendo a maioria mães 84,0% ($n = 616$). Entre os pais, 48,7 % ($n = 357$) tinham pelo menos o ensino médio completo e 4,5% ($n = 33$) eram profissionais da saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e relacionadas à COVID-19 das crianças e seus responsáveis. Querência, MT, Brasil, 2022.

Variável	N	%
Sexo das crianças		
Feminino	396	54,0
Masculino	337	46,0
Idade média $\pm$ DP ^o (anos)	8,7 $\pm$ 1,87	
Escolas		
E.E. Querência	193	26,3
EMEB Alegria do Saber	317	43,2
EMEB Parque Imperial	180	24,6
CMEB Pequeno Príncipe	43	5,9
Tem doença crônica ou deficiência (sim)	54	7,4
Vacinação contra a COVID-19 ^s (sim)	278	37,9
Criança indígena (sim)	12	1,63
Pontuação CAQ ^t , mediana (faixa)	7,15 (4-12)	
Pontuação EVA [€] , mediana (faixa)	5,98 (0-10)	
Idade média dos Responsáveis $\pm$ DP (anos)	34,2 $\pm$ 6,8	
A renda diminuiu durante a pandemia (sim)	250	34,1
Refere ser profissional da saúde (sim)	33	4,5
Responsável		
Mãe	616	84,0
Pai	86	11,7
Outros	31	4,2
Nível da escolaridade dos responsáveis		
Pós-graduação	60	8,2
Graduação	135	18,4
Ensino Médio	357	48,7
Ensino Fundamental	181	24,7
Diagnóstico de Covid -19 na família (sim)	312	42,6
Falecimento por Covid-19 na família (sim)	44	6,0
Atividade de lazer ou social por conta da COVID-19 (sim)	62	8,45

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Legenda: ^scorona virus disease 2019; ^tChildren's Anxiety Questionnaire; [€]Escala Visual Analógica; ^oDesvio Padrão.

A Tabela 2 mostra a prevalência da ansiedade segundo o CAQ ≥ 9 e EVA > 7 nas diferentes idades.

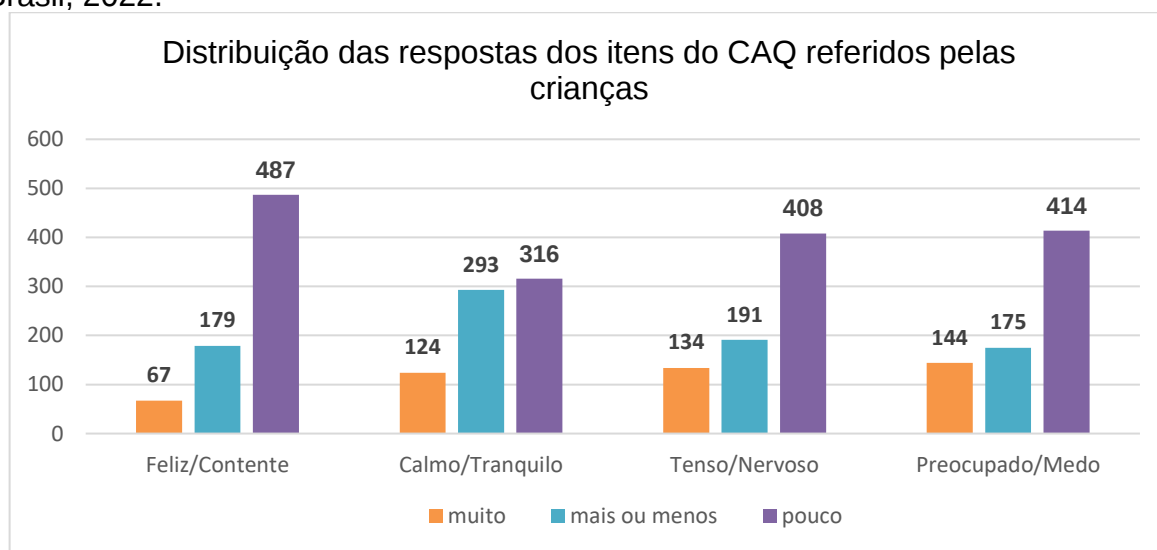
Tabela 2 - Prevalência da ansiedade (escore CAQ ≥ 9 ; escore EVA > 7) em criança por idade. Querência, MT, Brasil, 2022.

Idade da criança (anos)	Total (n)	CAQ escore ≥ 9	%	EVA escore > 7	%
6 anos	89	6	6,7	3	3,4
7 anos	148	21	14,2	7	4,7
8 anos	115	14	12,2	6	5,2
9 anos	125	14	11,2	6	4,8
10 anos	116	13	11,2	9	7,7
11 anos	74	10	13,5	5	6,7
12 anos	66	21	31,8	13	19,7
Total	733	99		49	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

O Gráfico 1 mostra os itens do CAQ segundo as respostas das crianças. Das crianças, 66,4% (n = 487) referiram pouco feliz e contente, 43,1% (n = 316) declararam pouco calmas e tranquilas, 18,3% (n = 134) estavam muito tensas e nervosas, 19,7% (n = 144) referiram muito preocupadas e com medo.

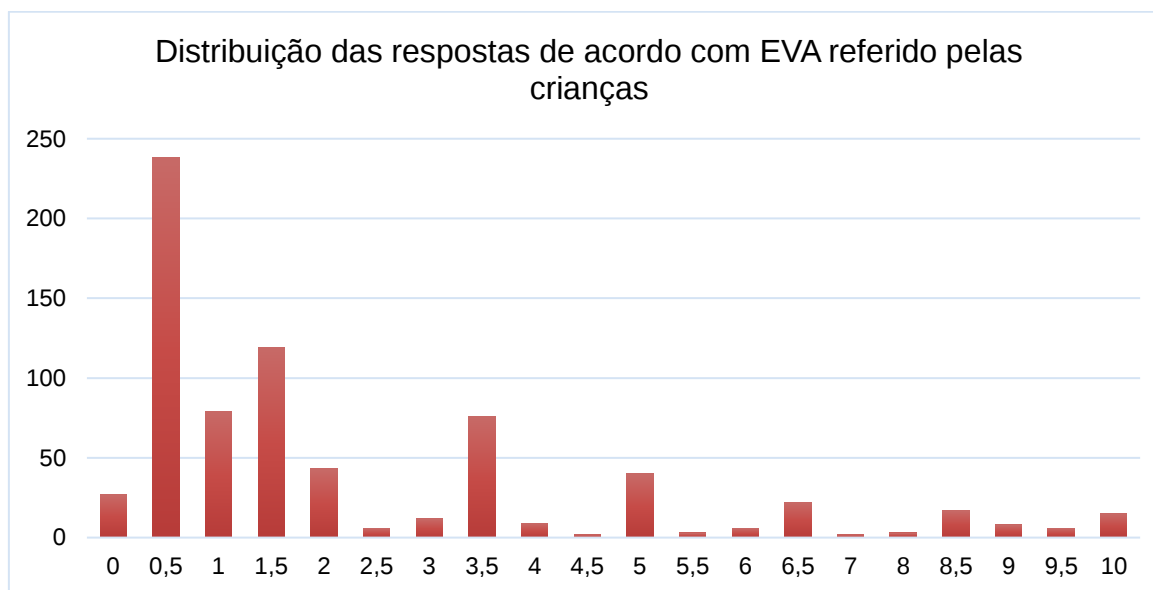
Gráfico 1 – Distribuição dos itens do CAQ referidos pelas crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022

O Gráfico 2, evidencia a distribuição das respostas das crianças de acordo com EVA. As respostas 0,5 e 1,5 ganham destaque, 32,47% (n = 238) e 16,23% (n = 119), respectivamente, ambas de acordo com o instrumento utilizado são consideradas ansiedade leve.

Gráfico 2 – Distribuição dos itens da EVA referidos pelas crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A Tabela 3 apresenta a prevalência de ansiedade segundo os instrumentos e sua associação com cada variável; as variáveis associadas aos escores CAQ ou EVA são mostradas em negrito. A prevalência de ansiedade foi maior para crianças de séries escolares mais avançadas em ambas as escalas (para CAQ, $p = 0,01$; para EVA, $p = 0,001$).

Tabela 3 - Análises bivariadas entre ansiedade (pontuação CAQ ≥ 9 ; pontuação EVA > 7) e as principais características da população. Querência, MT, Brasil, 2022.

	CAQ [†] (n=99/733)	%	¹ p	EVA [€] (n=49/733)	%	² p
Escolas						
E.E. Querência (n = 193)	36	18,7	0,104	24	12,4	0,003
EMEB Alegria do Saber (n = 317)	36	11,4		15	4,7	
EMEB Parque Imperial (n = 180)	21	11,7		9	5,0	
CMEB Pequeno Príncipe (n = 43)	6	14,0		1	2,3	
Séries						
Primeiro ano (n = 119)	12	10,1		3	2,5	

Segundo ano (n = 142)	17	12,0		8	5,6	
Terceiro ano (n = 99)	13	13,1		5	5,1	
Quarto ano (n = 90)	7	7,8	0,01	2	2,2	<0,001
Quinto ano (n = 164)	23	14,0		12	7,3	
Sexto ano (n = 65)	11	16,9		7	10,8	
Sétimo ano (n = 54)	16	29,6		12	22,2	
Relação familiar						
Mãe (n = 616)	83	13,5		39	6,3	
Pai (n = 86)	11	12,8	0,896	7	8,1	0,653
Outros (n = 31)	5	16,1		3	9,7	
Níveis de escolaridade dos pais						
Ensino Fundamental (n = 181)	33	18,2		17	9,4	
Ensino Médio (n = 357)	39	10,9	0,085	21	5,9	0,311
Ensino Superior (n = 135)	21	15,6		9	6,7	
Pós-graduação (n = 60)	6	10,0		2	3,3	
Profissão dos pais						
Profissionais da Saúde (n = 33)	4	12,1		2	6,1	
Outros (n = 617)	75	12,2		36	5,8	
Ausente (n = 79)	18	22,8	0,016	10	12,7	0,065
Desempregado (n = 4)	2	50,0		1	25,0	
Renda dos pais reduzida durante a pandemia						
Sim (n = 250)	42	16,8		17	6,8	
Não (n = 436)	48	11,0	0,052	29	6,7	0,394
Ausente (n = 47)	9	19,1		3	6,4	
Crianças indígenas						
Sim (n = 12)	1	8,3	0,84	1	8,3	1
Crianças que receberam vacinas contra a COVID-19 ^s						
Primeira dose (n = 114)	16	14,0		7	6,1	
Segunda dose (n = 164)	30	18,3	0,101	14	8,5	0,587
Não recebeu (n = 455)	53	11,6		28	6,2	
Doença crônica ou deficiência						
sim (n = 54)	6	11,1	0,587	1	1,9	0,166
Diagnóstico de COVID-19 entre familiares próximos						
Sim (n = 312)	46	14,7	0,399	18	5,8	0,393
Óbito por COVID-19 entre familiares próximos						
Sim (n = 43)	5	11,6	0,710	1	2,3	0,351
Atividades de lazer durante a pandemia						
Sim (n = 62)	7	11,3	0,594	5	8,1	0,790

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Legenda: ^scorona virus disease 2019; ^tChildren's Anxiety Questionnaire; ^eEscala Visual Analógica.

¹valor – p para comparação com CAQ; ²valor – p para comparação com EVA.

A idade das crianças foi diferente de acordo com a presença da ansiedade: para CAQ, $8,6 \pm 1,8$ vs $9,2 \pm 2,0$ anos para crianças sem e com ansiedade ($p = 0,007$), respectivamente. Para EVA, $8,7 \pm 1,8$ vs $9,8 \pm 2,2$ anos para crianças sem e com ansiedade ($p = < 0,001$), respectivamente (Figura 3).

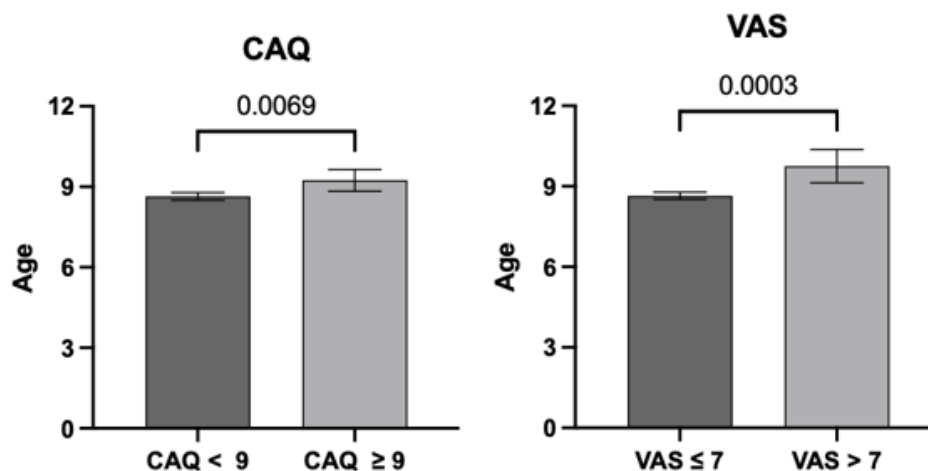


Figura 3 – Idade das crianças de acordo com a presença de ansiedade (CAQ ≥9 ou EVA >7). Querência, MT, Brasil, 2022.

A Tabela 4 destaca que a regressão logística binária dos escores CAQ mostrou que a cada ano adicional de idade das crianças, o risco de ansiedade (CAQ ≥9) aumentou em 10%. Além disso, para o CAQ, a redução da renda foi associada a maiores escores de ansiedade ($p = 0,022$). Na regressão logística para as pontuações EVA mostrou que a cada ano adicional de idade das crianças, o risco de ansiedade (EVA >7) aumentou em 30%.

Na análise multivariada, apenas a idade da criança permaneceu associada à ansiedade nos escores do CAQ e da EVA ($p = 0,005$ e $p < 0,001$), respectivamente.

Tabela 4 - Análise de regressão logística para ansiedade com base em pontuações do CAQ (≥ 9 vs. < 9) e com base pontuações EVA (> 7 vs. ≤ 7). Querência, MT, Brasil, 2022

Variável independente	CAQ [‡]			EVA [€]		
	OR ^π	95% IC [†]	p ¹	OR	95% IC	p ²
Idade das crianças	1,1	1,052–1,327	0,005	1,3	1,158–1,595	<0,001
Ensino Fundamental	Ref*	Ref		Ref	Ref	
Ensino Médio	0,6	0,372–1,057	0,080	0,7	0,362–1,450	0,080
Graduação	1,0	0,537–1,860	0,999	0,8	0,336–1,915	0,619
Pós-graduação	0,6	0,239–1,583	0,313	0,3	0,080–1,667	0,193
Desempregado	Ref	Ref		Ref	Ref	
Profissional da Saúde	0,1	0,019–1,741	0,139	0,3	0,019–4,776	0,397
Outras profissões	0,1	0,021–1,157	0,069	0,2	0,025–2,797	0,269
Sem renda Reduzida	Ref	Ref		Ref	Ref	
Redução da renda	1,7	1,082–2,718	0,022	1,0	0,570–2,047	0,812

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Legenda: ^πOdds ratio; [†]Intervalo de confiança; [‡]Children's Anxiety Questionnaire; ¹valor – p para comparação com CAQ; [€]Escala Visual Analógica; ²valor – p para comparação com EVA; *Referência

A Tabela 5 mostra a distribuição das respostas abertas das crianças seguindo os itens do CAQ. As crianças entrevistadas relataram as respostas de forma breve, sendo de fácil análise.

Considerando a pergunta “Conte-me o que te deixa feliz e alegre”, uma criança não respondeu e 687 motivos diferentes foram respondidos pelas crianças. Destacaram-se família/pai/mãe 32,5% (n = 223) e brincar 24,2% (n = 166).

A pergunta “Conte-me o que te deixa calmo(a) e tranquilo(a)”, quatro crianças não responderam e, entre as que responderam, obtiveram-se 765 diferentes motivos. Dormir e silêncio se destacaram 19,3% (n = 148). Família/mãe/pai 16,9% (n = 129), onde mãe e pai são citados por 70 crianças.

Observando a pergunta “Conte-me o que te deixa tenso(a) e nervoso(a)”, 20 crianças não responderam à pergunta e, entre as que responderam, obtiveram-se 641 motivos. As frustrações (provocação, irritação e dificuldade do não) ganharam destaque 29,0% (n = 186).

Para a pergunta “Conte-me o que te deixa preocupado(a) e com medo”, 10 crianças não responderam à pergunta e, entre as que responderam, obtiveram-se 703 diferentes motivos. Perder familiares e animais 22,9% (n = 161) e lugares escuros 10,7% (n = 75) foram os mais relatados pelas crianças.

Tabela 5 - Análise das respostas abertas das crianças. Querência, MT, Brasil, 2022.

Perguntas abertas	N	%
Conte-me o que te deixa feliz e alegre (n = 687)		
Família/mãe/pai	223	32,5
Brincar	166	24,2
Atividades de lazer (ler, ouvir músicas e desenhar)	105	15,3
Estar na escola	48	7,0
Alimentação	47	6,8
Estar com amigos	22	3,2
Eletroeletrônicos	15	2,2
Outros	61	8,9
Conte-me o que te deixa calmo (a) e tranquilo (a) (n = 765)		
Dormir/silêncio	148	19,3
Família/ mãe/pai	129	16,9
Eletroeletrônicos	117	15,3
Atividades de lazer (ler, ouvir músicas e desenhar)	104	13,6
Brincar	51	6,7
Alimentação	34	4,4
Afeto, amor	30	3,9
Ir à escola	19	2,5
Estar com amigos	18	2,4
Animais de estimação	17	2,2
Outros	98	12,8
Conte-me o que te deixa tenso (a) e nervoso (a) (n = 641)		
Frustrações (provocação, irritação e dificuldade do não)	186	29,0
Brigar com a criança	81	12,6
Meus irmãos	79	12,3
Trabalho de casa	54	8,4
Ficar sozinho	46	7,2
Doença/medicação	38	5,9
Trabalho escolar (apresentação)	17	2,7
Amigos	14	2,2
Ver animais perigosos	11	1,7
Outros	115	18,0
Conte-me o que te deixa preocupado (a) e com medo (n = 703)		
Perder família/pais/animais	161	22,9
Lugares escuros	75	10,7
Ficar doente/machucar	67	9,5
Ficar sozinho	66	9,4
Animais	48	6,8
Fazendo lição de casa	38	5,4
Recomendações dos meus pais	33	4,7
Frustrações (provocação, irritação e dificuldade do não)	28	4,0
Brigas	18	2,6
Outros	169	24,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este estudo fornece uma análise crítica sobre os sintomas de ansiedade entre os alunos durante o retorno ao ambiente escolar presencial nas escolas da pequena cidade do interior de Mato Grosso, após as aulas remotas durante a pandemia da COVID-19. Além disso, o uso de diversos métodos de coleta de dados, incluindo perguntas abertas, permite uma compreensão das experiências e sentimentos das crianças, oferecendo uma perspectiva diferenciada sobre o assunto. Para Sherlock, Blackwell e Kallen⁴⁰, utilizar escalas padronizadas em ambientes clínicos e escolares é um procedimento eficaz que auxilia na detecção de crianças em risco⁴⁰. Ademais, monitorar o nível de ansiedade causada pela COVID-19 nas crianças em idade escolar é uma preocupação crescente no mundo todo, logo pode afetar o seu desenvolvimento, o bem-estar e a qualidade de vida^{41,42}.

O presente estudo revelou diminuição das taxas de ansiedade quando comparado com estudos prévios conduzidos no Brasil^{24,25,43} e os resultados encontrados são semelhantes à prevalência de ansiedade relatada para crianças brasileiras (12,7%)⁴⁴. Após o início da pandemia da COVID-19 e com o retorno às aulas presenciais, a ansiedade referida pelas crianças nesse estudo foi de 13,5% e 6,7%, segundo os escores CAQ e EVA, respectivamente. Por outro lado, Avila, Hamamoto e Jacob²⁴ investigaram a prevalência de ansiedade entre 289 crianças no Brasil com idades entre 6 e 12 anos no início da pandemia e relataram taxas de ansiedade de 19,4% (n = 56) usando pontuações do CAQ e 21,8% (n = 63) usando a NRS²⁴. Em um estudo de acompanhamento um ano após o início da pandemia, incluindo 906 crianças com idades entre 6 e 12 anos, as taxas de ansiedade foram de 24,9% (n = 226) com base nas pontuações do CAQ e 34,9% (n = 316) usando as pontuações da NRS²⁵.

Outro estudo conduzido no Brasil, uma pesquisa longitudinal online incluiu 5.795 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos entre junho e novembro de 2020; os participantes foram acompanhados por avaliações a cada 15 dias até junho de 2021. As taxas de prevalência ponderadas de ansiedade, depressão e sintomas emocionais totais no início do estudo foram de 29,7%, 36,1% e 36%, respectivamente⁴³.

Embora esses estudos no Brasil tenham envolvido populações e metodologias um pouco diferentes, a ansiedade em crianças, neste estudo, foi claramente menor do que as estimativas anteriores. Essa redução pode ser atribuída ao melhor controle

da pandemia no Brasil, incluindo um declínio nas mortes relacionadas à COVID-19 e aumento nas taxas de vacinação, inclusive para crianças. Além disso, os questionários de ansiedade, neste estudo, foram preenchidos pessoalmente pelas próprias crianças, ao contrário de estudos anteriores em que as respostas foram coletadas online com o apoio dos pais. Pesquisas online têm várias limitações que podem ter influenciado nas descobertas anteriores.

No estudo atual e em dois estudos anteriores^{24,25}, a prevalência de ansiedade foi maior com base nas pontuações do CAQ do que com base nas pontuações do NRS ou EVA. Essas diferenças podem ser devidas às características dos instrumentos. O CAQ mede diferentes aspectos da ansiedade como vários estados emocionais, enquanto o NRS e a EVA focam nos níveis gerais de ansiedade.

A escala NRS é utilizada na prática clínica como uma ferramenta simples e para avaliar a intensidade da dor em crianças a partir de 8 anos de idade⁴⁵. As crianças expressam verbalmente a intensidade da dor em uma escala de 0 – 10, onde “0” ausência de dor e “10” dor máxima imaginável. É considerada de fácil administração e há boas evidências de sua validade de construção⁴⁶. No presente estudo utilizou a escala EVA, pois permite uma avaliação mais gradativa, as crianças têm mais oportunidade de expressar seus sentimentos, sendo nesse caso mais apropriado para uma coleta de dados presencial.

Não é possível concluir que a diminuição da prevalência de ansiedade infantil esteja relacionada somente ao retorno às aulas presenciais. No entanto, o fechamento de escolas durante a pandemia da COVID-19 teve implicações sociais significativas, além do impacto educacional primário, incluindo, notavelmente, o bem-estar psicológico e emocional dos alunos. Viner, Russell e Saulle²⁹ conduziram uma síntese narrativa de 36 estudos de 11 países durante a primeira onda da pandemia de COVID-19 (fevereiro–julho de 2020). Esses estudos, envolvendo 79.781 crianças e adolescentes e 18.028 pais, mostraram que o fechamento de escolas por curto prazo, como parte de medidas mais amplas de bloqueio social, teve efeitos adversos na saúde mental (incluindo aumento da ansiedade e sintomas depressivos) e comportamentos de saúde (por exemplo, a prática da atividade física) entre crianças e adolescentes²⁹.

Em uma revisão sistemática de 10 estudos avaliando o impacto do fechamento de escolas na saúde mental e física de crianças e adolescentes, Chaabane, Doraiswamy e Chaabna⁴⁷ descobriram que os fechamentos afetaram notavelmente

crianças com deficiência e aquelas de famílias de baixa renda, privando-as de serviços e recursos escolares essenciais. Além disso, a interrupção das rotinas diárias ligadas ao fechamento de escolas foi associada ao aumento do estresse e reações emocionais negativas entre as crianças. Permanência do fechamento de escolas e atividade física reduzida foram correlacionadas com aumento no índice de massa corporal e maior prevalência de obesidade infantil⁴⁷.

Para Panchal, Vaquerizo-Serrano e Conde-Ghigliazza²⁸, ainda que o encerramento das escolas fosse um controle eficaz da COVID-19, uma em cada sete crianças não conseguia acesso à internet, causando assim perturbações nas rotinas escolares e, conseqüentemente, danos psicológicos como o aumento da ansiedade, pois dificuldades sociais e econômicas podem complicar a aprendizagem à distância²⁸.

A prevalência de ansiedade no presente estudo foi maior do que a relatada em estudo realizado na Suécia²⁶. Em particular, 774 crianças suecas (6 – 14 anos) durante a primeira onda da pandemia de COVID-19, a prevalência de ansiedade (pontuações CAQ >9 ou pontuações NRS ≥7) foi de 2,5% e 2,7%, respectivamente. Essa diferença é notável, dado que as pré-escolas e escolas primárias na Suécia permaneceram abertas durante toda a pandemia, o que provavelmente ajudou a diminuir os efeitos adversos na educação, saúde mental e física. Foi demonstrado que frequentar a escola e participar de atividades de lazer com os colegas afetam substancialmente a saúde das crianças²⁶. Um estudo qualitativo durante a pandemia de COVID-19, no Reino Unido, revelou que as crianças experimentaram uma profunda sensação de perda de oportunidades e acharam a vida diária sem atividades de lazer monótona⁴⁸. Pesquisas sugerem que a ansiedade infantil pode aumentar o risco de depressão secundária e interromper o desenvolvimento social, emocional e acadêmico, levando potencialmente ao abuso de substâncias, suicídio, baixo desempenho educacional e comprometimento funcional⁴⁹.

Na pesquisa realizada por Panchal, Vaquerizo-Serrano e Conde-Ghigliazza²⁸, cujo objetivo foi analisar a prevalência de sintomas de ansiedade e a proporção de surgimento de transtornos de ansiedade presentes em crianças e adolescentes durante a pandemia COVID - 19, obtiveram-se 478.882 participantes, dos quais 52,3% eram do sexo feminino, com idade média de 13,4 anos. A taxa agrupada de crianças e adolescentes que preencheram critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade foi de 13,0% (IC 95% = 4,9 - 30,1); a prevalência agrupada de sintomas de ansiedade

foi de 26,5%; (IC 95% = 20,3 - 33,9). Os sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes evidenciaram-se na segunda onda do COVID-19, após julho de 2020 (41,1%, IC95% = 8,1 - 84,7, $k=3$, $n=8,6\%$) e o fechamento das escolas (17,8%, IC95% = 11,9 - 25,8, $k=10$, $n=31,3\%$). O sexo feminino ganha destaque por sofrer mudanças hormonais e por enfrentarem mais estressores interpessoais, como família, colegas e relacionamentos íntimos²⁸.

Este estudo identificou fatores importantes que contribuem para a ansiedade entre crianças em idade escolar, no Brasil, durante a pandemia de COVID-19. Análises usando os instrumentos CAQ e EVA revelaram que a idade está significativamente associada a níveis mais altos de ansiedade (ou seja, cada ano adicional de idade foi associado ao aumento da ansiedade). Ao utilizar CAQ ≥ 9 ($p < 0,001$), a idade das crianças foi associada a níveis mais altos de ansiedade. A prevalência de ansiedade foi maior para crianças de 12 anos com base em pontuações CAQ de ≥ 9 (39%, $n = 113$) e para crianças de 6 anos com base em pontuações EVA de >7 (63%, $n = 31$). As diferenças entre as idades também podem desempenhar um papel; crianças mais velhas podem ter uma melhor compreensão da pandemia e de suas experiências pessoais, levando a autorrelatos mais precisos de suas emoções. Mais pesquisas são necessárias para explorar essas diferenças e esclarecer com que precisão cada ferramenta mede a ansiedade.

Outro fator relacionado à ansiedade foi a redução da renda familiar 34,1% ($n = 250$) relatada pelos pais durante a pandemia. Portanto, fatores econômicos podem ter efeitos negativos de longo prazo nas crianças. Embora não tenhamos investigado a associação entre renda parental e ansiedade em crianças, a instabilidade econômica aumenta os níveis de ansiedade entre as crianças, conforme sugerido por pesquisas anteriores¹⁹.

Os resultados do presente estudo diferem de uma revisão sistemática que incluiu 40.807 crianças e adolescentes em estudos pré-COVID-19 e 33.682 em estudos durante a COVID-19. As mudanças nos sintomas de depressão foram mais significativas entre populações de renda média a alta (mudança média padronizada [SMC], 0,35; IC de 95%, 0,07 – 0,63) e em estudos na América do Norte (SMC, 0,25; IC de 95%, 0,15 – 0,36) e Europa (SMC, 0,35; IC de 95%, 0,17 – 0,53)⁵⁰.

Nesta pesquisa, foram utilizadas questões abertas que poderiam potencialmente melhorar nossa compreensão das experiências e sentimentos das crianças, oferecendo uma perspectiva diferenciada sobre o assunto. As declarações

das crianças indicaram preocupação e medo relacionados à possibilidade de morte de familiares, pais e animais de estimação, bem como doenças em geral durante a pandemia da COVID-19. Por outro lado, as crianças citaram os pais e a família como sendo responsável por mantê-los felizes e calmos. Portanto, a importância da família é evidente, principalmente durante situações críticas ou extremas, como uma pandemia^{24,48}.

Perante a questão “Conte-me o que te deixa feliz e alegre”, as crianças responderam 32,5% (n = 223) a família/mãe/pai e 24,2% (n = 166) brincar. Segundo Bispo, Bispo e Briones Salazar⁵¹, por meio da brincadeira, a criança aumenta a interação com as pessoas melhorando a forma de lidar com suas expectativas e frustrações⁵¹. Resultados do estudo de Cabana, Pedra e Ciruzzi⁵² corroboram com os nossos resultados, pois crianças expressaram pontos positivos como estar com os pais e irmãos⁵², em contrapartida na revisão sistemática realizada por Panchal, Vaquerizo-Serrano e Conde-Ghigliazza²⁸, constataram que crianças com relacionamento ruim com os pais antes da pandemia são vulneráveis a uma exacerbação de conflitos em casa²⁸.

Na questão “Conte-me o que te deixa calmo (a) e tranquilo (a)”, das 765 respostas, 19,3% (n = 148) relataram dormir/silêncio e 16,9% (n = 129) família/pai/mãe. No estudo conduzido por Souza, Potrich e Brum⁵³ com o propósito compreender as repercussões da COVID-19 na perspectiva das crianças em idade escolar, resultou que as primeiras percepções positivas que a pandemia proporcionou relatadas pelas crianças foi a união da família, mais tempo juntos e a presença dos pais, principalmente da figura paterna, que ensina a autoconfiança para as crianças ansiosas^{53,54}.

Na literatura há uma escassez de estudos relacionados com “o dormir” como bem-estar para as crianças, de outro modo encontram-se estudos relacionados com o padrão de sono alterado. A qualidade do sono é reconhecida como um indicador de saúde e fatores ambientais e sociais podem afetá-la, nesse caso a pandemia COVID-19, evento mundial mais recente⁵⁵. No estudo de Jiao, Wang e Liu⁵⁶ que teve como objetivo investigar as respostas comportamentais e emocionais das crianças às epidemias atuais, o padrão do sono alterado nas crianças acarretou efeitos indesejados como crianças mais angustiadas, desatentas e que toleram menos a frustração. Para amenizar esses efeitos indesejados, o estudo propõe métodos de higiene do sono e relaxamento, proporcionando, assim, redução do estresse e

pensamentos positivos⁵⁶.

Para a questão “Conte-me o que te deixa tenso (a) e nervoso (a)”, (n = 186) 29,0% relataram a frustração (provocação, irritação e dificuldade do não). No estudo de Silva, Costa e Santos⁵⁷ que teve como objetivo apreender as repercussões da pandemia da COVID-19 no desenvolvimento infantil e nas ações de visitantes do Programa Criança Feliz, mostrou que a frustração, o medo, o desânimo, a retração e a agressividade foram os sentimentos negativos relatados pelas crianças e que também fazem parte do cotidiano materno, portanto se faz necessário um olhar diferenciado às famílias para que futuramente não venha a desencadear algum distúrbio a médio ou a longo prazo⁵⁷.

Para Dellazzana-Zanon, Leite e Jezus⁵⁸, crianças e adolescentes que permanecem por horas em frente às telas para assistir ao ensino à distância, causam sentimento de frustração e aversão pelas aulas remotas⁵⁸.

Neste estudo, na questão “Conte-me o que te deixa preocupado (a) e com medo”, das 703 respostas (n = 161) 22,9% das crianças responderam medo de perderem a família/pais/animais e (n = 75) 10,7% lugares escuros. O medo é considerado um mecanismo de defesa animal adaptável que é necessário para a sobrevivência⁵⁹. Em uma pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas nas pessoas com transtornos psiquiátricos pré-existent⁶⁰.

Estudos mostram que os fatores de estresse associados ao medo favorecido pela perda de familiares podem causar sofrimento mental imediato ou a longo prazo e acarretar insegurança nas crianças, causando transtornos de humor mais graves na vida adulta^{6,8}.

Para uma boa saúde mental, a OMS recomenda manter a rotina familiar, conversar de forma aberta e honesta com os filhos sobre a COVID-19, utilizar linguagem acessível conforme a idade das crianças, mostrar para a criança que é possível aprender em casa, reservar tempo para brincar com os filhos e ajudar os filhos a encontrarem maneiras de expor os sentimentos como o medo e a tristeza⁶¹.

Por fim, completando 5 anos do início da pandemia, as políticas públicas devem priorizar ações de longo prazo para reduzir a ansiedade na infância e adolescência, pois muitas crianças afetadas pela pandemia agora são ou serão adolescentes com necessidades específicas. Além disso, diferentes faixas etárias podem ter diferentes comportamentos e necessidades de saúde⁶².

Para lidar com os problemas de saúde mental das crianças relacionados à pandemia COVID-19, Liu, Bao e Huang⁶³ enfatizam a necessidade de profissionais de saúde mental estabelecerem diretrizes baseadas em evidências, estratégias operacionais mais simples, a fim de promover ações transformadoras tanto para as famílias quanto para as crianças, melhorando o empoderamento e a qualidade de vida⁶³.

Os profissionais de saúde mental são essenciais, formando um elemento significativo para executar intervenções de saúde pública precoce, principalmente neste cenário, onde a saúde mental das crianças sofreu grande impacto. Desse modo, possuem contribuições relevantes como propagação das informações até no auxílio às crianças vulneráveis^{64,65}.

Em conjunto com o governo, os profissionais de saúde mental devem realizar ações e estratégias que minimizem esses transtornos nas crianças, como: realizar treinamentos sobre saúde mental para professores e outros profissionais que atendam crianças; realizar check-ups de saúde mental; treinamento on-line de saúde mental; criar programas voluntários dentro da comunidade para auxiliar a busca de crianças fragilizadas; utilizar questionários on-line e intervenções comportamentais focadas em curto prazo, a fim de que a saúde mental das crianças e adolescentes possa permanecer protegida⁶⁵.

Finalmente, os enfermeiros escolares desempenham um papel crítico em diferentes atividades, inclusive durante emergências de saúde pública em ambientes escolares. No entanto, esse papel precisa ser melhorado no cenário brasileiro⁶².

Este estudo apresenta características metodológicas e contextuais que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A pesquisa foi conduzida em uma cidade de pequeno porte no interior do Brasil, o que não compromete a validade interna dos achados, mas restringe sua generalização para outras regiões do país, que apresentam realidades socioculturais e estruturais distintas. Essa delimitação territorial deve ser compreendida como inerente à proposta do estudo e coerente com seu objetivo exploratório.

Além disso, as respostas fornecidas pelas crianças às perguntas abertas foram, em sua maioria, curtas e objetivas, o que é esperado dada a faixa etária dos participantes e a natureza do instrumento utilizado. Tal característica não configura uma limitação do método, mas sim um aspecto natural da comunicação infantil, que

impõe desafios à análise qualitativa aprofundada, porém não compromete sua relevância descritiva e interpretativa no contexto investigado.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A prevalência de ansiedade entre escolares que retornaram às aulas presenciais durante a pandemia de COVID-19 foi de 13,5% (n = 99) e 6,7% (n = 49), segundo o CAQ e a EVA, respectivamente. A prevalência de ansiedade aumentou a cada ano de idade da criança. Esses achados mostraram uma prevalência menor de ansiedade após 2 anos do que aquelas relatadas no início e 1 ano após a pandemia de COVID-19, o que enfatiza ainda mais a necessidade de intervenções de saúde pública direcionadas a diferentes faixas etárias.

As declarações das crianças nas questões abertas indicaram preocupação e medo relacionados à possibilidade de mortes de familiares e de animais de estimação. No entanto, permanecer com seus familiares em situações críticas, como a pandemia COVID-19 pode contribuir para que as crianças permanecessem mais felizes e calmas.

Embora este estudo não ofereça conclusões definitivas, ele fornece insights valiosos sobre o impacto da COVID-19 em crianças em idade escolar de uma pequena cidade brasileira. Para a prevenção precoce de transtornos de saúde mental, a equipe escolar e os profissionais de saúde devem aumentar a conscientização sobre os sentimentos de ansiedade das crianças por meio de ações baseadas na família e na comunidade.

Além disso, novos estudos devem investigar diferenças na saúde emocional entre crianças que vivenciaram diferentes contextos escolares durante a pandemia como o ensino remoto vs. ensino presencial e como essas vivências influenciam o desempenho escolar e os vínculos afetivos após o período pandêmico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. Brasil: OMS; 2023.
2. World Health Organization. Numbers at a glance. Geneva: WHO; 2025.
3. World Health Organization. COVID-19 epidemiological update. Geneva: WHO; 2024.
4. Guillard R, Klokner SGM, Knapik J, Croce-Carlotto PA, Ródio-Trevisan KR, Zimath SC, et al. Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00186169. doi: 10.1590/1981-7746-ojs00186.
5. Goldschmidt K. The COVID-19 pandemic: technology use to support the wellbeing of children. *J Pediatr Nurs*. 2020;53:88-90. doi: 10.1016/j.pedn.2020.04.013.
6. Danese A, Smith P, Chitsabesan P, Dubicka B. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *Br J Psychiatry*. 2020;216(3):159-62. doi: 10.1192/bjp.2019.244.
7. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*. 2020;72(3):226-35. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05887-9.
8. Romanzini AV, Botton LTJ, Vivian AG. Repercussões da pandemia da Covid-19 em crianças do Ensino Fundamental. *Saude Debate*. 2022;46(5 Spec No):148-63. doi: 10.1590/0103-11042022e513.
9. Pereira HVFS, Santos SP, Amâncio APRL, Oliveira-Szejnfeld PS, Flor EO, Tavares JS, et al. Neurological outcomes of congenital Zika syndrome in toddlers and preschoolers: a case series. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):378-87. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30041-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos>
11. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3a ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2019.

12. Essau CA. Anxiety in children: when is it classed as a disorder that should be treated? Expert Review of Neurotherapeutics. 2007;7(8):909-11. doi: 10.1586/14737175.7.8.909.
13. Graeff FG. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29 Supl 1:s3-6. doi: 10.1590/S1516-44462007000500002.
14. Santos UCL, Lima ACS, Macedo JN, Biazussi HM. Vulnerabilidade psicológica e transtorno de ansiedade generalizada: do diagnóstico ao tratamento de ansiedade generalizada. Facit Bus Tech J. 2020;16(2):104-17.
15. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. J Anxiety Disord. 2020;71:102211. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102211.
16. Silva FCT, Rolim Neto ML. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry. 2021;104:110057. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110057.
17. Martins CKA, Silva CD, Araújo JS, Silva ATP. A ansiedade e suas complicações pós pandemia da COVID-19. Res Soc Dev. 2023;12(12):e36121243834. doi: 10.33448/rsd-v12i12.43834.
18. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. JAMA Pediatrics. 2021;175(11):1142-50. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
19. Deng J, Zhou F, Hou W, Heybati K, Lohit S, Abbas U, et al. Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 2023;1520(1):53-73. doi: 10.1111/nyas.14947.
20. Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM, Fegert JM, Bujard M. Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022;16(1):109. doi: 10.1186/s13034-022-00546-y.

21. Chen S, Cheng Z, Wu J. Risk factors for adolescents' mental health during the COVID-19 pandemic: A comparison between Wuhan and other urban areas in China. *Glob Health*. 2020;16(1):96. doi: 10.1186/s12992-020-00627-7.
22. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):397-404. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X.
23. Paiva ED, Silva LR, Machado MED, Aguiar RCB, Garcia KRS, Acioly PGM. Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2021;74 Suppl 1:e20200762. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0762.
24. Avila MAG, Hamamoto Filho PT, Jacob FLS, Alcantara LRS, Berghammer M, Nolbris MJ, et al. Children's anxiety and factors related to the covid-19 pandemic: An exploratory study using the children's anxiety questionnaire and the numerical rating scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5757. doi: 10.3390/ijerph17165757.
25. Avila MAG, Amorin TJ, Hamamoto Filho PT, Almeida GMF, Olaya-Contreras P, Berghammer M, et al. Anxiety among children a year after the onset of the COVID-19 pandemic: a Brazilian cross-sectional online survey. *Front Public Health*. 2024;12:1-8. doi: 10.3389/fpubh.2024.1372853.
26. Nolbris MJ, Ragnarsson S, Brorsson AL, Avila MG, Forsner M, Kull I, et al. Young children's voices in an unlocked Sweden during the COVID-19 pandemic. *Scand J Public Health*. 2022;50(6):693-702. doi: 10.1177/14034948221108250.
27. Chen S, Huang W, Zhang M, Song V, Zhao C, Sun H, Wang Y, Wang J, Sun Y, Zhou L, Zhu V, Wang H, Xu Z, Bai Y, Chang C. Dynamic changes and future trend predictions of the global burden of anxiety disorders: analysis of 204 countries and regions from 1990 to 2021 and the impact of the covid-19 pandemic. *E Clinical Medicine*. (2024) 79: 103014. Doi: org/10. 1016/j.eclinm.2024. 103014.
28. Panchal U, Vaquerizo-Serrano JD, Conde-Ghigliazza I, Genç HA, Marchini S, Pociute K, et al. Anxiety symptoms and disorders during the COVID-19 pandemic in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psych*. 2023;37(4):100218. doi: 10.1016/j.ejpsy.2023.06.003.

29. Viner R, Russell S, Saulle R, Croker H, Stansfield C, Packer J, et al. School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 Wave. *JAMA Pediatrics*. 2022;176(4):400. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5840.
30. Pustake M, Mane S, Ganiyani MA, Mukherjee S, Sayed M, Mithbavkar V, et al. Have the COVID-19 pandemic and lockdown affected children's mental health in the long term? A repeated cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(7): e058609. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058609.
31. Uprichard E. Sampling: bridging probability and non-probability designs. *Int J Soc Res Methodol*. 2011;16(1):1-11. doi: 10.1080/13645579.2011.633391.
32. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65. doi: 10.1590/S0034-89102010000300021.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade e Estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 10 Mar 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/querencia.html>
34. Justen A. Dados diários mais recentes do coronavírus por município brasileiro. 9 abril 2020. [citado 12 mai 2025]. *Blog.brasil.io* [internet]. Rio de Janeiro : Secretarias Estaduais de Saúde. 2020. Disponível em : <https://brasil.io/covid19/>
35. Nilsson S, Buchholz M, Thunberg G. Assessing children's anxiety using the modified short state-trait anxiety inventory and talking mats: a pilot study. *Nurs Res Pract*. 2012;1:1-7. doi: 10.1155/2012/932570.
36. Nilsson S, Holstensson J, Johansson C, Thunberg G. Children's perceptions of pictures intended to measure anxiety during hospitalization. *J. Pediatr. Nurs*. 2019;44:63-73. doi: 10.1016/j.pedn.2018.10.015.
37. Rodrigues JRG. Adaptação transcultural e validação do children's anxiety questionnaire para o Brasil [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2023.
38. Enumo SRF, Linhares MBM. Contributions of psychology in the context of the COVID-19 pandemic: Thematic section. *Estud Psicol (Campinas)*. 2020;37:e200110. doi: 10.1590/1982-0275202037200110e.

39. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*. 2000;90(3):706-12. doi: 10.1097/00000539-200003000-00036.
40. Sherlock P, Blackwell CK, Kallen MA, Lai J-S, Cella D, Krogh-Jespersen S, et al. Measuring PROMIS® emotional distress in early childhood. *J Pediatr Psychol*. 2022;47(5):547-58. doi: 10.1093/jpepsy/jsac029.
41. Arango C, Dragioti E, Solmi M, Cortese S, Domschke K, Murray RM, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. 2021;20(3):417-36. doi: 10.1002/wps.20894.
42. Moog NK, Cummings PD, Jackson KL, Aschner JL, Barrett ES, Bastain TM, et al. Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: a retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2023;8(3):e226-37. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00025-7.
43. Zuccolo PF, Casella CB, Fatori D, Shephard E, Sugaya L, Gurgel W, Farhat LC, Argeu A, Teixeira M, Otoch L, Polanczyk GV. Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. (2023) 32(6):1083–95. doi: 10.1007/s00787-022-02006-6.
44. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):11-7. doi: 10.1590/S1516-44462007000100006.
45. Pagé MG, Katz J, Stinson J, Isaac L, Martin-Pichora AL, Campbell F. Validation of the numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: sensitivity to change over time. *J Pain*. 2012;13(4):359-69. doi: 10.1016/j.jpain.2011.12.010.
46. Ruskin D, Lalloo C, Amaria K, Stinson JN, Kewley E, Campbell F, et al. Assessing pain intensity in children with chronic pain: convergent and discriminant validity of the 0 to 10 numerical rating scale in clinical practice. *Pain Res Manag*. 2014;19(3):141-8. doi: 10.1155/2014/856513.
47. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. The impact of

covid-19 school closure on child and adolescent health: A rapid systematic review. *Children*. 2021;8(5):415. doi: 10.3390/children8050415.

48. Bray L, Blake L, Protheroe J, Nafria B, Avila MAG, Ångström-Brännström C, et al. Children's pictures of COVID-19 and measures to mitigate its spread: An international qualitative study. *Health Educ J*. 2021;80(7):811-32. doi: 10.1177/00178969211019459.

49. Viswanathan M, Wallace IF, Middleton JC, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for anxiety in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2022;328(14):1445-55. doi: 10.1001/jama.2022.16303.

50. Madigan S, Racine N, Vaillancourt T, Korczak DJ, Hewitt JMA, Pador P, et al. Changes in Depression and Anxiety among Children and Adolescents from before to during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023;177(6):567-81. doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.0846.

51. Bispo CCL, Bispo LB, Briones Salazar OL. Inventário dos jogos e brincadeiras: a manifestação da cultura lúdica infantil. *Diversitas J*. 2020;5(1):500-22. doi: 10.17648/diversitas-journal-v5i1-1040.

52. Cabana JL, Pedra CR, Ciruzzi MS, Garategaray MG, Cutri AM, Lorenzo C. Perceptions and feelings of Argentine children regarding the COVID-19 quarantine. *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(4):107-22. doi: 10.5546/AAP.2021.S107.

53. Souza JB, Potrich T, Brum CN, Heidemann ITSB, Zuge SS, Lago AL. Repercussions of the COVID-19 pandemic from the childrens' perspective. *Aquichan*. 2020;20(4):1-11. doi: 10.5294/aqui.2020.20.4.2.

54. Bögels S, Stevens J, Majdandžić M. Parenting and social anxiety: fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(5):599-606. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02345.x.

55. Bilar JA, Bulhões CSG, Sette GCS, Perrelli JGA, Soares AKF, Lima APE. Saúde mental de crianças na pandemia da COVID-19. *REME Rev Min Enferm*. 2022;26:e-1450. doi: 10.35699/2316-9389.2022.37693.

56. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J*

Pediatr. 2020;221:264-266.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013.

57. Silva LCL, Costa PA, Santos AAS, Nogueira MF, Reichert APS, Santos NCCB. Repercussões da pandemia no desenvolvimento infantil e nas ações dos visitantes do Programa Criança Feliz. Esc Anna Nery. 2023;27: e20230022. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2023-0022pt.

58. Dellazzana-Zanon LL, Leite JPC, Jezus MJC, Silva CHF, Zanon C. Efeitos psicológicos do distanciamento social causado pela pandemia da COVID-19 (coronavírus) ao longo do ciclo vital. Estud Psicol (Natal). 2024;25(2):188-98. doi: 10.22491/1678-4669.20200019.

59. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias. Learn Mem. 2017;24(9):462-71. doi: 10.1101/lm.044115.116.

60. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci. 2020;74(4):281-2. doi: 10.1111/pcn.12988.

61. World Health Organization. Looking after our mental health. Geneva: WHO; 2020.

62. Dickson E, Crawford L, Sparks R, Ciblis A. "This Has Changed Everything": The Impact of the COVID-19 Pandemic on School Nursing Practice in New Mexico. J Sch Nurs. 2023;41(2):201-12. doi: 10.1177/10598405231218532.

63. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(5):347-9. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30096-1.

64. Kumar A, Nayar KR, Bhat Id. Debate: COVID-19 and children in India. Child and Adolescent Mental Health. 2020; 25(3): 165-6. doi: 10.11111/camh.12398.

65. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. Psychiatry Research. 2020; 293: 113429. doi: 10.106/j.psychres.2020.113429.

APÊNDICE

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).
RESOLUÇÃO 466/2012**

CONVIDO, o Senhor (a) _____
juntamente com seu filho(a) _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **“Ansiedade infantil no segundo ano da Pandemia COVID-19: um estudo exploratório”**, que será desenvolvido e coordenado por mim, Patrícia Ap. Francelino Crepalde, sob a supervisão da minha orientadora Dra. Marla Andréia Garcia de Ávila, Professora da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP que fica no estado de São Paulo. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) pois é o pai, mãe ou responsável por uma criança que está em idade escolar em Querência. Estamos estudando a ansiedade em crianças no segundo ano da Pandemia de COVID-19. Para que eu possa ter um resultado nesse momento preciso da sua participação: será entregue aqui na escola o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para você, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para seu filho (a) e o instrumento de coleta de dados para os pais. Os mesmos poderão ser levados para a casa para que possa pensar se deseja participar. O Senhor deverá ler o TCLE e após a leitura, se concordar, deverá assinar o documento. Após, deverá perguntar se a criança deseja participar. Se ela souber ler ela irá ler e assinar o TALE. O questionário dos pais poderá ser preenchido em casa. Você deverá demorar de 10 a 15 minutos para responder o questionário. O questionário da criança será respondido pela própria criança, em sala de aula da escola, com a enfermeira da pesquisa e a diretora da criança. Ele contém um instrumento que pergunta se a criança está: feliz e alegre, calmo e tranquilo, tenso e nervoso, preocupado e com medo. Também haverá um instrumento que fala da ansiedade em que o 0 equivale a “calma” e 10 significa “muito ansioso”. O benefício em participar será avaliar como as crianças estão no segundo ano de Pandemia COVID – 19 e, futuramente, ajudar na realização de ações para ajudar as crianças. Fique ciente de que sua participação e de seu filho neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no estudo. Caso você e seu filho tenha alguma dúvida em relação às informações recebidas, nós iremos esclarecer todas as suas dúvidas. Este TCLE será elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas. Querência, ____/____/____



Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Patrícia Aparecida Francelino Crepalde e-mail: patyfrancelino@hotmail.com

Endereço: Rua Projetada C, Quadra 23 Lote 18, Nova Querência Telefone: 14 98162-3700

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) - RESOLUÇÃO 510/2016

Olá! Tudo bem com você? Nós esperamos que sim! Eu sou a enfermeira e discente do doutorado Patrícia Aparecida Francelino Crepalde, da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP, responsável pelo estudo. O nosso estudo tem esse nome **“Ansiedade infantil após segundo ano da pandemia COVID-19: um estudo exploratório”**. Nós gostaríamos de saber o que você está se sentindo pois já faz dois anos que começou a pandemia COVID-19. Se você concordar em participar você irá:

- 1- Ver quatro desenhos de carinhas (uma feliz, uma calma, uma tensa e outra com medo) e irá responder o quanto se sente feliz, calma, tranquila ou medo. Vai demorar 1 a 2 minutos

 Feliz / Alegre	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Calmo / Tranquilo	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Tenso / Nervoso	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Preocupado / Medo	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito

- 2- Você poderá nos contar o que te deixa feliz e alegre, calmo e tranquilo, tenso e nervoso e preocupado e com medo.
- 3- Você verá uma régua de 0 a 10 e mostrará com qual carinha parece mais com o que está sentido.



Se você participar do estudo será muito bom pois poderemos ajudar as crianças que estão tristes e as que estão felizes também. E tudo que está acontecendo é muito diferente para todas as pessoas (adultos e crianças) e nós sabemos podem existir coisas boas e algumas que não são boas. Se você não quiser participar ou se começar a participar e quiser parar, não terá problema nenhum. Nós vamos tirar todas as suas

dúvidas que tiver se participar e iremos tirar as dúvidas mesmo que não queira participar. As crianças estão ajudando muito a evitar essa doença do coronavírus e nós agradecemos você por isso. Este documento que você está lendo se chama Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e será realizado em 2 cópias iguais. Uma cópia será entregue para você e seu pai ou mãe e a outra cópia irei guardar comigo por 5 anos. Qualquer dúvida seu pai ou mãe poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos. O seu nome não será mostrado para ninguém e somente as suas respostas poderão ser apresentadas em trabalhos realizados na Faculdade.

Agora você pode escolher: CONCORDO () ou NÃO CONCORDO () em participar.

Pesquisadora Responsável:

Nome: Patrícia Ap. Francelino Crepalde e-mail: patyfrancelino@hotmail.com.br

End: Rua Projetada C, Quadra 23 Lote 18, casa 2 Tel: 14 98162-3700

Obrigada pela sua contribuição!

APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E RELACIONADA À COVID -19 DAS CRIANÇAS E SEUS RESPONSÁVEIS

Qual sua relação com a criança

() Pai () Mãe () Outro

Sexo

() Fem () Masc () Outro

Idade: ____ anos

Escolaridade

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Superior

() Pós-graduação

Profissão: _____

Houve redução salarial durante a pandemia

() Sim () Não

Sexo da Criança

() Fem () Masc () Outro

Idade da criança: _____ anos

A criança é indígena

() Sim () Não

A criança recebeu a vacina COVID-19

() 1 dose () 2 doses () Não recebeu

A criança tem alguma doença crônica

() Sim Qual: _____ () Não

Tem ou teve diagnóstico confirmado de COVID-19 em algum membro da família na residência

() Sim () Não

Houve falecimento de COVID-19 em algum membro da família na residência

() Sim () Não

A criança tem alguma atividade de lazer ou social por conta da COVID-19

() Sim Qual _____ () Não

APÊNDICE D – INSTRUMENTO COM QUESTÕES SOBRE CAQ E EVA

1. Assinale o quanto está feliz, calmo (a), tenso (a) e preocupado (a).

 Feliz / Alegre	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Calmo / Tranquilo	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Tenso / Nervoso	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito
 Preocupado / Medo	 Um Pouco	 Mais ou Menos	 Muito

O que te deixa feliz e alegre?

O que te deixa calmo (a) e tranquilo (a)?

O que te deixa tenso (a) e nervoso (a)?

O que te deixa preocupado (a) e com medo?

2. Assinale a carinha que mais parece com o que você está sentindo.

LEVE			MODERADA				INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										

ANEXO

ANEXO A – ANUÊNCIA DA ESCOLA ESTADUAL DE QUERÊNCIA/MT



ESCOLA ESTADUAL DE QUERÊNCIA
Criação nº 697 de 03/05/1988
Credenciamento 416/2009-CEE/MT D.O 10/12/2009
Atualização 417/2019-CEE/MT D.O 01/01/2020 Vigência 31/12/2021
RUA VERÔNICA J. FONTANA nº 166 SETOR D
CEP 78243-000 QUERÊNCIA - MT
Fone: (65) 3525-1216
Email: eecq.querencia@educacao.mt.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: “Ansiedade infantil no segundo ano da Pandemia de COVID-19”, a ser conduzido pela pesquisadora Enf Patrícia Aparecida Francelino Crepalde e sob a orientação do Prof.(a) Dr.(a) Marla Andreia Garcia de Ávila, junto a esta Instituição, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

Querência, 05 de Abril de 2022.

Paula Regina Rezende Gonçalves
Diretora da Escola Estadual de Querência
Paula R. Rezende Gonçalves
CPF: 017.708.721-83
Diretor Escolar
EE Querência

Digitalizado com CamScanner

ANEXO B – ANUÊNCIA DAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE QUERÊNCIA/MT

Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUERÊNCIA
CNPJ 37.465.002/0001-66



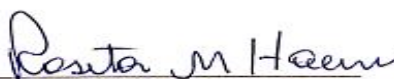
Secretaria Municipal de
Educação, Desporto, Lazer e Cultura

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: “Ansiedade infantil no segundo ano da Pandemia de COVID-19”, a ser conduzido pela pesquisadora Enf. Patrícia Aparecida Francelino Crepalde e sob a orientação do Prof.(a) Dr.(a) Marla Andreia Garcia de Ávila, junto a esta Instituição, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

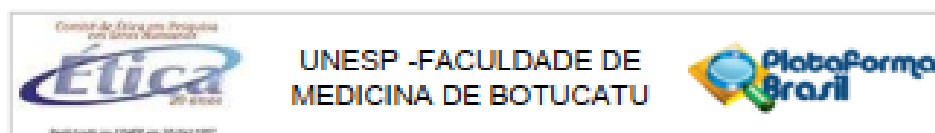
Querência, 07 de março de 2022.


Rosita Maria Hahn
Secretária Municipal de Educação
Port. Nº 008/2021

Rua Itelvino Trevisol, nº128 Setor C – Fone/Fax: (066)3529 1710/3529-2046
CEP 78.643.000 Querência – MT email: educacao@querencia.mt.gov.br

Digitizado com CamScanner

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE INFANTIL APÓS SEGUNDO ANO DA PANDEMIA COVID-19: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Pesquisador: Patrícia Aparecida Francelino Crepalde

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58609022.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.444.291

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Trata-se de um estudo transversal cujo objetivo é verificar a prevalência de ansiedade em crianças em idade escolar e seus fatores associados dois anos após o início da pandemia de COVID-19. Para isso será usado o instrumento Children's Anxiety Questionnaire (CAQ) e o Numerical Rating Scale (NRS), cuja a coleta de dados será realizada em três escolas municipais e uma escola estadual da cidade de Querência. Querência é um município do estado do Mato Grosso. A pesquisa terá início após a aprovação do Comitê de Ética, e está prevista para agosto a dezembro de 2022. População de Estudo são Crianças e pais ou responsáveis. Serão realizadas visitas às classes para a realização da coleta de dados com as crianças. Os estudantes com autorização para participar da pesquisa ficarão em uma sala de aula com a pesquisadora principal e diretor da escola para responderem o CAQ, NRS e perguntas abertas. A pesquisadora irá orientar as crianças que responderão ao instrumento de coleta de dados de forma independente podendo receber ajuda da pesquisadora para escrever.

Verificar a prevalência de ansiedade em crianças em idade escolar e seus fatores associados dois anos após o início da pandemia de COVID-19.

Tamanho da Amostra no Brasil: 900

Endereço: Chácara Guignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

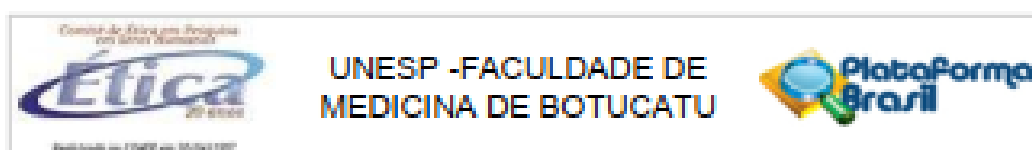
CEP: 18.018-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (15)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5444.091

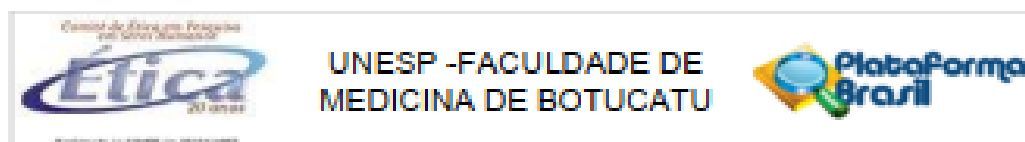
Critérios de elegibilidade adequados.

INTRODUÇÃO:

A pandemia de coronavírus 2019 ou COVID-19 assim denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), anunciada em março de 2020, completando seu segundo ano é um problema que afeta pessoas em todo o mundo¹, vem causando um impacto global na sociedade sobretudo na saúde e na economia.² O distanciamento social foi proposto visando evitar a propagação do vírus e a consequente sobrecarga dos serviços de saúde e aumento da taxa de letalidade e mortalidade em decorrência dos agravamentos da doença.³ O distanciamento social, o uso do álcool em gel e uso de máscara facial foram medidas de proteção que afetaram a vida familiar, individual e coletiva.^{4,5,6} Pessoas infectadas pelo vírus apresenta doença respiratória leve a moderada, já os idosos e pessoas com condições crônicas têm maior probabilidade de desenvolver a forma grave da doença. Em crianças e adolescentes os sintomas são mais leves, como febre e tosse seca, no entanto, há poucos dados disponíveis nessa faixa etária de Covid -19.⁷ A sociedade vem sofrendo inúmeras alterações e nem todas estão conseguindo lidar com essas mudanças. O isolamento e/ou distanciamento social recomendado pelas autoridades de saúde embora seja a melhor estratégia de prevenção da contaminação da doença trouxe também ansiedade⁸. Ansiedade esta, que acometem nossas crianças e adolescentes de forma emocional e psicologicamente, manifestando diversos problemas comportamentais.⁹ Nas crianças, a pandemia por COVID-19 acarreta diferentes consequências de ordem psicológica, desde o medo, ansiedade, tédio, raiva, depressão, incertezas, alterações de rotina, depressão, pânico e isolamento. Interpretar emoções e respostas que estas demonstram, torna se elementar para se conseguir suprir as suas necessidades durante a pandemia.^{3,8,9} A potencialidade do impacto psicológico na criança varia de acordo com o seu entendimento e enfrentamento correspondentes as suas emoções, outro fator relevante é a capacidade dos pais de reconhecer os sentimentos que afligem as crianças naquele momento e as acolher com atenção e receptividade visto que, o meio em que a criança vive e as emoções que elas vivenciam está diretamente relacionada a sua saúde psíquica.^{10,11} Em revisão da literatura sobre o impacto da pandemia COVID-19 em crianças brasileiras, é verificado diferentes achados como as manifestações clínicas, gravidade da doença e enfrentamento das limitações de distanciamento social, além de um perfil de óbitos e letalidade hospitalar de crianças afetadas e efeitos na rotina de atividade física de famílias com crianças.^{10,12} Agravos como a violência contra crianças e adolescentes, ansiedade das crianças até os desafios que os trabalhadores de enfermagem pediátrica enfrentam como resultado da pandemia de COVID-19.^{13,14} Garcia de Ávila et al.¹⁴ (2020) e orientadora desta presente proposta, coordenou pesquisa que analisou a

Endereço: Chicara Guignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior
 CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1600 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 51 de 51



Continuação do Parecer 5.444.264

prevalência de ansiedade entre 289 crianças brasileiras de 6 a 12 anos na pandemia COVID-19. A prevalência de ansiedade entre as crianças estudadas foi de 19,4% (n = 56), segundo o Children's Anxiety Questionnaire (CAQ) e de 21,8% (n=63), segundo o Numerai Rating Scale (NRS). Níveis mais altos de ansiedade foram associados ao distanciamento social sem os pais, um maior número de pessoas morando em casa e um baixo nível de escolaridade relatado para os pais ou responsáveis. Os níveis mais altos de ansiedade foram encontrados entre crianças com responsáveis jovens e com menor escolaridade.⁹ Destaca-se que essa pesquisa, realizada em Abril e Maio de 2020, foi o único estudo brasileiro incluído em revisão sistemática e metanálise que analisou um total de 15 estudos e 22.996 crianças/adolescentes de diferentes países.¹⁵ No geral, 34,5%, 41,7%, 42,3% e 30,8% das crianças sofriam de ansiedade, depressão, irritabilidade e desatenção. Embora o comportamento/estado psicológico de um total de 79,4% das crianças tenha sido afetado negativamente pela pandemia e quarentena, pelo menos 22,5% das crianças tinham um medo significativo da COVID-19, e 35,2% e 21,3% das crianças relataram tédio e sono prejudicado.¹⁶ Um ano após a pandemia (março a maio de 2022) estudo coordenado por Ávila et al. ¹⁷ mostrou um aumento da ansiedade infantil. Das 906 crianças, com base no CAQ-9, a prevalência de ansiedade foi de 34,9% (n = 226). Na regressão logística, as seguintes variáveis estiveram associadas aos maiores escores do CAQ: Idade das crianças e a criança ter doença crônica ou deficiência. Com base na NRS-7, a prevalência de ansiedade foi de 34,8% (n = 315). Na regressão logística, as seguintes variáveis foram associadas a maiores escores do NRS: a criança ter doença crônica ou deficiência, compreensão das crianças sobre a pandemia (muito ou nada), diminuição da renda familiar, região do país (sudeste, centro-oeste e norte), a idade dos responsáveis e o instrumento ser respondido pelas mães, avós ou outros membros da família. Níveis mais elevados de ansiedade foram associados ao fato de a criança ter uma doença crônica ou deficiência em ambos os instrumentos utilizados. Destaca-se que a coleta de dados dos dois estudos conduzidos por Ávila et al. foram realizado de forma virtual. ¹⁷ A Organização Mundial da Saúde recomenda que métodos para a avaliação dos fenômenos emocionais e psicológicos das crianças sejam aplicados, a fim de investigar os possíveis impactos psicológicos que a Pandemia possa acarretar.^{18,19} Considerando a necessidade de seguimento da investigação e análise dos aspectos emocionais e psicossociais das crianças em contexto da pandemia de COVID-19, da nova etapa vivenciadas pelas crianças com a vacinação infantil e o retorno presencial das aulas, da necessidade da avaliação da ansiedade de forma presencial, justifica-se a realização do presente estudo. ²⁰

Endereço: Chácara Guignonê, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

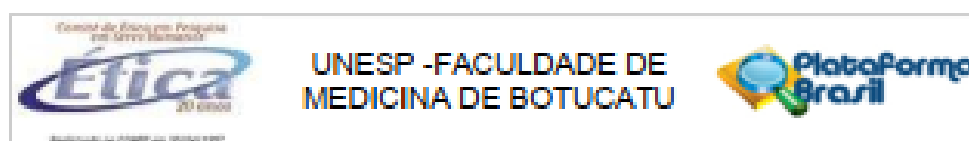
Telefone: (14)3880-1600

CEP: 18.618-970

Município: BOTUCATU

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 53 de 58



Continuação do Parecer: 5.444.291

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Verificar a prevalência de ansiedade em crianças em idade escolar e seus fatores associados dois anos após o início da pandemia de COVID-19.

Conhecer os fatos que fazem as crianças felizes, calmas, tensas e com medo.

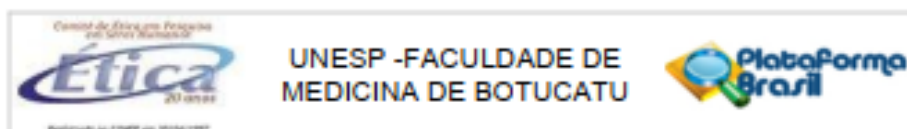
Método

Tipo de estudo

Será realizado um estudo transversal utilizando o Instrumento Children's Anxiety Questionnaire (CAQ) e o Numerical Rating Scale (NRS). Local do estudo A pesquisa será conduzida na Faculdade de Medicina de Botucatu e a coleta de dados será realizada em três escolas municipais e uma escola estadual da cidade de Querência. Querência é um município do estado do Mato Grosso, situado no nordeste do Estado, na Grande Bacia Amazônica. Dentro de seus grandes limites encontra-se parte da Reserva Indígena do Xingu. Situada a 927 km da capital Cuiabá. Possui uma área de 17.786,195 km², e sua população em 2021 era de 18.386 habitantes, conforme estimativa do IBGE. A data de fundação, 8 de dezembro de 1985, porém somente em 19 de dezembro de 1991 recebeu status de município pela Lei Estadual nº 5895.21. As escolas que irão participar da pesquisa são: Escola Municipal Parque Imperial, Escola Municipal Pequeno Príncipe, Escola Municipal Alegria do Saber e a Escola Estadual Querência, perfazendo um total de 900 crianças de 6 a 12 anos. Período do estudo A pesquisa terá início após a aprovação do Comitê de Ética, e está prevista para agosto a dezembro de 2022. População de Estudo Crianças Critério de Inclusão das crianças: Idade entre 6 a 12 anos e estar matriculada nas escolas supracitadas. Critérios de exclusão das crianças: Serão excluídos os responsáveis que não responderem o questionário e não autorizarem a participação das crianças. Também, as crianças que não estiverem presentes na coleta de dados. Pais ou responsáveis Critérios de Inclusão dos pais: Pais com mais de 18 anos e que sabem ler e escrever. Critérios de Exclusão do pais: Serão excluídos os participantes que não assinarem o TCLE e responderem o questionário Coleta de Dados Inicialmente, por meio de uma reunião, a pesquisadora principal apresentou a proposta do estudo a Secretaria de Educação do município de Querência, obtendo a anuência para a condução da pesquisa (Anexo 1 e 2). Após a aprovação do Comitê de Ética, a pesquisadora irá até as escolas realizar o convite aos pais ou responsáveis pela criança. Será entregue aos responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 2) e o Instrumento de coleta de dados com as etapas de preenchimento pelos pais ou responsáveis (Apêndice 3). A pesquisadora irá orientar os pais que tiverem dificuldades em participar da pesquisa. Os

Endereço: Chácara Butignoli, s/nº
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-670
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3883-1656 E-mail: cef@fmb.unesp.br

Página 61 de 66

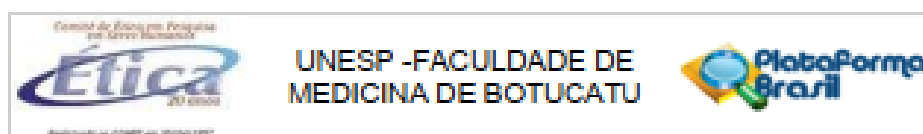


Continuação do Parecer 5.444.291

participantes poderão analisar o TCLE, TALE e Instrumento de coleta de dados e devolvê-los em até 10 dias. Após, serão realizadas visitas às classes para a realização da coleta de dados com as crianças. Os estudantes com autorização para participar da pesquisa ficarão em uma sala de aula com a pesquisadora principal e diretor da escola para responderem o CAQ, NRS e perguntas abertas (Apêndice 4). A pesquisadora irá orientar as crianças que responderão ao Instrumento de coleta de dados de forma independente podendo receber ajuda da pesquisadora para escrever. Variáveis para preenchimento pelos pais ou responsáveis: Gênero dos pais; Idade dos pais; Relação com os filhos (mãe, pai e outros); Escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior ou pós-graduação); Redução da renda durante a pandemia (sim ou não); Se a criança recebeu a vacina COVID-19 (uma dose, duas doses, não recebeu); Gênero das crianças; Idade das crianças; Se a criança tem doença crônica (sim ou não). Qual?; Se a criança tem alguma deficiência (sim ou não). Qual?; Se a criança é indígena (sim ou não); Diagnóstico confirmado de COVID-19 em algum membro da família na residência (sim ou não); Falecimento por COVID-19 em algum membro da família na residência (sim ou não); Variáveis para preenchimento pelas crianças: Resposta Individual ao Questionário do CAQ; Perguntas abertas sobre o CAQ; Resposta do NRS. Children's Anxiety Questionnaire (CAQ) O CAQ é um instrumento criado na Suécia, disponível em Inglês e sueco, para avaliar a ansiedade de crianças. Os autores tiveram como objetivo desenvolver um questionário que fosse fácil de aplicar, tivesse propriedades psicométricas concretas e pudesse avaliar a ansiedade autorreferida em crianças pequenas. É baseado no Inventário de Ansiedade Traço-Estado.²² O CAQ é uma escala unidimensional, e as crianças dão suas respostas com base nas quatro expressões faciais, uma de cada vez, e então escolhem entre três etapas (um pouco, mais ou menos ou muito). As imagens de Feliz/Alegre e Calmo/Tranquilo são medidos como 3 (um pouco) -2 (mais ou menos) -1 (muito), e as imagens de Tenso/Nervoso e Preocupado/medo são medidos como 1 (um pouco) - 2 (mais ou menos) -3 (muito). Os escores do Instrumento variam de 4 a 12 pontos, com 4 pontos significando ausência de ansiedade e 12 pontos significando o nível mais alto de ansiedade.^{23,24} O processo de adaptação transcultural do CAQ para o português brasileiro foi conduzido por grupo coordenado pela orientadora da proposta, validado, com um índice de validade de conteúdo de 0,94 pelos profissionais da saúde e uma taxa de concordância de 95% pelas crianças.²² No entanto, questões importantes sobre as propriedades de validade e confiabilidade ainda precisam ser avaliadas. Apesar disso, pesquisadores do Brasil e da Suécia utilizaram o Instrumento para estimar a prevalência da ansiedade das crianças na pandemia de COVID-19 e consideraram o ponto de corte para a ansiedade 9 ou mais. 14 Figura 1. Children's Anxiety Questionnaire adaptado para o Brasil

Endereço: Chácara Bagdadi, s/n
Bairro: Rubião Júnior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 08 de 08



Continuação do Parecer: S.444.291

Responda: O que te deixa feliz e alegre?

_____ O que te deixa
calmo (a) e tranquilo (a) ?

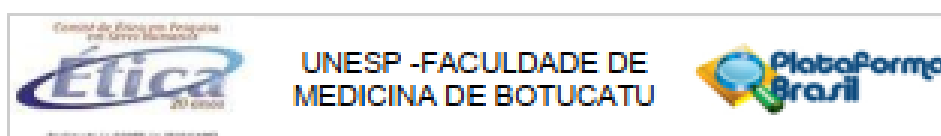
_____ O que te deixa
preocupado (a) e com medo ?

_____ O que te deixa
tenso (a) e nervoso (a) ?

_____ Numeral Rating Scale (NRS) O Numeral Rating Scale (NRS) é uma escala de 11 pontos e pontuada de 0 a 10 (Figura 2). Nas últimas décadas, a NRS foi validada para a avaliação da intensidade da dor em crianças e para avaliar o desconforto. 25 No entanto, não há um consenso sobre a NRS para medir o desagrado em crianças. 26 Neste estudo, a ansiedade também foi avaliada usando o NRS, em que 0 era equivalente a "calma" e 10 significava "muito ansioso". A NRS é fácil de administrar e há boas evidências de sua validade de construção. 26 Formas semelhantes de autorrelato foram previamente validadas para uso em crianças em idade escolar que foram submetidas a cuidados em hospitais. 27,28 Figura 2. Instrumento Numerical Rating Scale (NRS) Cálculo Amostral e Análise Dos Dados Supondo: I) amostragem aleatória simples sem reposição; II) erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20; III) prevalência de ansiedade classificada por meio da escala CAQ estimada em 19,4%;14 IV) distribuição de probabilidade uniforme da população-alvo entre as categorias das variáveis explicativas categóricas; V) componente determinístico do modelo a ser ajustado contendo, no máximo, cinco variáveis explicativas, e considerando uma diferença mínima significativa de 8% entre as categorias das variáveis explicativas, estima-se necessário, no mínimo, 382 sujeitos em cada categoria de uma variável categórica. Considera-se ainda, que o primeiro estudo, a coleta de dados foi realizada em 30 dias e teve 289 participantes. Desse modo, espera-se que alcancemos aproximadamente 900 participantes, o que nos permitirá trabalhar com pelo menos duas variáveis categóricas. A análise dos dados será realizada por assessoria estatística tendo como referência o estudo prévio Ávila MA et al.14 (2020). Comparações entre os grupos serão realizadas usando o teste Mann-Whitney-U e para comparações de vários grupos, os testes de Kruskal-Wallis, seguidos pelos testes de Dunn. Odds ratios (OR) serão utilizados para testar a associação entre as variáveis de resultado, como a variável dependente (CAQ), conforme categorias binárias uma pontuação igual ou superior a 9. Uma regressão logística será

Endereço: Chácara Guignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.018-070
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1000 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 55 de 55



Continuação do Parecer: 5444291

variável dependente (ou seja, pontuações de ansiedade altas (9 ou mais) ou baixas, respectivamente). Para todos os testes, o nível de significância estatística estabelecido em 5%. Todos os dados coletados estarão em planilha Excel, sob responsabilidade do pesquisador principal, e poderão ser disponibilizados sempre que solicitado. Aspectos Éticos O estudo será submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Seguintes a Resolução nº 510/2016 e a Resolução nº 466/2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Todos os participantes adultos que aceitarem participar da pesquisa irão preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças com 6 anos ou mais, irão preencher o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos, talvez o constrangimento de responder o questionário, mas será minorado pelo sigilo e confidencialidade.

Benefícios:

O benefício em participar será avaliar a prevalência da ansiedade e seus fatores no segundo ano de Pandemia COO benefício em participar será avaliar como as crianças estão no segundo ano de Pandemia COVID – 19 e, futuramente, ajudar na realização de ações para ajudar as crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

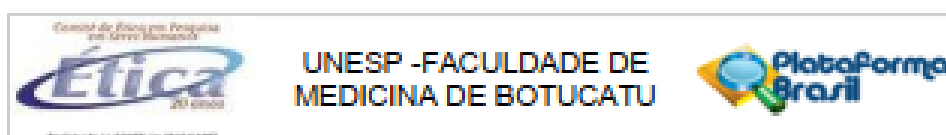
Projeto de Alice Carvalho Gouveia de Almeida sob orientação de Patrícia Aparecida Francelino Crepalde, sob orientação da Profa Drª Maria Andréia Garcia de Avila, ambas do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - UNESP, cujo objetivo é verificar a prevalência de ansiedade em crianças em idade escolar e seus fatores associados dois anos após o início da pandemia de COVID-19. O projeto está escrito de forma clara e apresenta todos os dados de identificação dos autores, identificação de onde será realizado, descrição dos objetivos, detalhamento da metodologia, bem como as referências que fundamentam e justificam a importância do desenvolvimento do tema abordado. Trata-se de um projeto factível. O pesquisador informa que o custo da pesquisa será de R\$1000,00, com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: presente e adequadamente assinada
- Anuência da Prefeitura municipal de Querência

Endereço: Chácara Guignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3893-1669 E-mail: csp@fmb.unesp.br

Página 57 de 59



Continuação do Parecer: 5-444/201

- Projeto na íntegra
- Cronograma adequado e apresenta coerência entre brochura e plataforma, com data prevista para coleta de dados a partir de outubro de 2021.
- Não há biorepositório
- TCLE e TALE adequados

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO, o PROJETO de Pesquisa apresentado, foi APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise em REUNIÃO, o PROJETO de Pesquisa apresentado, foi APROVADO.

Apresentar o Relatório Final de Atividades ao encerramento da pesquisa.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1930456.pdf	29/04/2022 07:33:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuência_municipal.pdf	29/04/2022 07:32:22	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuência_estadual.pdf	29/04/2022 07:32:08	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_De_Anuencia_Institucional.pdf	27/04/2022 22:36:44	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Aceito
TCLE / Termos de	Termos.pdf	27/04/2022	Patrícia Aparecida	Aceito

Endereço: Chácara Ruygnoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1600

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 03 de 03

 UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	
--	--

Continuação do Parecer: 5.444.291

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos.pdf	22:35:52	Francelino Crepalde	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	27/04/2022 22:21:30	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/04/2022 22:19:18	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.pdf	27/04/2022 22:18:53	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_.pdf	27/04/2022 15:43:28	Patrícia Aparecida Francelino Crepalde	Acelto

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:
Não

BOTUCATU, 01 de Junho de 2022

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Ruygnoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3883-1626 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 01 de 01