



Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



**Depressão Infantil em Contextos de Catástrofe: Avaliação de um Programa de
Intervenção com Crianças Afetadas pela Pandemia de COVID-19**

Haryadny Kamylla Macedo Muniz

São Carlos- SP

2026



Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Depressão Infantil em Contextos de Catástrofe: Avaliação de um Programa de
Intervenção com Crianças Afetadas pela Pandemia de COVID-19**

Haryadny Kamylla Macedo Muniz

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como pré-requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Comportamento e Cognição

Orientador: Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa

Coorientador: Prof. Dr. André Vilela Komatsu

São Carlos - SP

2026

Financiamento



Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, pelo apoio ao projeto que gerou os dados utilizados nesta pesquisa (Processo nº 2020/06073-3). Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida (Processo nº 88887.696766/2022-00). Pesquisa desenvolvida no Laboratório de Análise e Prevenção da Violência - LAPREV.

Agradecimentos

Agradeço e dedico esse trabalho a minha mãe Leila, minha maior incentivadora e minha grande inspiração. Obrigada por nunca ter dito “não” quando o assunto era minha educação e formação acadêmica. Jamais esquecerei de você “dando um jeitinho” para todos os cursos que pedi para fazer, todos os livros que pedi para comprar... Tudo que me tornei, devo a você.

À minha avó Raimunda (*in memorian*), que mesmo sem ter pisado os pés na universidade, sempre auxiliou para que eu tivesse acesso a uma.

Ao meu irmão Luiz Gustavo, que sempre me ajudou e atendeu minhas ligações, mesmo nas madrugadas, para me ajudar quando eu tinha alguma dificuldade tecnológica.

Ao meu padrasto Alex, que sempre se colocou tão disponível para me auxiliar no que fosse preciso.

Aos meus amigos que foram verdadeiros respiros em meio às demandas, autocobranças e dificuldades. Cada momento de qualidade com vocês me renova, me faz ter mais vontade de viver e, também, de produzir. Este trabalho não seria possível sem vocês.

Ao meu orientador, Dr. Alex Pessoa, que desde a iniciação científica me ensina tanto. Escolhi tê-lo ao meu lado na graduação, especialização, mestrado e doutorado. Sou a pesquisadora que sou hoje, em grande parte, a partir de você. Agradeço por essa parceria de mais de uma década e estou ansiosa pelo que está por vir.

Ao meu coorientador, André Vilela Komatsu, que sempre foi tão solícito ao me ajudar durante esses anos de trabalho.

Aos colegas do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV) Neli, Yuki, Bárbara, Nathaly, Débora e Viviana, que nestes anos dividiram comigo as aulas, os cafés, as referências, as coautorias de trabalhos acadêmicos e, acima de tudo, compromisso social de enfrentar a violência.

À todo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSCar, especialmente ao corpo docente e ao secretário Juan, que sempre estiveram disponíveis para auxiliar nas demandas administrativas durante o mestrado e o doutorado.

Por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, por financiarem este estudo e possibilitar sua realização.

SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	09
Lista de Tabelas.....	11
Resumo da Tese.....	12
Apresentação.....	15
 Artigo 1 - Avaliação das Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) com Crianças Brasileiras.....	 30
Introdução.....	30
Método.....	37
Participantes.....	38
Instrumentos.....	38
Procedimentos.....	39
Análise de Dados.....	39
Resultados.....	40
Discussão.....	49
Considerações Finais.....	53
Referências.....	54
 Artigo 2- Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe: Eficácia de um Programa para Redução de Sintomas de Depressão Infantil.....	 60
Introdução.....	60
Método.....	69

Participantes.....	69
Instrumentos.....	70
Procedimentos.....	70
Análise de Dados.....	73
Resultados.....	74
Discussão.....	82
Considerações Finais.....	85
Referências.....	87
Artigo 3- Perfis de Resposta à uma Intervenção Psicossocial para Redução de Sintomas de Depressão entre Crianças Uma Análise de Cluster.....	92
Introdução.....	92
Método.....	98
Participantes.....	99
Instrumentos.....	101
Procedimentos.....	102
Análise de Dados.....	103
Resultados.....	105
Discussão.....	110
Limitações e Recomendações.....	118
Considerações Finais.....	119
Referências.....	120

Considerações Finais da Tese.....	128
Referências.....	139
Anexo A.....	153
Anexo B.....	159
Anexo C.....	162

Lista de Siglas

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AGFI – *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (Índice de Ajuste Ajustado)

APA – *American Psychological Association* (Associação Psiquiátrica Americana)

BDI – *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck)

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDI – *Children's Depression Inventory* (Inventário de Depressão Infantil)

CFI – *Comparative Fit Index* (Índice de Ajuste Comparativo)

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019* (Doença por Coronavírus 2019)

DP – Desvio Padrão

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição)

DSM-5-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, revisão de texto)

EMMs – *Estimated Marginal Means* (Médias Marginais Estimadas)

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GC – Grupo Controle

GE – Grupo Experimental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IPT – Terapia Interpessoal (*Interpersonal Therapy*)

IPT-A – Terapia Interpessoal para Adolescentes

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin* (medida de adequação amostral)

LAPREV – Laboratório de Análise e Prevenção da Violência

M – Média

Mdn – Mediana

MSA – *Measure of Sampling Adequacy* (Medida de Adequação Amostral)

OR – *Odds Ratio* (Razão de Chances)

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation* (Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação)

SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos no Brasil

SRMR – *Standardized Root Mean Square Residual* (Resíduo Padronizado da Raiz Quadrada Média)

TA – Termo de Assentimento

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDM – Transtorno Depressivo Maior

T1 – Momento pré-intervenção (ou Tempo 1)

T2 – Momento pós-intervenção (ou Tempo 2)

TLI – *Tucker-Lewis Index* (Índice de Tucker-Lewis)

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICEF – *United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde – OMS)

WLSMV – *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (Mínimos Quadrados Ponderados com Média e Variância Ajustadas)

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Objetivos do Programa ConViver por sessão	27
Tabela 2 - Medidas descritivas dos escores em CDI e suas subescalas, por gênero	42
Tabela 3 - Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), unicidades (u^2) e complexidade para a análise fatorial com quatro fatores	44
Tabela 4 - Variância explicada pelos fatores e correlação entre os fatores	45
Tabela 5 - Estimativas das cargas fatoriais das variáveis latentes	47
Tabela 6 - Covariâncias entre variáveis latentes	49
Tabela 7 - Pontuações dos grupos Controle e Experimental nos momentos pré e pós intervenção	76
Tabela 8 - Características sociodemográficas da amostra	100
Tabela 9 - Caracterização dos grupos em termos sociodemográficos e por escore em CDI	108

Muniz, H. K. M. (2026). Depressão Infantil em Contextos de Catástrofe: Avaliação de um Programa de Intervenção com Crianças Afetadas pela Pandemia de COVID-19. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo

A pandemia de COVID-19 configurou-se como uma catástrofe sanitária global, cujos impactos psicossociais afetaram desproporcionalmente populações vulneráveis, incluindo crianças. Entre os transtornos mentais que mais se destacaram no período pandêmico, a depressão infantil ocupa lugar de relevância, com consequências que podem se estender ao longo de todo o desenvolvimento. Esta tese de doutorado teve como objetivo central investigar os efeitos de uma intervenção psicossocial na diminuição de sintomas de depressão entre crianças expostas a contextos de catástrofe, tomando a pandemia de COVID-19 como referência. Para tanto, foram conduzidos três estudos interrelacionados. O primeiro estudo avaliou as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em sua versão de 20 itens. Os resultados indicaram alta consistência interna no escore total ($\alpha = 0,88$) e nas subescalas afetiva ($\alpha = 0,79$) e cognitiva ($\alpha = 0,74$), mas consistência insatisfatória nas subescalas comportamental ($\alpha = 0,52$) e somática ($\alpha = 0,49$). A análise fatorial confirmatória demonstrou ajuste adequado do modelo quadrifatorial (CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,000). O segundo estudo, de delineamento quase-experimental com grupos controle e experimental e medidas pré e pós-intervenção, examinou a eficácia do programa ConViver na redução de sintomas depressivos. Os resultados mostraram redução significativa dos sintomas ao longo do tempo para toda a amostra ($F(1,114) = 11,83$; $p = 0,0008$), especialmente nas dimensões afetiva e cognitiva, mas sem diferenças significativas entre os grupos experimental e controle. Análises estratificadas revelaram que meninas do grupo experimental e do grupo controle apresentaram maior redução dos sintomas e que crianças não negras do grupo experimental se beneficiaram mais da intervenção do que crianças negras. O terceiro estudo, cujo objetivo foi conduzir uma análise de cluster baseada no escore de mudanças identificadas nos sintomas de depressão antes e após a intervenção ($\Delta\text{CDI} = \text{T2} - \text{T1}$), identificou três perfis de trajetória: Melhorou ($n = 47$), Estável ($n = 46$) e Piorou ($n = 23$). Não houve associação significativa entre o grupo de alocação e o pertencimento aos clusters ($p = 0,641$; V de Cramer = 0,00), indicando que o programa não alterou significativamente a trajetória normativa dos sintomas depressivos. A regressão logística multinomial revelou que o gênero masculino foi o único preditor significativo de menor chance de melhora (OR = 0,29; IC95%: 0,12–0,73). Em conjunto, os achados indicam que o CDI é um instrumento adequado para rastreamento de sintomas depressivos em crianças brasileiras expostas a catástrofes, embora suas subescalas comportamental e somática necessitem revisão. O programa ConViver, embora não tenha se mostrado eficaz para a redução de sintomas depressivos, cumpre papel relevante como intervenção de promoção de saúde mental e prevenção, atuando sobre fatores protetivos como afetos positivos e redes de apoio. A melhora observada em parte das crianças parece ser explicada pelo curso normativo do transtorno e pelos efeitos benéficos da reabertura das escolas e da retomada dos vínculos sociais no período pós-pandemia. Os resultados reforçam a necessidade de intervenções

especializadas para quadros depressivos estabelecidos e apontam para a importância de uma perspectiva interseccional na implementação de programas psicossociais.

Palavras-Chave: Depressão Infantil; Intervenção Psicossocial; Catástrofe; Pandemia; Inventário de Depressão Infantil (CDI); Análise de Cluster; Saúde Mental Infantojuvenil

Abstract

The COVID-19 pandemic constituted a global health catastrophe, whose psychosocial impacts disproportionately affected vulnerable populations, including children. Among the mental disorders that gained prominence during the pandemic period, childhood depression holds a relevant place, with consequences that can extend throughout development. This doctoral thesis aimed to investigate the effects of a psychosocial intervention in reducing depression symptoms among children exposed to catastrophe contexts, taking the COVID-19 pandemic as a reference. To this end, three interrelated studies were conducted. The first study evaluated the psychometric properties of the Children's Depression Inventory (CDI) in its 20-item version. The results indicated high internal consistency for the total score ($\alpha = 0.88$) and for the affective ($\alpha = 0.79$) and cognitive ($\alpha = 0.74$) subscales, but unsatisfactory consistency in the behavioral ($\alpha = 0.52$) and somatic ($\alpha = 0.49$) subscales. Confirmatory factor analysis demonstrated adequate fit of the four-factor model (CFI = 0.99; TLI = 0.99; RMSEA = 0.000). The second study, with a quasi-experimental design including control and experimental groups and pre- and post-intervention measures, examined the efficacy of the ConViver program in reducing depressive symptoms. The results showed a significant reduction in symptoms over time for the entire sample ($F(1,114) = 11.83$; $p = 0.0008$), especially in the affective and cognitive dimensions, but without significant differences between the experimental and control groups. Stratified analyses revealed that girls in both the experimental and control groups showed greater symptom reduction and that non-Black children in the experimental group benefited more from the intervention than Black children. The third study, whose aim was to conduct a cluster analysis based on the change score identified in depression symptoms before and after the intervention ($\Delta\text{CDI} = \text{T2} - \text{T1}$), identified three trajectory profiles: Improved ($n = 47$), Stable ($n = 46$), and Worsened ($n = 23$). There was no significant association between allocation group and cluster membership ($p = 0.641$; Cramer's $V = 0.00$), indicating that the program did not significantly alter the normative trajectory of depressive symptoms. Multinomial logistic regression revealed that male gender was the only significant predictor of a lower chance of improvement (OR = 0.29; 95% CI: 0.12–0.73). Taken together, the findings indicate that the CDI is an adequate instrument for screening depressive symptoms in Brazilian children exposed to catastrophes, although its behavioral and somatic subscales require revision. The ConViver program, while not proving effective for reducing depressive symptoms, fulfills a relevant role as a mental health promotion and prevention intervention, acting on protective factors such as positive affect and support networks. The improvement observed in some children appears to be explained by the normative course of

the disorder and by the beneficial effects of school reopening and the resumption of social bonds in the post-pandemic period. The results reinforce the need for specialized interventions for established depressive conditions and point to the importance of an intersectional perspective in the implementation of psychosocial programs.

Keywords: Childhood Depression; Psychosocial Intervention; Disaster; Pandemic; Children's Depression Inventory (CDI); Cluster Analysis; Child and Adolescent Mental Health

Apresentação

Começo esta tese contando sobre minha trajetória e formação como psicóloga, como pesquisadora e como pessoa. Faço isso porque não acredito que a psicologia seja neutra e impessoal. As perguntas que escolhemos investigar, os métodos que empregamos, as populações com as quais trabalhamos, a forma que escolhemos fazer psicologia são - e precisam ser - cientificamente e tecnicamente fundamentadas, mas também refletem posições pessoais, éticas e políticas. Ignorar isso seria fingir que a ciência acontece fora do mundo.

Minha entrada na universidade se deu por meio do Programa Universidade para Todos (ProUni). Não é possível contar minha história como pesquisadora sem nomear isso: uma política pública mudou os rumos da minha vida. O acesso ao ensino superior não foi um mérito isolado, mas a consequência de uma ação estatal que, ao menos naquele momento, reduziu uma desigualdade estrutural. Essa experiência me marcou de duas maneiras. Primeiro, porque me fez compreender, na prática, o que significa falar em políticas públicas de acesso à educação. Segundo, porque me ensinou que a universidade pode ser um espaço de transformação – não automática, mas possível.

Foi na graduação que tive meu primeiro contato sistemático com teorias e métodos. Para além das disciplinas diretamente relacionadas à psicologia – e que eu tanto amava – tive contato e amei as disciplinas dos campos das ciências sociais, filosofia e educação. Essas disciplinas me deram ferramentas e me fizeram perceber que a psicologia não acontece sozinha. Lembro de uma professora que disse: "um bom psicólogo não bebe somente da fonte da psicologia; um bom profissional constantemente se atualiza e estuda um pouco de sociologia, filosofia, atualidades e teorias educacionais". A partir de toda essa

construção, pude compreender e nomear fenômenos que antes me pareciam difusos. Aprendi que o sofrimento psíquico não é apenas individual; que as desigualdades têm história; que a psicologia pode reproduzir violências ou pode contribuir para enfrentá-las.

Mais importante do que as disciplinas, no entanto, foi o encontro com um grupo de pesquisa que partilhava e fazia acontecer, na prática, a psicologia que descrevi acima. Ainda na graduação, integrei o Grupo de Pesquisa com Populações em Vulnerabilidade Social (GPPVS), coordenado pelo Professor Alex Sandro Gomes Pessoa, com quem venho trabalhando desde então. Foi nesse espaço que compreendi que pesquisa não se faz sozinha e que o conhecimento produzido na universidade precisa servir a algo e a alguém. A partir da minha inserção no grupo, participei, sob supervisão do Professor Alex Pessoa, de projetos de extensão e iniciação científica voltados a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

O primeiro projeto de extensão, ainda no terceiro semestre da graduação, foi o acompanhamento do trabalho realizado em um CREAS, atuando no atendimento especializado. Depois veio o Giramundo, uma adaptação de um programa da Save the Children para o desenvolvimento de condutas autoprotetivas em crianças. Nele, participei por mais de um ano de diferentes aplicações do programa em contextos escolares, atuando na prevenção da violência e no atendimento na proteção básica da política de assistência social. Foi minha primeira experiência com uma intervenção psicossocial estruturada. Aprendi ali o quanto é desafiador construir estratégias que façam sentido para as crianças, mas também o quanto é necessário. Fora do grupo, realizei projetos de extensão em instituição de acolhimento e, mais voltado para a área da saúde, em um CAPS que atendia crianças e adolescentes. Foi a partir dessas experiências que vi de perto o sofrimento

psíquico de crianças e adolescentes que, em muitos casos, já haviam sido atravessados por múltiplas violências. Também compreendi, na prática, como a rede de proteção a crianças e adolescentes opera, mas também onde ela falha.

No quinto semestre, fiz uma iniciação científica sobre as concepções de estudantes de psicologia acerca das formas de naturalização da violência. Em um estudo quantitativo, o Professor Alex Pessoa e eu aplicamos um questionário com frases do cotidiano que naturalizam a violência contra populações vulneráveis, como crianças, adolescentes e mulheres. Frases como "em briga de marido e mulher não se mete a colher" e "filho que não apanha em casa apanha na rua". Os estudantes precisavam dizer o quanto concordavam com cada afirmação. Esse estudo escancarou como a violência se reproduz no discurso cotidiano e como a psicologia pode ajudar a desnaturalizá-la.

Essa aposta na infância e juventude como campo de atuação e pesquisa se consolidou no mestrado, quando estudei o tema de meninas-adolescentes que tiveram imagens íntimas divulgadas sem consentimento. Metodologicamente, analisei vídeos que elas mesmas produziram e publicaram em uma plataforma de vídeos. Em um contexto de pandemia – onde já havia fragilidade e tendência ao sofrimento psíquico, e sem a possibilidade de entrevistas presenciais – essa foi uma escolha orientada pela convicção de que a pesquisa não pode revitimizar seus participantes nem suscitar nelas conteúdos para os quais não haveria espaço de acolhimento. O mestrado me ensinou que a sensibilidade na escolha dos métodos diante de um contexto específico também perpassa a ética.

Ao final do mestrado, me aproximei e passei a integrar o Grupo de Trabalho "Juventude, Resiliência e Vulnerabilidade" da ANPEPP, grupo composto por pesquisadoras e pesquisadores que eu lia desde a graduação e sempre admirei pelo compromisso com a

infância e juventude. Quando a pandemia chegou, esse grupo se mobilizou para adaptar e validar um programa de intervenção que trabalharia questões relativas à pandemia com crianças e adolescentes de diferentes regiões do Brasil. A parceria, a partir do projeto nacional, foi uma experiência coletiva que me marcou: tivemos aulas com professores de diferentes instituições, discussões teóricas e metodológicas intensas e um verdadeiro aprendizado sobre o que significa fazer pesquisa em rede.

Foi nesse contexto que meu orientador me convidou a explorar os dados do ConViver, especificamente sobre depressão infantil. Esta tese, portanto, não é um ponto de chegada. É um momento de um percurso que começou com uma política pública que me permitiu estar aqui. Como se verá a seguir, compreender o que é uma catástrofe, seus tipos, seus impactos desiguais e suas consequências para a saúde mental de crianças é o ponto de partida para a investigação que se apresenta.

Eventos de grande magnitude que interrompem abruptamente o funcionamento rotineiro de uma coletividade, gerando rupturas nos sistemas sociais, econômicos e institucionais, são denominados catástrofes ou desastres. Tais fenômenos podem ser classificados a partir da natureza do que os desencadeia (Pandey et al., 2024). Essa classificação é fundamental não apenas para a compreensão etiológica do evento, mas também para o planejamento de respostas e políticas de mitigação. Entre as principais categorias, destacam-se:

- i) Processos naturais: catástrofes que envolvem eventos geofísicos, hidrológicos, meteorológicos ou biológicos (Pandey et al., 2024), tais como inundações, terremotos, furacões, erupções vulcânicas e secas extremas. No contexto brasileiro, as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em 2023-2024 constituem um

exemplo paradigmático, com dezenas de mortes, centenas de milhares de desabrigados e danos econômicos bilionários (Pereira et al., 2024).

ii) Falhas tecnológicas (ou desastres tecnológicos): decorrem de acidentes em sistemas industriais, de transporte, nucleares ou de infraestrutura, geralmente associados a falhas humanas, de projeto, de manutenção ou de regulação. Exemplos clássicos incluem o acidente nuclear de Chernobyl (1986), cuja contaminação radioativa afetou vastas regiões da Europa por décadas. No contexto brasileiro, o rompimento da barragem de Brumadinho (2019), que causou mais de 250 mortes e devastação ambiental e social no estado de Minas Gerais. Diferentemente dos desastres naturais, esses eventos são, em princípio, evitáveis e frequentemente revelam negligências institucionais e assimetrias de poder entre empresas, Estado e comunidades afetadas (Santos & Dias, 2024).

iii) Eventos antropogênicos (ou sociopolíticos): originam-se diretamente de ações humanas intencionais, organizadas ou difusas, incluindo conflitos armados, guerras civis, atentados terroristas, genocídios e, conforme discutido na literatura, exposição crônica ou aguda à violência do crime organizado. No Brasil, autores como Zaluar e colaboradores em 1994 referem-se ao tráfico de drogas em determinadas regiões metropolitanas como catástrofe (Zaluar et al., 1994), uma vez que impõe rotineiramente restrições à mobilidade, colapso dos serviços públicos, deslocamentos forçados e mortes em massa. Estes eventos diferem dos anteriores porque envolvem agência deliberada, o que coloca questões específicas de responsabilização, justiça transicional e reconstrução do tecido social.

Apesar da utilidade dessa classificação, muitos fenômenos não se enquadram rigidamente em uma única categoria, pois frequentemente apresentam características macroestruturais e sistêmicas que borram as fronteiras entre o natural, o tecnológico e o antropogênico (Pandey et al., 2024; Saeed & Gargano, 2022). Nos chamados desastres naturais, por exemplo, a frequência e a intensidade dos eventos são frequentemente exacerbadas por ações humanas, como a ocupação irregular de áreas de risco, o desmatamento, a impermeabilização do solo e as mudanças climáticas de origem antrópica. De modo análogo, os desastres tecnológicos também decorrem, em sua gênese e agravamento, de falhas humanas, negligência institucional, ausência de fiscalização ou priorização do lucro em detrimento da segurança, como evidencia o caso do rompimento da barragem de Brumadinho (2019). Essa sobreposição de causalidades indica que a dicotomia clássica entre desastres "naturais" e "tecnológicos" é heuristicamente útil, mas insuficiente para capturar a complexidade dos eventos contemporâneos, nos quais fatores sociais, políticos e econômicos atuam como vetores determinantes e sobrepostos. Além disso, existem os desastres em cascatas, nos quais um desastre acaba gerando outros (Pandey et al., 2024)

Em todos os casos, independentemente da origem ou da combinação de fatores desencadeantes, o que caracteriza uma catástrofe é a superação da capacidade local de resposta (Pandey et al., 2024). Isso significa que a comunidade, o município ou mesmo o Estado, em suas diferentes esferas, não conseguem, com os recursos ordinariamente disponíveis, atender às necessidades imediatas de resgate, abrigo, assistência à saúde, fornecimento de água e alimentos, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução de infraestruturas. Essa insuficiência estrutural impõe às populações atingidas perdas materiais (destruição de moradias, equipamentos públicos, meios de subsistência e

patrimônio cultural), perdas sociais (ruptura de redes comunitárias, deslocamento forçado, fragmentação familiar e perda de referências identitárias) e perdas emocionais (luto não elaborado, trauma coletivo, ansiedade generalizada, transtornos de estresse pós-traumático e adoecimento mental de longa duração) (Pandey et al., 2024; Saeed & Gargano, 2022).

Um aspecto frequentemente negligenciado nessas ocorrências é que seus impactos não são distribuídos de forma igualitária: populações já em situação de vulnerabilidade socioeconômica, minorias étnicas e grupos historicamente marginalizados tendem a sofrer danos desproporcionais, tanto em termos de exposição quanto de acesso a recursos de recuperação (Lin et al., 2024; Moroz & Thieken, 2024; Mude et al., 2021). A pandemia de COVID-19, por exemplo, ilustrou de maneira contundente essa realidade, expondo desigualdades estruturais que amplificaram seus efeitos deletérios.

Declarada pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020, a pandemia de COVID-19 se configurou como uma catástrofe sanitária global. As medidas de contenção adotadas, embora necessárias para reduzir a propagação do vírus, impuseram profundas alterações na vida cotidiana, incluindo o fechamento generalizado de escolas, a suspensão de atividades presenciais e o distanciamento social prolongado (UNICEF, 2021). No Brasil, a resposta governamental foi marcada por descontinuidades e negacionismo, o que agravou ainda mais o cenário (Caponi, 2020). Estudos conduzidos em diferentes países demonstraram que grupos raciais minoritários e populações de baixa renda apresentaram taxas mais elevadas de contaminação, hospitalização e mortalidade (Mude et al., 2021). No contexto brasileiro, pessoas negras, pardas e indígenas foram desproporcionalmente afetadas, mesmo após o controle por variáveis como idade e comorbidades (Peres et al.,

2021). Esses achados reforçam que catástrofes não são meramente eventos naturais, mas fenômenos socialmente produzidos e modulados por desigualdades pré-existentes.

Entre os grupos mais vulneráveis aos efeitos indiretos da pandemia estão as crianças e os adolescentes. Embora estatisticamente menos propensos a desenvolver formas graves da doença, esse segmento populacional sofreu intensamente com as repercussões psicossociais do isolamento e do fechamento das instituições de ensino (Rico et al., 2022; Silva et al., 2021). A escola, para além de sua função educativa, constitui um espaço central de socialização, de desenvolvimento de vínculos afetivos e de identificação de situações de risco, incluindo violência doméstica e negligência. Com a suspensão das atividades regulares, muitos mecanismos de proteção foram fragilizados, aumentando a exposição de crianças a ambientes familiares potencialmente adversos (Levandowski et al., 2022; Rico et al., 2022). Paralelamente, o confinamento prolongado, o medo da contaminação, as perdas de entes queridos e as dificuldades econômicas familiares contribuíram para uma elevação significativa dos níveis de sofrimento psíquico nessa faixa etária (Pessoa et al., 2023).

Dentre os transtornos mentais que mais se destacaram no período pandêmico, a depressão infantil ocupa lugar de relevância. Caracterizada por alterações persistentes de humor, perda de interesse ou prazer em atividades, alterações de sono e apetite, fadiga, sentimentos de inutilidade e, em casos mais graves, ideação suicida, a depressão na infância apresenta particularidades que a distinguem do quadro adulto (APA, 2022). Em crianças, é comum a manifestação por meio de irritabilidade, queixas somáticas (dores de cabeça, abdominais) e queda acentuada do rendimento escolar (Ogundele, 2018). Estudos epidemiológicos realizados antes da pandemia já indicavam prevalências preocupantes, com cerca de 14% das crianças e adolescentes apresentando algum transtorno mental,

sendo a depressão um dos mais frequentes (WHO, 2021). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019 revelaram que quase um terço dos adolescentes se sentia triste na maior parte do tempo, e mais de 20% relataram não ver sentido na vida (Brasil, 2020). Durante a pandemia, esses indicadores se agravaram, com aumento documentado de sintomas depressivos, comportamentos autolesivos e ideação suicida (Brasil, 2021; Ministério da Saúde, 2021).

As consequências da depressão na infância estendem-se muito além do período imediato. Estudos longitudinais demonstram que indivíduos que vivenciam quadros depressivos precocemente apresentam maior risco de desenvolver outros transtornos psiquiátricos na adolescência e na vida adulta, além de prejuízos no funcionamento social, educacional e profissional (Copeland et al., 2021). Apesar da gravidade dessas repercussões, o diagnóstico e o tratamento da depressão infantil ainda são marcados por lacunas significativas. A sociedade, frequentemente organizada sob uma lógica adultocêntrica, tende a subestimar o sofrimento psíquico de crianças, atribuindo seus sintomas a fases passageiras ou a características individuais (Sarmiento, 2004). Essa subestimação, aliada à escassez de instrumentos de avaliação adequadamente validados para a população infantojuvenil brasileira, dificulta a identificação precoce e a intervenção oportuna (Souza & Lima; 2022).

Nesse cenário, a utilização de instrumentos psicométricos confiáveis é de extrema importância. O Inventário de Depressão Infantil (CDI), desenvolvido originalmente por Kovacs (1983) e adaptado para o Brasil por Gouveia et al. (1995), é uma das ferramentas mais empregadas para o rastreamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Estudos nacionais subsequentes, utilizando a versão adaptada e reduzida de 20 itens,

reportaram índices de consistência interna satisfatórios, mas divergiram quanto à estrutura fatorial do instrumento, com soluções variando de um a cinco fatores (Coutinho et al., 2013; Cruvinel et al., 2008; Golfeto et al., 2002). Ademais, a maior parte dessas investigações foi conduzida em amostras regionais restritas, com limitada representatividade geográfica. Uma lacuna importante diz respeito à ausência de estudos que tenham examinado as propriedades psicométricas do CDI em amostras de crianças expostas a um evento de estresse coletivo de grande magnitude, como a catástrofe sanitária da pandemia de COVID-19. Considerando que contextos catastróficos podem influenciar tanto a manifestação dos sintomas quanto a interpretação dos itens pelos respondentes, torna-se fundamental avaliar o desempenho do instrumento nessa população específica.

Para além da avaliação, a implementação de intervenções eficazes constitui outro pilar do enfrentamento da depressão infantil em contextos de crise. As intervenções psicossociais, por sua capilaridade e potencial de alcance comunitário, configuram-se como estratégias particularmente relevantes em situações de desastre, quando os serviços especializados de saúde mental podem estar sobrecarregados ou de difícil acesso (Pessoa et al., 2023). Diferentemente das abordagens clínicas tradicionais, essas intervenções atuam na promoção de bem-estar, no fortalecimento de redes de apoio e no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, podendo ser implementadas em escolas, projetos sociais e outros espaços de convivência.

O Programa ConViver, desenvolvido no contexto da pandemia de COVID-19 a partir de uma adaptação de um programa da *Save the Children*, constitui uma dessas iniciativas. Como descrito por Pessoa et al. (2025), o programa teve como base o manual *The Children's Resilience Programme: Psychosocial Support In and Out of Schools*,

originalmente elaborado pela *Save the Children* da Dinamarca e tinha como objetivo atender populações infantis afetadas por desastres como terremotos, enchentes, tsunamis e conflitos armados. Após autorização formal dos criadores do programa original, iniciou-se um processo sistemático de adaptação cultural para a realidade brasileira, conduzido por uma equipe de pesquisadoras e pesquisadores de diferentes regiões do país. O processo de adaptação seguiu sete etapas sequenciais, conforme sistematizado por Pessoa et al. (2025):

Na primeira etapa, realizou-se a tradução integral do manual original do inglês para o português. Na segunda, realizou-se a adaptação das atividades ao contexto brasileiro, bem como a exclusão de dinâmicas pouco familiares às crianças brasileiras. Ainda na segunda etapa houve, também, redução do número total de sessões. A intervenção passou de 16 para oito sessões, mas a carga horária manteve-se por meio do aumento da duração de cada encontro (de 1h30 até 2h por sessão). Na terceira etapa, a equipe de pesquisadores reuniu-se presencialmente por cinco dias para uma avaliação colaborativa de cada atividade em sua versão adaptada, bem como incorporar novas modificações. A quarta etapa consistiu em um estudo piloto com 13 crianças, de modo a avaliar engajamento, aprendizado e adequação das atividades para o público infantil. Na quinta etapa, a partir da aplicação piloto da intervenção, algumas atividades foram reformuladas e outras suprimidas. A sexta etapa envolveu a análise de duas juízas externas à equipe, especialistas em desenvolvimento infantil e adaptação de modelos e intervenções psicossociais. Por fim, na sétima etapa, as recomendações das juízas foram incorporadas, resultando na versão final do manual brasileiro do Programa, intitulado “ConViver” (Pessoa et al., 2025).

Como supracitado, a versão adaptada da intervenção é composta por oito sessões grupais, organizadas em duas partes complementares. As três primeiras sessões

concentram-se na criação de um ambiente acolhedor e seguro, visando à expressão emocional e à construção de vínculos entre os participantes. As sessões seguintes (4 a 8) abordam diretamente a catástrofe vivenciada, no caso a pandemia de COVID-19. Essa parte inclui psicoeducação sobre o evento, estratégias de proteção, normalização de reações emocionais e enfrentamento de perdas (Pessoa et al., 2025). A Tabela 1 sintetiza os objetivos de cada sessão.

TABELA 1*Objetivos do programa conviver por sessão*

Sessão	Tema	Objetivos
1	Conhecendo o grupo	Apresentar participantes e equipe, alinhar expectativas, estabelecer regras de convivência
2	Minha vida e nossa comunidade	Compartilhar histórias de vida e rede de apoio, discutir problemas e recursos da comunidade
3	O que precisamos para crescer saudáveis	Refletir sobre necessidades físicas e emocionais para o desenvolvimento
4	O que são desastres?	Compreender o conceito de catástrofes, porque elas ocorrem e seus impactos, com foco na pandemia
5	Me mantendo seguro	Identificar medidas de proteção contra a COVID-19 e fontes comunitárias de apoio
6	Reações normais a eventos anormais	Normalizar reações emocionais diante da pandemia, promover compartilhamento de

		sentimentos
7	Lidando com o medo e o que perdemos	Elaborar perdas materiais e pessoais, desenvolver estratégias de enfrentamento
8	O que construímos!	Avaliar o programa, fortalecer vínculos e encerrar o processo

Fonte: Elaborado com base em Pessoa et al. (2025).

A implementação do programa ocorreu em cinco cidades brasileiras (Belém, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre e São Carlos), abrangendo as cinco regiões do país. As sessões foram conduzidas em escolas públicas e projetos sociais que ofereciam atendimento no contraturno escolar. Para compor a amostra, estabeleceram-se critérios de inclusão baseados na experiência direta ou indireta das crianças com a pandemia. Foram elegíveis aquelas que atendessem a pelo menos uma das seguintes condições: i) ter recebido diagnóstico positivo para COVID-19; ii) perda de familiar ou pessoa próxima em decorrência da doença; iii) alterações emocionais ou comportamentais percebidas pelos cuidadores durante a pandemia (Pessoa et al., 2025).

Estudos prévios demonstram a eficácia do programa *ConViver* para desfechos como afetos positivos e percepção de rede de apoio (Pessoa et al., 2023; Sanches et al., 2024), no entanto ainda são escassas as evidências sobre seus efeitos, especificamente sobre sua eficácia na redução de sintomas depressivos em crianças afetadas por catástrofes. Ademais, a literatura tem apontado que respostas a intervenções psicossociais são heterogêneas, com alguns indivíduos apresentando melhora significativa, outros mantendo estabilidade e

outros, ainda, podendo piorar ao longo do tempo (Duagi et al., 2024; Wendel et al., 2024). Essa variabilidade, frequentemente mascarada por análises baseadas exclusivamente em médias grupais, reforça a necessidade de abordagens analíticas centradas na pessoa, capazes de identificar subgrupos com trajetórias diferenciadas. Compreender quais características se associam a cada perfil de resposta pode auxiliar no refinamento das intervenções e na alocação mais adequada de recursos.

Diante do exposto, a presente tese de doutorado foi organizada com o objetivo central de investigar os efeitos de uma intervenção psicossocial na diminuição de sintomas de depressão entre crianças expostas a contextos de catástrofe, tomando a pandemia de COVID-19 referência. Para tanto, três estudos foram conduzidos. O primeiro teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em sua versão de 20 itens em uma amostra de crianças brasileiras expostas à pandemia, provenientes de diferentes regiões do país. O segundo buscou examinar os efeitos do programa de intervenção psicossocial ConViver sobre os sintomas depressivos dessas crianças, considerando variáveis sociodemográficas. O terceiro, por sua vez, objetivou identificar perfis diferenciados de trajetória de sintomas depressivos (melhora, estabilidade, piora) e analisar sua associação com características sociodemográficas e com a alocação nos grupos experimental e controle.

Em seu conjunto, a tese pretende contribuir tanto para o aprimoramento dos instrumentos de avaliação da depressão infantil em situações de catástrofes e crises quanto para a produção de evidências sobre a eficácia de intervenções psicossociais, oferecendo subsídios para a prática clínica, a gestão de serviços e a formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças em contextos de catástrofes.

Avaliação das Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) com Crianças Brasileiras

Resumo

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em uma amostra de crianças brasileiras. Participaram 116 crianças entre 8 e 12 anos ($M = 9,7$; $DP = 1,1$), sendo 52,6% do gênero feminino, provenientes de diferentes regiões do Brasil. Foram conduzidas análises descritivas, de consistência interna e análises fatoriais exploratória e confirmatória. O CDI apresentou alta confiabilidade no escore total ($\alpha = 0,88$), com bons índices nas subescalas afetiva ($\alpha = 0,79$) e cognitiva ($\alpha = 0,74$), mas consistência insatisfatória nas subescalas comportamental ($\alpha = 0,52$) e somática ($\alpha = 0,49$). A Análise Fatorial Exploratória indicou quatro fatores que explicaram 52% da variância total, enquanto a Análise Fatorial Confirmatória demonstrou ajuste adequado do modelo ($CFI = 0,99$; $TLI = 0,99$; $RMSEA = 0,000$). Os resultados confirmam a adequação do CDI como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em crianças, embora indiquem a necessidade de revisão nas subescalas comportamental e somática.

Palavras-Chave: Depressão Infantil; Inventário de Depressão Infantil; Propriedades Psicométricas.

Introdução

Os transtornos depressivos constituem um grupo de condições psicológicas caracterizadas por alterações persistentes do humor e prejuízos significativos no funcionamento global do indivíduo (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2022). Entre os principais sintomas, incluem-se o humor persistentemente deprimido, a anedonia (perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente valorizadas), as alterações do padrão de sono (insônia ou hipersonia), os sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, bem como déficits atencionais e cognitivos, entre outros (APA, 2022).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), os sintomas dos quadros depressivos devem ocasionar sofrimento

cl clinicamente significativo ou comprometimento funcional em áreas importantes da vida, excetuando-se casos explicados por efeitos fisiológicos de substâncias ou por outra condição médica (APA, 2022). O Transtorno Depressivo Maior (TDM), por exemplo, é caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas durante pelo menos duas semanas, incluindo obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia, podendo incluir agitação ou retardo psicomotor, dificuldades cognitivas e pensamentos suicidas (Bains & Abdijadid, 2020; Cui et al., 2024). Já o Transtorno Depressivo Persistente (distímia), apresenta sintomas menos intensos, porém crônicos, durando dois anos ou mais em adultos e um ano em crianças e adolescentes (APA, 2022).

Quando manifestados na infância, os sintomas depressivos podem se apresentar através da tristeza e desânimo persistentes, irritabilidade, retraimento social e prejuízos nos relacionamentos interpessoais (APA, 2022). Outros sintomas incluem alteração significativa no crescimento, peso e/ou apetite, muitas vezes não atingindo os padrões esperados para o estágio de desenvolvimento (APA, 2022; Cole et al., 2012). Além disso, podem surgir isolamento social, dificuldades de interação com pares e familiares, bem como problemas na participação em atividades cotidianas (Ogundele, 2018). Em casos mais graves, pode surgir ideação suicida e comportamento autolesivo, como cortes ou outras formas de autoagressão (Başgöze et al., 2021). De acordo com Associação Psiquiátrica Americana, (2022) esses sintomas devem ser avaliados considerando o impacto significativo no funcionamento diário da criança, incluindo seu desempenho global.

Estudos epidemiológicos indicaram que a depressão manifestada em crianças e adolescentes apresenta elevada prevalência tanto em contextos nacionais quanto internacionais. Levantamentos internacionais apontaram que 14.3% das crianças e

adolescentes apresentam algum tipo de transtorno mental (WHO, 2021), sendo a depressão um dos mais comuns. No contexto nacional, de acordo com um levantamento do IBGE em 2024, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente em crianças e adolescentes no Brasil (Brasil, 2025). O relatório supracitado também indica um aumento de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos na população infanto-juvenil, ressaltando que tais manifestações podem estar associadas a quadros depressivos na infância e adolescência (Brasil, 2025).

Complementando esses dados, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2024, realizada com adolescentes de 13 a 17 anos de 4.167 escolas brasileiras, revelou que aproximadamente 28,9% dos participantes se sentiam tristes a maior parte do tempo ou sempre; 42,9% relataram sentir-se irritados, nervosos ou de mau humor; 18,5% mencionaram não ver sentido em viver e 49,7% relataram preocupação excessiva com as coisas comuns do dia a dia (Brasil, 2025). Embora a depressão seja uma questão de saúde pública e geralmente estudada na adolescência ou na vida adulta, evidências indicam que podem aparecer já na infância, inclusive em crianças pré-escolares (Costa et al., 2022). No Brasil, as taxas de notificação de tentativas de suicídio e comportamento autolesivo em crianças e adolescentes têm aumentado (Brasil, 2021). De acordo com o Ministério da Saúde, entre 2010 e 2019, houve um aumento de 82% nas taxas de morte por suicídio de adolescentes, quando comparadas ao levantamento anterior, passando de 3,5 por 100 mil para 6,4 por 100 mil (Ministério da Saúde, 2021).

No entanto, mais do que um problema de prevalência, a depressão infantil traz consequências importantes para o desenvolvimento das crianças, que podem se estender até a vida adulta (Copeland et al, 2021). Apesar dos prejuízos psicossociais causados pela

depressão infantil, muitas vezes o seu diagnóstico e tratamento não são conduzidos de maneira adequada. Isso ocorre porque a sociedade se estrutura em um modelo adultocêntrico e negligencia diversos aspectos do desenvolvimento infantil (Fegert et al, 2023). Deste modo, muitas vezes, os sintomas de depressão nas crianças são subestimados, o que dificulta seu reconhecimento e intervenção.

Indivíduos que desenvolvem quadros depressivos na infância têm uma maior probabilidade de desenvolver outros quadros psicopatológicos na adolescência e na adultez. Copeland et al. (2021) corroboram essa informação por meio de um estudo longitudinal que acompanhou, dos 10 aos 24 anos de idade, indivíduos diagnosticados com depressão na infância. Segundo a pesquisa supracitada, a depressão infantil se associou a quadros ansiosos, uso abusivo de substâncias, prejuízos na saúde física e no funcionamento social, prejuízos financeiros e educacionais e envolvimento na criminalidade.

Embora parte dos sintomas da depressão na infância se manifeste por aspectos fisiológicos, como alterações de sono, apetite e níveis de ansiedade, é fundamental compreender que esse transtorno não pode ser reduzido apenas à dimensão biológica. Fatores ambientais, sociais e psicológicos desempenham papel crucial na expressão da depressão infantil (APA, 2020). Entre esses fatores, as diferenças de gênero têm recebido atenção crescente na literatura (Flynn & Bustamante., 2024; Nakamura et al., 2018; Zanello, 2018). Estudos indicam que meninas tendem a apresentar mais sintomas internalizantes, como tristeza, choro, culpa e autocrítica, enquanto meninos apresentam, com maior frequência, sintomas externalizantes, incluindo irritabilidade, oposição e agitação (Flynn & Bustamante., 2024; Nakamura et al., 2018;). Essas diferenças podem ser explicadas, em parte, pelos processos de socialização e pelos papéis de gênero impostos

socialmente. Em sociedades patriarcais, espera-se que meninos sejam fortes, assertivos e independentes, enquanto meninas são socializadas para desempenharem papéis sociais associados à docilidade, amabilidade e cooperação (Cislaghi & Heise, 2020; Halim et al., 2017). Tais normas sociais influenciam não apenas a expressão comportamental da depressão, mas também a forma como os sintomas são percebidos e tratados. Dessa forma, a avaliação clínica da depressão na infância deve considerar não apenas sinais comportamentais e fisiológicos, mas também as nuances relacionadas a aspectos ambientais e culturais, a fim de promover um diagnóstico mais preciso e intervenções mais adequadas.

Além do gênero, a idade também representa uma variável importante na expressão e identificação da depressão infantil, uma vez que o desenvolvimento cognitivo e emocional influencia a forma como os sintomas são percebidos e relatados (APA, 2022). Crianças mais novas apresentam maior dificuldade em verbalizar emoções e compreender conceitos abstratos (Ruba & Pollak, 2020), o que pode dificultar a detecção de sintomas depressivos. Por outro lado, crianças mais velhas e adolescentes podem ter sintomas depressivos negligenciados e erroneamente relacionados a mudanças puberais (Korczak et al., 2023; Rikard-Bell et al., 2022). Esses fatores indicam que a avaliação da depressão na infância e adolescência não é um processo simples, sendo necessário o uso de técnicas e instrumentos adequados. Nesse contexto, torna-se imperativo desenvolver, avaliar e atualizar instrumentos de avaliação psicológica para a detecção de sintomas de depressão infantil, considerando suas limitações e potencialidades para captar, com acurácia, a complexidade do sofrimento emocional causado na infância. Portanto, é essencial que a comunidade científica desenvolva estudos para a criação e validação de instrumentos fidedignos, capazes de captar de maneira acurada sintomas depressivos na infância e adolescência,

proporcionando boas ferramentas diagnósticas e, posteriormente, tratamentos interventivos de qualidade (Croarkin et al., 2024).

Dentre os instrumentos mais utilizados para avaliar a depressão infantil, destacam-se escalas de autorrelato, como o Beck Depression Inventory (BDI), atualmente validado pelo SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos no Brasil). O BDI foi originalmente desenvolvido para adultos, mas adaptado para aplicação em crianças. No entanto, alguns estudos apontam que esse instrumento apresenta limitações importantes. De acordo com Sentell e Ratcliff-Baird (2003), uma das problemáticas do BDI refere-se à dificuldade de compreensão dos itens por parte dos respondentes. Um estudo conduzido pelas autoras supracitadas buscou explorar a relação entre nível de alfabetização dos respondentes e a compreensão das alternativas de resposta do BDI. Os resultados mostraram que um menor nível de alfabetização foi significativamente associado a menor compreensão dos itens. Mas é importante salientar que problemas de compreensão também foram encontrados entre os grupos com maior nível de alfabetização (Sentell & Ratcliff-Baird, 2003) e em populações adolescentes (Ambrosini et al., 1991). Dessa forma, embora historicamente o BDI tenha sido amplamente empregado em contextos clínicos e de pesquisa, seu uso em populações infantis ainda exige cautela e investigações contínuas.

Assim, torna-se pertinente considerar outros instrumentos que possam contribuir para a ampliação da literatura sobre depressão infantil, como o Children's Depression Inventory (CDI). O CDI, originalmente desenvolvido por Kovacs (1983), é um instrumento que visa identificar sintomas de depressão infantil e é amplamente utilizado para avaliar a presença dos sintomas em crianças e adolescentes. Sua aplicação tem sido validada em diversos contextos ao longo dos anos e os resultados destes estudos têm demonstrado que o

CDI apresenta utilidade clínica e de pesquisa para o diagnóstico e monitoramento de sintomas depressivos na população infanto-juvenil brasileira (Coutinho et al., 2013; Cruvinel et al., 2008; Wathier et al., 2008).

No estudo de Kovacs (2003), conduzido com 1.266 estudantes de escolas públicas da Flórida (EUA), o CDI apresentou consistência interna satisfatória ($\alpha = 0,86$) e estrutura de cinco fatores, sendo elas: Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Inefetividade, Anedonia e Autoestima Negativa. Foi utilizado o método Maximum Likelihood com rotação Oblimin, sendo que o primeiro fator respondeu por 23,3% da variância total dos escores.

No Brasil, a trajetória do CDI apresenta particularidades importantes. Gouveia et al. (1995) conduziram a primeira adaptação do instrumento com 305 jovens de João Pessoa e encontraram solução unifatorial composta por apenas 18 itens, que explicou 13,4% da variância, com $\alpha = 0,81$; os nove itens restantes foram descartados por não atingirem carga fatorial mínima de 0,35. Em estudo posterior, Wathier et al. (2008) investigaram as propriedades psicométricas do CDI, em sua versão com 18 itens, com 951 crianças e adolescentes do sul do Brasil. Identificaram, por meio de análise fatorial exploratória com método dos Componentes Principais e rotação Varimax, uma solução trifatorial, sendo elas: Afetivo-somático, Relação com o outro e Desempenho, que explicou, em conjunto, 31,89% da variância, com consistência interna global de $\alpha = 0,85$.

Estudos nacionais subsequentes (Coutinho et al., 2013; Cruvinel et al., 2008; Golfeto et al., 2002) passaram a utilizar a versão de 20 itens do CDI, atribuída à adaptação de Gouveia et al. (1995). As pesquisas supracitadas, realizadas com a versão de 20 itens do instrumento, reportaram estruturas fatoriais que variaram de um a cinco fatores, com

consistência interna total entre 0,80 e 0,91. Assim, a literatura brasileira sobre o CDI apresenta divergências quanto ao número de itens (18 vs. 20), à estrutura fatorial (unifatorial, trifatorial, quadrifatorial ou penta-fatorial) e à consistência interna de subdimensões específicas, especialmente as de natureza comportamental e somática (Wathier et al., 2008; Golfeto et al., 2002). Adicionalmente, a maioria dos estudos foi conduzida em amostras regionais restritas (Paraíba, Rio Grande do Sul ou São Paulo), com pouca representatividade geográfica, e nenhum até o momento realizou análise fatorial confirmatória (AFC) do CDI em uma amostra brasileira exposta a um evento de estresse coletivo, como a pandemia de COVID-19. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em uma amostra de crianças brasileiras de diferentes regiões do país.

Método

O presente trabalho deriva de uma pesquisa nacional intitulada "Adaptação e verificação da eficácia de um programa de promoção de saúde mental e resiliência em crianças afetadas pela COVID-19", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Proc. nº 2020/06073-3). Por meio de um estudo quase-experimental de métodos mistos, essa pesquisa nacional buscou adaptar e verificar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial voltado a crianças expostas a catástrofes, especificamente a pandemia da COVID-19. Desse modo, o presente estudo consiste em um recorte dos dados basais pré-intervenção da pesquisa supracitada e tem como objetivo analisar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em sua versão de 20 itens, por meio de um estudo transversal de abordagem

quantitativa. Adicionalmente, buscou-se avaliar a estrutura fatorial e a consistência interna do instrumento em uma amostra de crianças brasileiras provenientes de cinco regiões do país (Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste).

Participantes

A amostra foi composta por 116 crianças de 8 a 12 anos ($M = 9,7$; $DP = 1,1$), dos quais 61 (52,6%) eram do gênero feminino e 55 (47,4%) do gênero masculino. Em relação à composição étnica/cor/raça, a maioria se identificava como Branca (38; 32,8%), seguida por Preta (33; 28,4%), Parda (18; 15,5%), Outra (16; 13,8%), Indígena (6; 5,2%) e Oriental (5; 4,3%). Quanto à instituição de origem (ou seja, o local que responderam aos instrumentos e receberam a intervenção), 88 participantes (75,9%) frequentavam escolas, enquanto 28 (24,1%) estavam inseridos em projetos sociais. Geograficamente, a amostra incluiu participantes de diferentes estados do Brasil, com 38 (32,8%) oriundos de São Paulo, 27 (23,3%) do Rio Grande do Sul, 25 (21,6%) do Distrito Federal, 17 (14,7%) do Ceará e 9 (7,8%) do Pará.

Instrumentos

Inventário de Depressão Infantil (CDI, do inglês *Children's Depression Inventory*) foi originalmente desenvolvido por Kovacs (1983) como uma escala de autorrelato composta por 27 itens, cujo objetivo é avaliar a presença e a severidade de sintomas depressivos em crianças e adolescentes de sete a 17 anos. No contexto brasileiro, Gouveia et al. (1995) conduziram a adaptação do instrumento com 305 escolares de João Pessoa, entre oito e 15 anos, resultando em uma versão reduzida de 18 itens com estrutura unifatorial, variância explicada de 13,4%, consistência interna de $\alpha = 0,81$ e ponto de corte de 17 pontos.

Estudos nacionais posteriores (Golfeto et al., 2002; Cruvinel et al., 2008; Coutinho et al., 2013) passaram a utilizar uma versão de 20 itens com consistência interna total entre 0,80 e 0,91. Esta versão de 20 itens foi empregada no presente estudo. Cada item é respondido em uma escala de três pontos para selecionar a alternativa que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas, e a pontuação total consiste na soma dos itens. Os itens dos instrumentos abrangem aspectos como tristeza, pessimismo, ideação suicida, isolamento social e alterações do sono e do apetite (Golfeto et al., 2002; Cruvinel et al., 2008; Coutinho et al., 2013).

Procedimentos

Para a coleta de dados, seguiu-se as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua resolução 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos. Posteriormente, solicitou-se aos responsáveis legais das crianças participantes que lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o assinassem caso estivessem de acordo com as condições estabelecidas para a participação das crianças no estudo. As crianças participantes, por sua vez, tiveram acesso e atestaram o desejo pela participação no estudo por meio do Termo de Assentimento (TA), que foi devidamente adaptado para compreensão delas de acordo com o estágio de desenvolvimento dos participantes.

Análise de dados

Inicialmente, os escores brutos da escala geral e de suas subdimensões foram descritos em torno de suas medidas centrais, estratificando por gênero e para a amostra

total. Para avaliar a consistência interna do Inventário de Depressão Infantil (CDI) e suas subdimensões, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Em seguida, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória sobre a matriz de correlação policórica para investigar a estrutura subjacente dos itens do CDI. A adequação dos dados para análise fatorial foi avaliada utilizando o índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), que apresentou um valor geral de 0,83, indicando uma boa adequação para a realização da análise. O MSA (Measure of Sampling Adequacy) de cada item variou, com a maioria dos itens apresentando valores acima de 0,70, sugerindo que são apropriados para a análise fatorial, exceto o item cdi20, que apresentou um MSA de apenas 0,48. Adicionalmente, o teste de Bartlett de esfericidade foi significativo ($\chi^2 = 51,56$, gl = 19, $p < 0,001$), indicando que a matriz de correlações difere da identidade e é apropriada para a fatoração. A extração foi realizada por eixos principais, e adotou-se rotação oblíqua (promax), dado a esperada correlação entre fatores. A análise paralela (com base na matriz policórica) indicou a extração de quatro fatores. Por fim, realizamos Análise Fatorial Confirmatória (AFC), especificando o modelo de quatro fatores coerente com a estrutura teórica (Helsel & Matson; 1984), com estimador WLSMV, reportando CFI, TLI, RMSEA e SRMR, bem como correlações fatoriais.

Resultados

A Tabela 2 apresenta as medidas descritivas dos escores em CDI (Inventário de Depressão de Crianças) e suas subescalas, segmentadas por gênero. Para a amostra total de 116 participantes, a média geral do CDI foi de 30.9 (IC 95%: 29.5, 32.4), com um desvio padrão de 7.7 e uma mediana de 28.2, indicando uma ampla variação nos escores. As meninas ($n = 61$) apresentaram uma média de 32.8 (IC 95%: 30.7, 35.0) e um desvio

padrão de 8.4, enquanto os meninos ($n = 55$) tiveram uma média inferior de 28.8 (IC 95%: 27.2, 30.5) e desvio padrão de 6.2 ($p = 0.008$, teste de Mann–Whitney).

Na subescala afetiva, a média foi de 11.2 (IC 95%: 10.4, 12.1) para meninas, em comparação com 9.6 (IC 95%: 8.8, 10.4) para meninos ($p = 0.003$). Na subescala cognitiva, as meninas também obtiveram uma média superior (10.6, IC 95%: 9.9, 11.4) em relação aos meninos (9.0, IC 95%: 8.4, 9.7) ($p = 0.002$). As médias da subescala comportamental foram de 7.4 (IC 95%: 6.9, 7.8) para meninas e 7.0 (IC 95%: 6.5, 7.5) para meninos, enquanto na subescala somática, as médias foram de 3.6 (IC 95%: 3.3, 4.0) para meninas e 3.2 (IC 95%: 2.9, 3.5) para meninos, ambas sem diferenças significativas ($p = 0.158$ e $p = 0.144$, respectivamente).

TABELA 2*Medidas descritivas dos escore em CDI e suas subescalas, por gênero*

Medida	Feminino (n = 61)	Masculino (n = 55)	Total (n = 116)
CDI total			
Média (CI 95%)	32.8 (30.7, 35.0)	28.8 (27.2, 30.5)	30.9 (29.5, 32.4)
DP	8.4	6.2	7.7
Mediana (Min, Max)	30.0 (20.0, 56.0)	27.0 (20.0, 43.0)	28.2 (20.0, 56.0)
Subescala Afetiva			
Média (CI 95%)	11.2 (10.4, 12.1)	9.6 (8.8, 10.4)	10.4 (9.9, 11.0)
DP	3.4	2.9	3.2
Mediana (Min, Max)	10.0 (7.0, 21.0)	9.0 (7.0, 21.0)	9.0 (7.0, 21.0)
Subescala Cognitiva			
Média (CI 95%)	10.6 (9.9, 11.4)	9.0 (8.4, 9.7)	9.9 (9.3, 10.4)
DP	3.0	2.4	2.8
Mediana (Min, Max)	10.0 (6.0, 18.0)	8.0 (6.0, 16.0)	9.0 (6.0, 18.0)
Subescala Comportamental			
Média (CI 95%)	7.4 (6.9, 7.8)	7.0 (6.5, 7.5)	7.2 (6.8, 7.5)
DP	1.8	1.8	1.8
Mediana (Min, Max)	7.0 (5.0, 12.0)	6.2 (5.0, 14.0)	7.0 (5.0, 14.0)
Subescala Somática			
Média (CI 95%)	3.6 (3.3, 4.0)	3.2 (2.9, 3.5)	3.4 (3.2, 3.7)
DP	1.4	1.1	1.3
Mediana (Min, Max)	3.0 (2.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)

As análises de confiabilidade indicaram que o CDI apresenta um Alfa de Cronbach de 0,88, indicando uma excelente consistência interna. Ao analisar as subescalas, as dimensões Afetiva ($\alpha = 0,79$) e Cognitiva ($\alpha = 0,74$) também apresentaram uma boa confiabilidade. Por outro lado, as subescalas Comportamental e Somática apresentaram

valores mais baixos, de 0,52 e 0,49, respectivamente, indicando uma consistência interna insatisfatória, o que sugere que os itens dessas dimensões podem não estar capturando de maneira coesa o construto pretendido.

A Análise Fatorial Exploratória (AFE), apresentada na Tabela 3, indicou as cargas fatoriais, comunalidades (h^2), unicidades (u^2) e complexidade dos itens do CDI. Em geral, os itens apresentam comunalidades consideradas elevadas, com destaque para os itens cdi4 ($h^2 = 0.71$) e cdi16 ($h^2 = 0.83$), sugerindo uma forte relação com os fatores extraídos. As unicidades variam, com alguns itens (como cdi16) apresentando uma unicidade baixa ($u^2 = 0.17$), o que reforça sua adequação à estrutura fatorial; enquanto outros valores indicam que alguns itens são explicados em boa medida por fatores externos ao modelo (como cdi5, cdi17, cdi18 e cdi20).

TABELA 3

Cargas fatoriais, communalidades (h^2), unicidades (u^2), e complexidade para a análise fatorial com quatro fatores

Item	PA1	PA2	PA4	PA3	h^2	u^2	Complexidade
cdi1	-0.16	0.63	0.29	-0.15	0.52	0.48	1.7
cdi2	-0.08	0.16	0.56	0.15	0.43	0.57	1.4
cdi3	0.38	0.15	0.31	0.04	0.52	0.48	2.3
cdi4	0.37	-0.26	0.74	-0.06	0.71	0.29	1.8
cdi5	0.28	0.09	-0.04	0.40	0.32	0.68	1.9
cdi6	-0.07	0.74	-0.14	0.29	0.55	0.45	1.4
cdi7	0.43	0.48	0.00	-0.14	0.62	0.38	2.1
cdi8	0.15	0.11	0.51	0.35	0.68	0.32	2.1
cdi9	0.25	0.25	0.38	-0.16	0.51	0.49	2.9
cdi10	-0.17	0.65	0.34	0.20	0.72	0.28	1.9
cdi11	0.40	0.34	0.13	-0.23	0.51	0.49	2.9
cdi12	0.62	0.10	-0.02	0.02	0.46	0.54	1.1
cdi13	0.48	0.47	-0.06	-0.21	0.62	0.38	2.4
cdi14	0.35	0.49	-0.15	0.08	0.47	0.53	2.1
cdi15	0.52	0.15	-0.11	0.29	0.49	0.51	1.9
cdi16	0.84	-0.05	0.18	-0.03	0.83	0.17	1.1
cdi17	0.58	-0.27	0.06	0.26	0.38	0.62	1.9
cdi18	0.07	0.19	0.29	0.19	0.29	0.71	2.7
cdi19	0.61	-0.05	0.20	-0.10	0.47	0.53	1.3
cdi20	-0.12	-0.01	0.09	0.58	0.33	0.67	1.1

A Tabela 4 apresenta a variância explicada pelos fatores extraídos na Análise Fatorial. Os resultados indicaram que o primeiro fator (FA1) explica 19% da variância total (SS Loadings = 3.90), sendo o fator com a maior proporção de variância. O segundo fator

(FA2) explica 15% da variância (SS Loadings = 2.98), seguido pelo terceiro fator (FA4), que contribui com 12% da variância (SS Loadings = 2.35) e pelo quarto fator (FA3), que explica 6% da variância (SS Loadings = 1.21).

TABELA 4

Variância explicada pelos fatores e correlação entre os fatores

Fator	SS Loadings	Proporção da Variância	Variância Cumulativa	Correlação entre os Fatores			
				FA1	FA2	FA4	FA3
FA1	3.90	0.19	0.19	1.00	0.56	0.53	0.25
FA2	2.98	0.15	0.34	0.56	1.00	0.54	0.20
FA4	2.35	0.12	0.46	0.53	0.54	1.00	0.16
FA3	1.21	0.06	0.52	0.25	0.20	0.16	1.00

As correlações entre os fatores FA1, FA2 e FA4 são moderadas, variando de 0,53 a 0,56, sugerindo que esses fatores compartilham uma quantidade considerável de variância em comum. O fator FA1 apresenta a correlação mais forte com FA2 ($r = 0,56$) e FA4 ($r = 0,53$), indicando uma relação positiva significativa entre eles. Por outro lado, as correlações entre FA3 e os demais fatores são mais fracas, com valores de 0,25 para FA1, 0,20 para FA2 e 0,16 para FA4, sugerindo que FA3 se relaciona menos com os outros fatores.

Na Análise Fatorial Confirmatória, as cargas fatoriais não padronizadas das variáveis latentes foram apresentadas na Tabela 5, divididas em quatro dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental e somática. Para a variável latente afetiva, o item cdi1 foi fixado em 1.000 como referência, enquanto os itens cdi6, cdi7, cdi10, cdi13, cdi16 e cdi19

apresentaram estimativas de carga significativas, variando de 1.266 a 2.056, com erros padrão que variaram entre 0.209 e 0.290, todos com $p\text{-valor} < 0.001$, indicando forte associação com a dimensão afetiva. Na dimensão cognitiva, o item cdi2 também foi fixado em 1.000, com os demais itens (cdi3, cdi8, cdi9, cdi11 e cdi18) apresentando estimativas de carga entre 1.089 e 1.312, com erros padrão de 0.105 a 0.138 e $p\text{-valor} < 0.001$, sugerindo uma relação significativa com a variável latente cognitiva. Para a dimensão comportamental, o item cdi4 foi mantido como referência, enquanto os itens cdi5, cdi12, cdi17 e cdi20 mostraram cargas fatoriais que variaram de 0.403 a 0.821, todos significativos com $p\text{-valor} < 0.001$. Finalmente, na dimensão somática, o item cdi14 foi fixado em 1.000, e o item cdi15 apresentou uma carga de 1.071 com erro padrão de 0.120 e $p\text{-valor} < 0.001$, evidenciando sua relevância dentro da variável latente somática.

TABELA 5*Estimativas das cargas fatoriais das variáveis latentes*

Variável Latente	Item	Estimativa	Erro	Padrão	
			(SE)	z	p
Afetiva					
	cdi1	1.000	-	-	-
	cdi6	1.266	209	6.061	< 0.001
	cdi7	1.960	282	6.959	< 0.001
	cdi10	1.739	263	6.601	< 0.001
	cdi13	1.624	240	6.766	< 0.001
	cdi16	2.056	290	7.089	< 0.001
	cdi19	1.604	234	6.849	< 0.001
Cognitiva					
	cdi2	1.000	-	-	-
	cdi3	1.270	136	9.351	< 0.001
	cdi8	1.312	138	9.528	< 0.001
	cdi9	1.089	125	8.695	< 0.001
	cdi11	1.094	123	8.886	< 0.001
	cdi18	772	105	7.333	< 0.001
Comportamental					
	cdi4	1.000	-	-	-
	cdi5	819	98	8.322	< 0.001
	cdi12	809	103	7.839	< 0.001
	cdi17	821	96	8.528	< 0.001
	cdi20	403	83	4.881	< 0.001
Somática					
	cdi14	1.000	-	-	-
	cdi15	1.071	120	8.953	< 0.001

O teste para o modelo da estrutura fatorial proposta resultou em $\chi^2(164) = 158.54$, $p\text{-valor} = 0.606$, indicando que não há evidências suficientes para rejeitar o modelo. O *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI) apresentam valores próximos a 0,99. O *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) é de 0.000, com um intervalo de confiança entre 0.00 e 0.04, $p = 0.98$, o que também aponta para um ajuste adequado. Contudo, o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) de 0.105 sugere que há alguma discrepância que pode ser explorada, e o *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI) de 0.929 reforça a adequação do modelo, embora com espaço para melhorias.

A análise das covariâncias entre as variáveis latentes revelou associações significativas entre os fatores afetivo, cognitivo, comportamental e somático, conforme mostra a Tabela 6. Todos os pares de variáveis latentes apresentaram covariâncias positivas, indicando relações interdependentes entre elas. Os valores de z , significativos, sugerem que as variáveis não apenas se correlacionam, mas também que as associações observadas são robustas.

TABELA 6*Covariâncias entre variáveis latentes*

Covariância	Estimativa	Erro	Padrão	
		(SE)	Z	p
Afetiva ~~ Cognitiva	200	31	6.368	< 0.001
Afetiva ~~ Comportamental	236	37	6.445	< 0.001
Afetiva ~~ Somática	220	35	6.221	< 0.001
Cognitiva ~~ Comportamental	362	42	8.674	< 0.001
Cognitiva ~~ Somática	319	43	7.385	< 0.001
Comportamental ~~ Somática	343	56	6.129	< 0.001

Discussão

Os resultados descritivos revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros no escore total do CDI e, de forma mais acentuada, nas dimensões afetiva e cognitiva, com médias superiores para as meninas. Esses achados são consistentes com a literatura sobre desenvolvimento infantil, que aponta maior prevalência de sintomas internalizantes em meninas e maior expressão de sintomas externalizantes em meninos (Flynn & Bustamante, 2024). Em sociedades nas quais a socialização emocional masculina é pautada pela repressão ou desvalorização da expressão de vulnerabilidades, meninos tendem a comunicar sofrimento de forma menos direta (Addis, 2008), muitas vezes por meio de comportamentos não captados pelos itens autorrelatados do CDI.

Complementarmente, meninas socializadas a reconhecer e verbalizar estados afetivos tendem a relatar mais sintomas ligados a humor, culpa e autocrítica (Nakamura et al., 2018). Assim, a diferença estatística observada não implica necessariamente que meninas apresentem sofrimento absoluto maior, mas reflete variações na forma de manifestação e na sensibilidade do instrumento. O predomínio de itens voltados para sintomas internalizantes no CDI pode reforçar esse viés, subestimando manifestações mais comuns em meninos. Esses dados reforçam a necessidade de considerar fatores socioculturais e de gênero ao interpretar resultados psicométricos e no desenvolvimento de instrumentos.

No que se refere à consistência interna, o CDI apresentou $\alpha = 0,88$. Ao comparar os achados com estudos prévios, observa-se convergência no que diz respeito à confiabilidade do CDI. Pesquisas brasileiras reportaram coeficientes de consistência interna variando entre 0,81 e 0,91 (Coutinho et al., 2013; Cruvinel et al., 2008; Golfeto et al., 2002; Wathier et al., 2008), valores próximos aos obtidos neste estudo. Essa estabilidade sugere que o CDI mantém parâmetros psicométricos robustos, aptos para o rastreamento de sintomas depressivos na população infanto-juvenil.

Na análise das subescalas, as dimensões Afetiva ($\alpha = 0,79$) e Cognitiva ($\alpha = 0,74$) apresentaram boa confiabilidade. Por outro lado, as subescalas Comportamental e Somática obtiveram valores mais baixos (0,52 e 0,49, respectivamente), indicando consistência interna insatisfatória. Essa discrepância pode ser interpretada à luz da ausência de consenso quanto à estrutura interna do CDI, tanto no cenário internacional quanto no Brasil. Com efeito, a literatura nacional e internacional apresenta soluções fatoriais que vão desde estruturas unifatoriais até pentafatoriais (por exemplo Coutinho et al., 2013; Golfeto et al.,

2002; Helsel & Matson, 1984; Kovacs, 1983; Wathier et al., 2008), evidenciando a falta de estabilidade dimensional do instrumento.

As diferenças supracitadas possivelmente refletem influências regionais, socioculturais e metodológicas. Diferentemente de estudos anteriores, o presente trabalho contemplou participantes de quatro regiões do Brasil, o que amplia sua validade externa e reduz a limitação da representatividade geográfica. Ainda assim, não se pode descartar que diferenças culturais e contextuais entre as regiões impactem a expressão dos sintomas e a interpretação dos itens (Wathier et al., 2008). Assim, reforça-se a importância de estudos multicêntricos que investiguem de forma comparativa tais variações, a fim de estabelecer normas mais abrangentes e sensíveis às especificidades brasileiras.

Outro aspecto relevante diz respeito à influência do contexto histórico e social. Como destacam Cruvinel et al. (2008), a depressão infantil foi, por muito tempo, negligenciada e apenas a partir da década de 1970 passou a ser reconhecida como uma condição psicopatológica com implicações na infância. O presente estudo, realizado em meio à pandemia de COVID-19, reforça essa perspectiva ao mostrar como fatores ambientais, como isolamento social, mudanças escolares e aumento do estresse familiar, podem intensificar a expressão de sintomas depressivos. Em contextos pandêmicos, inclusive, sintomas somáticos podem ser confundidos com sinais de infecção (Borges et al., 2023), comprometendo a precisão das respostas. Assim, evidencia-se que a investigação da depressão infanto-juvenil deve sempre considerar o contexto no qual os indivíduos estão inseridos.

Os resultados da AFE indicaram uma estrutura de quatro fatores que explicou 52% da variância total. Esses achados ampliam o espectro de soluções já descritas na literatura

nacional. Estudos anteriores reportaram desde estruturas unifatoriais (Coutinho et al., 2013), passando por três fatores (Wathier et al., 2008), até cinco fatores (Golfeto et al., 2002). A identificação de quatro fatores neste estudo sugere que a depressão infantil, medida pelo CDI, pode se manifestar de maneira multifacetada, variando em função do contexto e da composição da amostra. Além disso, a baixa correlação de FA3 com os demais fatores (entre 0,16 e 0,25) pode indicar a presença de um construto relativamente independente, refletindo aspectos específicos do sofrimento infantil ainda pouco explorados na literatura.

Na AFC, o modelo quadrifatorial apresentou índices de ajuste adequados (CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,000), embora o SRMR (0,105) aponte alguma discrepância residual. A análise das covariâncias entre as dimensões indicou associações positivas e significativas, refletindo a natureza multifacetada e integrada da depressão infantil. Os resultados indicam que instrumentos adequados para avaliar depressão infantil devem contemplar simultaneamente aspectos afetivos, cognitivos, comportamentais e somáticos, em vez de focar em apenas um domínio. Essa perspectiva é reforçada por estudos que apontam que intervenções com abordagens multifatoriais tendem a produzir maior impacto preventivo e terapêutico em saúde mental infantil (Costa et al, 2022; Ferreira et al., 2023).

Em síntese, os resultados confirmam a adequação do CDI como ferramenta psicométrica relevante no contexto brasileiro, especialmente em situações de crise, como a pandemia da COVID-19, que acentuaram sintomas depressivos em crianças. Entretanto, também evidenciam fragilidades que demandam atenção: a baixa consistência de subescalas específicas, a necessidade de revisar itens problemáticos (como cdi20, que apresentou MSA baixo e carga fatorial reduzida) e a influência de variáveis socioculturais e

de gênero na manifestação dos sintomas. Tais achados reforçam a importância de aprimorar continuamente instrumentos de rastreamento, de modo a torná-los sensíveis à diversidade das infâncias brasileiras e eficazes na detecção precoce da depressão infantil.

Considerações Finais

O presente estudo buscou analisar as propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) versão reduzida em uma amostra de crianças brasileiras expostas à catástrofe da pandemia da COVID-19. O presente estudo demonstrou que o CDI versão reduzida apresenta elevada confiabilidade no escore total e em dimensões centrais, como a afetiva e a cognitiva, confirmando sua utilidade como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em crianças brasileiras. Contudo, a baixa consistência interna das subescalas comportamental e somática evidencia fragilidades estruturais do inventário, sugerindo que essas dimensões necessitem de reformulação.

Além disso, verificou-se a influência de variáveis de gênero na expressão dos sintomas, com médias mais elevadas para meninas nas dimensões afetiva e cognitiva. Esse dado reforça a importância de considerar aspectos socioculturais na interpretação dos resultados, de modo a evitar leituras reducionistas ou enviesadas. A identificação dessas diferenças também aponta para a necessidade de instrumentos que contemplem manifestações diversas do sofrimento emocional infantil, ampliando a sensibilidade diagnóstica.

No contexto da pandemia da COVID-19, em que sintomas depressivos se intensificaram em populações vulneráveis, a utilização de instrumentos válidos e confiáveis

se torna ainda mais urgente. O CDI mostrou-se uma ferramenta adequada para rastrear sinais de depressão em crianças. Os resultados contribuem ao confirmar que a estrutura do CDI se mantém válida mesmo em um cenário de catástrofe, bem como crise sanitária e social, como a pandemia da COVID-19. Isso amplia as evidências de sua aplicabilidade em contextos adversos e diversificados. Como limitações, destacam-se a amostra pequena para análises fatoriais confirmatórias, a coleta em contexto de pandemia, que pode ter influenciado respostas somáticas, e a ausência de análises de invariância entre diferentes grupos etários e socioculturais. Futuras pesquisas devem investir em amostras maiores e mais heterogêneas, bem como na revisão ou reformulação das subescalas menos consistentes, a fim de aprimorar a sensibilidade e a especificidade do CDI.

Referências

- Addis, M. E. (2008). *Gender and depression in men*. Clinical Psychology: Science and Practice, 15(3), 153-168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>
- Ambrosini, P. J., Metz, C., Bianchi, M. D., Rabinovich, H., & Undie, A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 51-57.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed., revisão do texto). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bains, N., & Abdijadid, S. (2020). Major depressive disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 32644504.

- Başgöze, Z., Wiglesworth, A., Carosella, K. A., Klimes-Dougan, B., & Cullen, K. R. (2021). Depression, non-suicidal self-injury, and suicidality in adolescents: Common and distinct precursors, correlates, and outcomes. *Journal of psychiatry and brain science*, 6(5), e210018.
- Borges, J. A., Nakamura, P. M., & Andaki, A. C. R. (2022). Alta prevalência de ansiedade e sintomatologia depressiva em adolescentes na pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0287>
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of health & illness*, 42(2), 407-422.
- Cole, D. A., Cho, S. J., Martin, N. C., Youngstrom, E. A., March, J. S., Findling, R. L., & Maxwell, M. A. (2012). Are increased weight and appetite useful indicators of depression in children and adolescents?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 838. doi: [10.1037/a0028175](https://doi.org/10.1037/a0028175)
- Copeland, W. E., Alaie, I., Jonsson, U., & Shanahan, L. (2021). Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(5), 604-611.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H. L., Angold, A., & Costello, E. J. (2021). Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1113.

- Costa, A. C. M. M., Nery, L. G., Ribeiro, G. R., Oliveira, G. S., Vaz, R. L., & Arruda, J. T. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 11(7),. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29281>
- Coutinho, M. D. P., Carolino, Z. C. G., & de Medeiros, E. D. (2013). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 291-300. Recuperado em 23 de junho de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300004&lng=pt&tlng=pt.
- Croarkin, P. E., Nakonezny, P. A., Morris, D. W., Rush, A. J., Kennard, B. D., & Emslie, G. J. (2025). Performance and psychometric properties of novel brief assessments for depression in children and adolescents. *JAACAP open*, 3(2), 335-343.
- Cruvinel, P. L., Boruchovitch, E., Santos, A. A. A. (2008). *Análise psicométrica do Inventário de Depressão Infantil: Ajustes e melhorias nas subescalas*. Revista Brasileira de Psicologia Infantil, 6(2), 55-63.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., ... & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30.
- Fegert, J. M., Ludwig-Walz, H., Witt, A., & Bujard, M. (2023). Children's rights and restrictive measures during the COVID-19 pandemic: implications for politicians, mental health experts and society. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 17(1), 75.

- Flynn, A., & Bustamante, V. (2024). Gênero, Raça e ‘Problemas Externalizantes’ em Um Serviço de Saúde Mental Infantil. *Psicologia em Estudo*, 29, e56169. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i1.56169>
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.
- Gouveia, V.V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Halim, M. L. D., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., & Amodio, D. M. (2017). Gender attitudes in early childhood: Behavioral consequences and cognitive antecedents. *Child development*, 88(3), 882-899. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdev.12642>
- Helsel, W. J., & Matson, J. L. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 289–298.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). *Pesquisa nacional de saúde escolar: Resultados sobre saúde mental dos estudantes*. IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102266.pdf>
- Korczak, D. J., Westwell-Roper, C., & Sassi, R. (2023). Diagnosis and management of depression in adolescents. *Cmaj*, 195(21), E739-E746.
- Kovacs, M. (1983). *Children's depression inventory manual*. Multi-Health Systems.

- Kovacs, M. (2003). Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update. Toronto: Multhi-Health
- Nakamura, E., Planche, M., & Ehrenberg, A. (2018). The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* , 22(65), 411-422. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0911>
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9. doi: [10.5409/wjcp.v7.i1.9](https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9)
- Lenth, R. (2024). *emmeans*: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.10.4.900003. <https://rvlenth.github.io/emmeans/>
- Manfro, P. H., da Silva, C. T. B., Anselmi, L., Barros, F., Eaton, W. W., Goncalves, H., ... & Kieling, C. (2021). Depression in a youth population-based sample from Brazil: Prevalence and symptom structure. *Journal of Affective Disorders*, 292, 633-641.
- Ministério da Saúde. (2021). Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33). Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Rikard-Bell, C., Hunt, C., McAulay, C., Hay, P., Morad, A., Cunich, M., & Touyz, S. (2022). Adolescent depression from a developmental perspective: the importance of

recognizing developmental distress in depressed adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16029.

Ruba, A. L., & Pollak, S. D. (2020). The development of emotion reasoning in infancy and early childhood. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2(1), 503-531. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-102556>

Sentell, T. L., & Ratcliff-Baird, B. (2003). Literacy and comprehension of Beck Depression Inventory response alternatives. *Community mental health journal*, 39(4), 323-331. <https://doi.org/10.1023/A:1024072108467>

Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R.. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84

World Health Organization. (2024). *WHO global health estimates 2000–2021*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação* Curitiba, PR: Appris.

Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe: Eficácia de um Programa para Redução de Sintomas de Depressão Infantil

RESUMO

O estudo avaliou a eficácia do programa de intervenção psicossocial na redução de sintomas de depressão entre crianças brasileiras. Tratou-se de um estudo quase-experimental, que recrutou 116 crianças, entre 8 e 12 anos de idade (média = 9,7; DP = 1,1), sendo 61 meninas (52,6%) e 55 meninos (47,4%), residentes em diferentes regiões do Brasil (32,8% São Paulo; 23,3% Rio Grande do Sul; 21,6% Distrito Federal; 14,7% Ceará; 7,8% Pará). Após dividir, de forma randomizada, os participantes em dois grupos (Experimental = GE; Controle = GC), foi administrado o Inventário de Depressão Infantil (CDI) na versão reduzida (20 itens), antes (T1) e após (T2). Os resultados mostraram redução significativa no CDI total ao longo do tempo ($F(1,114) = 11.83$, $p = 0.0008$), com médias caindo de 30,5 (DP = 7,9) no GC e 31,2 (DP = 7,6) no GE no pré-teste (T1), para 28,9 (DP = 6,8) e 29,3 (DP = 7,3) no pós-teste (T2), respectivamente. Contudo, não houve diferença significativa entre grupos ($p = 0.69$) nem interação grupo-tempo ($p = 0.79$). Nas subdimensões do CDI, houve efeito de tempo nas dimensões afetiva ($F = 7.96$, $p = 0.0056$) e cognitiva ($F = 10.47$, $p = 0.0016$) no GE e GC, mas não nas dimensões comportamental e somática. A partir das análises aplicadas nas variáveis sociodemográficas, observou-se redução maior entre meninas ($F = 6.44$, $p = 0.0125$). Houve, também, interação significativa entre grupo e cor da pele ($F = 4.679$, $p = 0.0327$), com reduções mais consistentes entre crianças não negras do GE. Não foram encontradas diferenças significativas por faixa etária, embora crianças de 10 a 12 anos do grupo experimental tenham apresentado redução média de 1,1 ponto na dimensão afetiva. Em síntese, o programa *ConViver* apresentou impacto positivo geral, mas sem diferenças robustas em relação ao GC. As implicações destes achados são debatidas à luz da literatura, bem como indicações de estudos futuros são realizadas.

Palavras-Chave: Depressão Infantil; Intervenção Psicossocial; Catástrofe; Pandemia; Inventário de Depressão Infantil (CDI)

1. Introdução

O termo catástrofe, comumente utilizado de forma equivalente a desastre, pode ser entendido como uma ruptura significativa no funcionamento normal de uma comunidade ou sociedade, provocada por eventos súbitos que interagem com condições de

vulnerabilidade e exposição, ultrapassando a capacidade local de resposta e adaptação (Pandey et al., 2024). Esses eventos podem ter diferentes origens: i) naturais: como terremotos, enchentes, secas ou epidemias; ii) antropogênicas: relacionadas a falhas tecnológicas, acidentes industriais ou degradação ambiental; e iii) sociais: como conflitos armados ou atos de violência coletiva (Zaluar et al., 1994). Há, ainda, os chamados desastres em cascata, que se configuram quando um evento inicial desencadeia uma sucessão de novos desastres e amplia suas consequências (Pandey et al., 2024; Saeed & Gargano, 2022). Apesar de suas diferentes naturezas, todas as catástrofes compartilham a característica central de interromper de maneira abrupta a rotina cotidiana, ameaçando a vida, o bem-estar, a saúde mental e a infraestrutura das populações afetadas.

Embora exista a distinção tipológica supracitada, é imprescindível reconhecer que toda catástrofe é atravessada por dimensões sociais. Seus efeitos não se distribuem de maneira homogênea, mas são modulados por desigualdades historicamente presentes nas comunidades. Condição socioeconômica, fragilidade das redes de apoio comunitário, bem como marcadores sociais como gênero, etnia e território, configuram fatores que influenciam diretamente a capacidade de enfrentamento desses fenômenos (Lin et al., 2024; Moroz & Thieken, 2024; Mude et al., 2021). Nesse sentido, uma pesquisa conduzida por Han e Zhu (2024) demonstrou que comunidades em situação de maior vulnerabilidade social estão suscetíveis a níveis mais elevados de danos materiais, assim como também tendem a receber menos assistência pública, além de dispor de recursos mais limitados para a migração populacional. Esses achados reforçam que a resposta e a recuperação diante de desastres não podem ser compreendidas apenas pela ótica dos danos físicos, mas devem considerar a forma como as estruturas sociais distribuem, de modo desigual, tanto os riscos quanto os recursos.

A pandemia da COVID-19 evidenciou esse quadro de maneira contundente. Um estudo realizado por Hammonds e Kerrissey (2022) apontou que populações negras e de baixa renda estavam em condições mais precárias para realizar o isolamento social, frequentemente inseridas em trabalhos essenciais ou informais, com menor acesso a equipamentos de proteção individual, o que aumentou sua exposição ao contágio. Ademais, pesquisas realizadas durante a pandemia da COVID-19 apontaram que os efeitos do vírus foram distribuídos de maneira desigual entre os diferentes grupos sociais. Estudos conduzidos nos Estados Unidos mostraram que populações negras e latinas apresentaram taxas significativamente mais elevadas de infecção, hospitalização e mortalidade em comparação à população branca (Mude et al., 2021). De forma semelhante, um outro estudo mostrou que a mortalidade por COVID-19 era muito mais alta nos bairros mais desfavorecidos comparado aos bairros mais favorecidos (Wrigley-Field et al, 2021).

No Brasil, estudos nacionais confirmaram essa tendência. Pesquisas apontaram que pessoas negras, pardas e indígenas apresentaram maior risco de hospitalização e morte por COVID-19 do que pessoas brancas, mesmo após o controle por idade, gênero e presença de comorbidades (Peres et al., 2021). Além disso, moradores de áreas periféricas e com menor acesso a recursos básicos, como saneamento, serviços de saúde e condições adequadas de isolamento, estiveram mais expostos ao contágio e às complicações decorrentes da doença (Rodrigues & Krause, 2020). Esses achados reforçam que, independentemente do contexto geográfico, as desigualdades sociais constituem um fator determinante na forma como as catástrofes atingem diferentes populações.

Um outro fator relevante observado durante a pandemia da COVID-19 refere-se à fragilização de mecanismos de proteção social. Aparatos estatais e comunitários de

proteção, como as escolas, serviços de saúde e assistência social, foram fechados ou tiveram suas atividades severamente restringidas (Rico et al., 2022). O fechamento das instituições escolares, em especial, significou não apenas a interrupção do processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, mas também a perda de um espaço central de socialização, apoio psicossocial e identificação de situações de risco (Rico et al., 2022). Nesse contexto, a população infanto-juvenil permaneceu desassistida, privada de recursos que poderiam atenuar os efeitos emocionais e sociais do isolamento.

Estudos evidenciaram que crianças já em situação de vulnerabilidade, particularmente aquelas expostas à violência doméstica, estiveram ainda mais suscetíveis durante esse período. O isolamento social, ao restringir a circulação e os contatos externos, aumentou o tempo de convivência direta com potenciais agressores e reduziu a possibilidade de denúncia e intervenção por parte de professores, profissionais de saúde ou serviços especializados (Levandowski et al., 2021; Rico et al., 2022). Esse quadro agravou riscos à segurança e ao bem-estar infantil, reforçando a ideia de que as consequências das catástrofes transcendem o âmbito da saúde física e alcançam dimensões sociais e psicológicas críticas.

Outras repercussões significativas da pandemia para a saúde mental de crianças e adolescentes dizem respeito ao aumento de diferentes formas de sofrimento psicológico. Pesquisas nacionais e internacionais evidenciaram um crescimento expressivo nos índices de sofrimento psíquico entre a população infanto-juvenil durante esse período, com destaque para sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Silva et al., 2021). A conjunção de fatores como instabilidade familiar, isolamento social, perdas

afetivas e incertezas quanto ao futuro contribuiu de maneira decisiva para intensificar a vulnerabilidade emocional dessa faixa etária (Pessoa et al., 2023; Silva et al., 2021).

Isso demonstra que, em situações de catástrofe, crianças não apenas vivenciam a ruptura de suas rotinas e redes de apoio, mas também enfrentam um risco ampliado de desenvolver transtornos mentais (Silva et al., 2021). De acordo com Copeland et al., (2021), a presença de transtornos mentais na infância aumenta significativamente a probabilidade de recorrência ou agravamento desses quadros ao longo da vida adulta. Assim, os efeitos da pandemia não devem ser compreendidos apenas como uma realidade passada, mas como um exemplo concreto do impacto que diferentes catástrofes podem exercer sobre o desenvolvimento infantil de toda uma geração. Entre os diversos transtornos desencadeados em contextos de crise, a depressão infantil se destaca pela elevada prevalência e pela gravidade de suas consequências, que podem comprometer de forma significativa o desenvolvimento emocional, social e acadêmico das crianças, tanto a curto quanto a longo prazo (Silva et al., 2021).

A depressão infantil é caracterizada como um transtorno do humor que envolve alterações persistentes no afeto, na cognição e no comportamento. De acordo com o *DSM-5-TR* (APA, 2014), em crianças, os sintomas podem incluir humor irritável ou deprimido na maior parte do tempo, perda de interesse por atividades antes prazerosas, alterações no sono e no apetite, fadiga, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa e, em casos mais graves, ideação suicida. Além disso, a depressão entre crianças frequentemente se expressa por meio de queda no desempenho escolar, retraimento social e maior vulnerabilidade a conflitos interpessoais (Copeland et al, 2021).

Estudos epidemiológicos indicaram que a prevalência da depressão em crianças varia de acordo com o contexto e os critérios diagnósticos utilizados, mas de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2021) 14.3% das crianças e adolescentes da população mundial apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo a depressão uma das mais comuns. Pesquisas nacionais reportaram números tão preocupantes quanto às estatísticas internacionais a respeito de sintomas depressivos na infância (Brasil, 2025; Manfro et al., 2021) ainda que muitas vezes subestimados devido à dificuldade de diagnóstico e à sobreposição de sintomas com outros transtornos do desenvolvimento e do comportamento (Korczak et al., 2023; Rikard-Bell et al., 2022). Esses dados sugerem que a depressão na infância é um problema de saúde pública relevante e frequentemente negligenciado, exigindo maior atenção clínica e acadêmica.

Apesar disso, muitas vezes a depressão manifestada em crianças não é tratada adequadamente. A ausência de diagnóstico e intervenções validadas cientificamente tende a agravar os quadros depressivos infantis, aumentando o risco de recorrência ao longo da adolescência e da vida adulta, bem como a associação com outros transtornos psiquiátricos, como ansiedade (Copeland et al., 2021). Em contextos de catástrofes, esses riscos tornam-se ainda mais acentuados (Pessoa et al., 2025), uma vez que crianças expostas a perdas, rupturas de rotina e instabilidade social estão mais vulneráveis ao desenvolvimento e à cronificação da depressão. Assim, o não tratamento compromete não apenas o bem-estar imediato, mas também o desenvolvimento emocional, social e acadêmico dessas crianças, com consequências que podem perdurar por toda a vida. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias eficazes de cuidado psicológico em situações de catástrofe, capazes de reduzir sintomas depressivos e, ao mesmo tempo, promover resiliência (Pessoa et al., 2025).

As intervenções psicossociais constituem uma estratégia essencial em situações de crise, pois oferecem suporte emocional e social de forma ampla, atuando tanto na prevenção quanto no cuidado em saúde mental. Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente em contextos clínicos, elas possibilitam maior alcance comunitário e favorecem a redução de barreiras de acesso (Pessoa et al., 2025). Ao integrar aspectos individuais, familiares e coletivos, essas intervenções contribuem para a reconstrução de vínculos sociais, a restauração de rotinas e a promoção de bem-estar psicológico em populações afetadas por catástrofes (Pessoa et al., 2023).

Programas coletivos de intervenção em saúde mental voltados para populações expostas a situações de desastre têm demonstrado eficácia na redução de sintomas negativos (Pessoa et al., 2023; Sanches et al., 2024), além de promoverem o fortalecimento de recursos internos e comunitários de enfrentamento. Um estudo realizado por Pessoa et al. (2023) apontou que este tipo de abordagem pode contribuir não apenas para a diminuição de indicadores de sofrimento, mas também para a ampliação de experiências emocionais positivas. O estudo quase-experimental supracitado teve como objetivo verificar a eficácia de uma intervenção psicossocial sobre os afetos positivos e negativos percebidos por crianças afetadas pela pandemia de COVID-19. Os resultados indicaram que os participantes do GE apresentaram um aumento estatisticamente significativo nos Afetos Positivos após participarem da intervenção, além de uma redução estatisticamente significativa nos Afetos Negativos. Esses achados reforçam o potencial de intervenções coletivas no contexto escolar e comunitário para favorecer o bem-estar emocional infantil em situações de crise, além de fornecerem evidências empíricas para a implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças em contextos adversos.

Nesse cenário, o desenvolvimento e avaliação de programas de intervenção psicossocial se fazem necessários, pois podem minimizar os efeitos das crises sobre a saúde mental infantil. Entre essas iniciativas, destaca-se o Programa ConViver, elaborado durante a pandemia da COVID-19 como uma proposta de cuidado coletivo voltada à promoção da saúde mental e à redução de sintomas depressivos em crianças brasileiras (Pessoa et al., 2025). Embora tenha surgido em resposta a um contexto específico, sua estrutura foi concebida de modo a possibilitar replicação em outras situações de catástrofe, configurando-se como uma estratégia adaptável e promissora.

O Programa ConViver é uma intervenção psicossocial que surgiu a partir de um programa desenvolvido originalmente pela *Save the Children* da Dinamarca. A versão final do programa foi adaptada por uma equipe de pesquisadores de todas as macrorregiões do país, seguindo uma série de procedimentos metodológicos rigorosos, organizados em sete etapas: (i) tradução completa dos manuais originalmente em inglês; (ii) adaptação das atividades para a realidade brasileira, com consequente redução no número de sessões; (iii) avaliação colaborativa da equipe envolvida em cada uma das atividades descritas na versão brasileira; (iv) aplicação piloto, configurada como estudo de viabilidade; (v) reformulação de alguns encontros devido à inadequação das atividades ou à falta de adesão das crianças no estudo de viabilidade; (vi) análise por juízas externas à equipe proponente; e (vii) reformulações baseadas nas considerações dessas juízas, reconhecidas por seu notório saber na área em que o estudo se insere (Pessoa et al., 2025).

O programa é composto por oito sessões, cada uma com duração de 1h30 a 2h, subdivididas em duas partes complementares. Na primeira, o foco é a criação de um ambiente seguro e acolhedor que possibilite às crianças expressar seus sentimentos e

pensamentos (sessões de 1-3). Na segunda parte, os tópicos se concentram em questões específicas relacionadas à catástrofe, neste caso, a pandemia da COVID-19 (sessões de 4 a 8). As sessões incluem uma diversidade de atividades lúdicas, artísticas e corporais projetadas para promover a saúde mental e estimular processos de resiliência em crianças que vivenciaram catástrofes ou desastres, como no contexto da pandemia (Pessoa et al., 2023; Pessoa et al., 2025).

Frente à crescente demanda por estratégias de cuidado baseadas em evidências, especialmente em contextos de crise, tornou-se crucial avaliar a eficácia do ConViver como intervenção psicossocial voltada à promoção da saúde mental de crianças. A produção de evidências científicas sobre programas dessa natureza é fundamental não apenas para assegurar sua efetividade clínica, mas também para subsidiar a formulação de políticas públicas em saúde mental infantil. Em cenários marcados pela escassez orçamentária, avaliações rigorosas de eficácia permitem que gestores e formuladores de políticas direcionem recursos públicos para intervenções com maior probabilidade de impacto, otimizando a relação entre investimento e benefício social (Durgante & Dell'Aglio., 2018). Tal perspectiva reforça a relevância de estudos que busquem verificar, de modo sistemático, o alcance de programas psicossociais voltados a populações vulneráveis. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo examinar os efeitos do Programa ConViver na redução de sintomas depressivos em crianças brasileiras afetadas pela pandemia da COVID-19.

Método

Este trabalho é derivado de uma pesquisa nacional intitulada "Adaptação e verificação da eficácia de um programa de promoção de saúde mental e resiliência em crianças afetadas pela COVID-19", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP). Tratou-se de uma investigação quase-experimental e com métodos mistos, cujo objetivo principal foi adaptar e verificar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial voltado a crianças expostas a eventos catastróficos, como a pandemia de COVID-19, a partir de diversos construtos psicológicos. O presente estudo, por sua vez, analisou especificamente a eficácia do programa de intervenção intitulado ConViver para a redução de sintomas de depressão.

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 116 crianças entre 8 e 12 anos ($m = 9,7$; $DP = 1,1$), dos quais 61 (52,6%) eram do gênero feminino e 55 (47,4%) do gênero masculino. Em relação à etnicidade, a maioria se identificou como Branca (38; 32,8%), seguida por Preta (33; 28,4%), Parda (18; 15,5%), Outra (16; 13,8%), Indígena (6; 5,2%) e Oriental (5; 4,3%). Quanto à instituição de origem, 88 participantes (75,9%) frequentavam escolas públicas, enquanto 28 (24,1%) estavam inseridos em projetos sociais. Geograficamente, a amostra incluiu participantes de diferentes estados do Brasil, com 38 (32,8%) oriundos de São Paulo, 27 (23,3%) do Rio Grande do Sul, 25 (21,6%) do Distrito Federal, 17 (14,7%) do Ceará e 9 (7,8%) do Pará.

Instrumentos

O Inventário de Depressão Infantil (CDI, do inglês *Children's Depression Inventory*) – em sua versão reduzida – foi uma das ferramentas utilizadas na pesquisa nacional que gerou os dados analisados neste estudo. O CDI foi originalmente desenvolvido por Kovacs em 1983, inspirado no Inventário de Depressão de Beck. Com 27 itens, esta instrumento visa identificar sintomas depressivos em crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos, sendo aplicada por autorrelato. O instrumento utiliza uma escala de três pontos, na qual os participantes selecionam a alternativa que melhor descreve seus sentimentos nas últimas duas semanas, abrangendo aspectos emocionais (exemplo: Eu sinto vontade de chorar de vez em quando/Eu sinto vontade de chorar frequentemente/eu sinto vontade de chorar diariamente); relacionais (exemplo: Eu gosto de estar com pessoas/Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas/Eu não gosto de estar com pessoas); e somáticos (Eu me canso de vez em quando/Eu me canso frequentemente/Eu estou sempre cansado). No Brasil, o CDI foi adaptado para a realidade cultural por Gouveia (1995), resultando em uma versão reduzida de 20 itens. Essa adaptação manteve a essência do instrumento original, permitindo que ele fosse usado amplamente em contextos clínicos e de pesquisa no Brasil.

Procedimentos

Para a coleta de dados, foram respeitadas as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução 510/2016. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, obtendo parecer favorável sob o número CAEE 56969322.7.0000.5504. Conforme descrito por Pessoa e colaboradores (2025), na sequência deu-se início ao processo de coleta de dados. Para isso,

foi enviado às famílias um formulário de triagem, no qual os responsáveis indicavam se a criança atendia a pelo menos um dos seguintes critérios de inclusão: i) ter recebido diagnóstico positivo para COVID-19; ii) ter perdido um familiar ou pessoa próxima em decorrência do vírus; iii) apresentar mudanças emocionais ou comportamentais perceptíveis durante o período pandêmico, conforme relato dos cuidadores. Após o retorno do formulário preenchido à equipe de pesquisa, os responsáveis legais foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação de seus filhos. Simultaneamente, as crianças tiveram acesso ao Termo de Assentimento (TA), cuja linguagem foi cuidadosamente adaptada para garantir a compreensão plena por parte dos participantes, considerando-se seu estágio de desenvolvimento psicológico (Pessoa et al., 2025). Todas as comunicações com famílias e crianças foram elaboradas de modo a assegurar que ambos os grupos compreendessem os procedimentos aos quais concordaram em se submeter.

Como descrito detalhadamente por Pessoa et al. (2025), o estudo adotou um delineamento quase-experimental, com os participantes divididos de forma randomizada em dois grupos: o Grupo Experimental (GE), composto por 69 crianças, e o Grupo Controle (GC), com 47 participantes. Essa distribuição aleatória teve como propósito assegurar a comparabilidade inicial entre os grupos em relação às variáveis investigadas. A coleta de dados foi realizada em cinco cidades brasileiras (São Paulo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Ceará e Pará), contando com a participação de diferentes equipes de pesquisa locais, cada uma vinculada a universidades de suas respectivas regiões. Para garantir a padronização dos procedimentos de aplicação da intervenção entre os cinco polos de coleta, todas as equipes foram submetidas a um treinamento prévio. Esse treinamento abordou os fundamentos teóricos do Programa ConViver, os princípios éticos da pesquisa

com crianças, o manejo de possíveis situações de sofrimento emocional durante as sessões, bem como a aplicação padronizada dos instrumentos de avaliação nos momentos pré-teste e pós-teste.

A coleta de dados foi organizada em quatro etapas sequenciais. Na primeira etapa, denominada pré-teste (T1), ambos os grupos (GE e GC) responderam a uma bateria de instrumentos aplicada coletivamente nas dependências das escolas públicas ou dos projetos sociais que serviram como locais de pesquisa. A ordem de aplicação seguiu um protocolo preestabelecido. O CDI, por conter itens que poderiam mobilizar conteúdos afetivos nas crianças, foi o penúltimo instrumento a ser aplicado. Cabe salientar que o questionário sociodemográfico foi respondido pelos responsáveis das crianças. As aplicações foram conduzidas por pesquisadores treinados, que permaneciam disponíveis para esclarecer dúvidas individuais sem interferir nas respostas das crianças (Pessoa et al., 2025).

Na segunda etapa, realizada após a conclusão do pré-teste, o Grupo Experimental participou do Programa ConViver, uma intervenção psicossocial composta por oito sessões, cada uma com duração entre 1h30 e 2h. As sessões foram conduzidas por facilitadores treinados (estudantes de pós-graduação e de graduação em Psicologia), sempre acompanhados por um supervisor local com experiência em intervenções grupais com crianças. Os encontros ocorreram semanalmente, no mesmo ambiente escolar ou institucional onde se realizaram as avaliações, e seguiram o manual adaptado do programa. Durante todo o período da intervenção, as equipes de pesquisa registraram em diários de campo eventuais intercorrências e níveis de engajamento das crianças (Pessoa et al., 2025)

A terceira etapa consistiu no pós-teste (T2), realizado após o término da intervenção. Nesse momento, tanto o GE quanto o GC foram novamente submetidos à

mesma sequência de instrumentos aplicada no T1 (primeiro o questionário sociodemográfico, depois o CDI). Por fim, na quarta etapa, por razões éticas e para assegurar que todas as crianças participantes pudessem se beneficiar da intervenção, o programa ConViver foi integralmente oferecido ao Grupo Controle em Lista de Espera, conforme apresentado por Pessoa e colaboradores (2025). Essa aplicação posterior seguiu os mesmos procedimentos de aplicação (oito sessões semanais, mesma carga horária, mesmo manual de atividades) utilizados com o GE. Esse delineamento garantiu que nenhum participante fosse privado do potencial impacto positivo da intervenção, ao mesmo tempo em que permitiu a comparação rigorosa entre os grupos nos momentos pré e pós-intervenção (Pessoa et al., 2025)

Análise de Dados

Os participantes dos grupos Controle e Experimental foram caracterizados em relação ao escore obtido no Inventário de Depressão Infantil (CDI) e suas quatro subdimensões. Em seguida, foram conduzidas análises de variância mista, nas quais o grupo (controle e experimental) foi incluído como fator entre sujeitos (between-subjects factor), e o tempo (pré e pós-intervenção) como fator intra-sujeitos (within-subjects factor). Para examinar o papel de variáveis sociodemográficas, foram estimados modelos separados para gênero, cor/raça e faixa etária, nos quais cada uma dessas variáveis foi incluída, individualmente, como fator entre sujeitos. No caso da variável cor/raça, adotou-se a classificação reportada no momento inicial (T1), sendo esta mantida constante ao longo das análises para garantir sua consistência como variável entre sujeitos. As análises foram conduzidas para o escore total do CDI e para cada uma de suas subdimensões (afetiva,

cognitiva, comportamental e somática). Para explorar diferenças específicas entre os grupos nos dois momentos (pré e pós-intervenção), foram estimadas médias marginais ajustadas (estimated marginal means – EMMs; Lenth, 2024), com realização de comparações pareadas (pairwise comparisons) entre os grupos em cada ponto no tempo. Adicionalmente, análises robustas foram conduzidas como verificação de sensibilidade, a fim de avaliar a consistência dos resultados frente a possíveis violações dos pressupostos dos modelos paramétricos.

Resultados

A Tabela 7 apresenta as pontuações médias e medidas descritivas dos grupos Controle e Experimental nos momentos pré (T1) e pós (T2) intervenção na escala CDI e suas quatro subdimensões (Afetiva, Cognitiva, Comportamental e Somática). A análise de variância robusta de medidas repetidas revelou um efeito principal significativo da variável tempo na pontuação da escala CDI ($F(1, 114) = 11.83, p = 0.0008$), indicando uma redução nas pontuações ao longo dos dois momentos (pré e pós intervenção). No entanto, não foram observados efeitos significativos entre os GE e GC ($F(1, 114) = 0.16, p = 0.69$), nem uma interação significativa entre grupo e tempo ($F(1, 114) = 0.07, p = 0.79$), sugerindo que as reduções nas pontuações ao longo do tempo foram semelhantes entre os grupos.

Nas subdimensões, observou-se um padrão similar. Na dimensão Afetiva, as análises de medidas repetidas indicaram um efeito significativo do tempo ($F(1, 114) = 7.96, p = 0.0056$), com uma redução nas pontuações do T1 ao T2, mas não houve efeito significativo do grupo ($F(1, 114) = 1.21, p = 0.27$) ou da interação grupo e tempo ($F(1, 114) = 0.05, p = 0.82$). Padrão similar foi observado na dimensão Cognitiva, na qual se

identificou uma redução significativa do T1 ao T2 ($F(1, 114) = 10.47, p = 0.0016$), mas os efeitos de grupo ($F(1, 114) = 0.02, p = 0.87$) e da interação grupo-tempo ($F(1, 114) = 0.44, p = 0.51$) não foram significativos. Na dimensão Comportamental, não foram observados efeitos significativos para o tempo ($F(1, 114) = 2.24, p = 0.14$), grupo ($F(1, 114) = 0.70, p = 0.41$) ou interação grupo-tempo ($F(1, 114) = 0.79, p = 0.38$). Na dimensão Somática também não foram identificados efeitos significativos entre os tempos $F(1, 113) = 0.68, p = 0.41$), grupo ($F(1, 113) = 1.94, p = 0.17$) ou interação entre grupo e tempo ($F(1, 113) = 2.51, p = 0.12$).

TABELA 7*Pontuações dos grupos controle e experimental nos momentos pré e pós intervenção*

	Pré Intervenção (T1)		Pós Intervenção (T2)	
	Controle (n=47)	Experimental (n=69)	Controle (n=47)	Experimental (n=69)
CDI Total				
Média (CI 95%)	30.5 (28.2, 32.9)	31.2 (29.4, 33.0)	28.9 (26.9, 30.9)	29.3 (27.5, 31.0)
DP	7.9	7.6	6.8	7.3
Mdn (Min, Max)	28.0 (20.0, 55.8)	29.0 (20.0, 52.2)	27.0 (20.0, 50.0)	27.0 (20.0, 54.0)
Afetiva				
Média (CI 95%)	10.1 (9.3, 11.0)	10.7 (9.9, 11.5)	9.4 (8.6, 10.2)	10.0 (9.2, 10.8)
DP	3.0	3.4	2.7	3.3
Mdn (Min, Max)	9.0 (7.0, 21.0)	9.3 (7.0, 21.0)	9.0 (7.0, 19.0)	9.0 (7.0, 20.0)
Cognitiva				
Média (CI 95%)	10.0 (9.1, 10.9)	9.8 (9.1, 10.4)	9.1 (8.3, 9.9)	9.2 (8.6, 9.8)
DP	3.0	2.7	2.6	2.5
Mdn (Min, Max)	9.0 (6.0, 18.0)	9.0 (6.0, 17.0)	8.0 (6.0, 15.0)	9.0 (6.0, 18.0)
Comportamental				
Média (CI 95%)	7.0 (6.4, 7.5)	7.3 (6.9, 7.8)	6.9 (6.4, 7.3)	6.9 (6.6, 7.3)
DP	1.8	1.9	1.7	1.6
Mdn (Min, Max)	7.0 (5.0, 12.0)	7.0 (5.0, 14.0)	6.0 (5.0, 11.0)	7.0 (5.0, 11.0)
Somática				
Média (CI 95%)	3.5 (3.1, 3.9)	3.4 (3.1, 3.7)	3.6 (3.2, 4.0)	3.1 (2.9, 3.4)
DP	1.3	1.3	1.3	1.1
Mdn (Min, Max)	3.0 (2.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)

Com relação às análises em que foram considerados os estratos sociodemográficos, a Figura 1 apresenta as médias dos escores de depressão (CDI) e seus respectivos intervalos

de confiança de 95% para os grupos Controle e Experimental, nos momentos pré (T1) e pós-intervenção (T2), estratificados por gênero. Observa-se, de modo geral, uma redução dos escores ao longo do tempo, mais acentuada entre as crianças do gênero feminino.

As análises inferenciais indicaram um efeito significativo de tempo ($F(1, 112) = 8.95, p = 0.0034$), evidenciando redução geral dos sintomas entre T1 e T2, bem como um efeito significativo de gênero ($F(1, 112) = 6.82, p = 0.0103$). Além disso, observou-se uma interação significativa entre gênero e tempo ($F(1, 112) = 4.72, p = 0.0320$), indicando que a magnitude da mudança ao longo do tempo difere entre crianças do gênero masculino e feminino, com maior redução dos escores entre crianças do gênero feminino. Por outro lado, não foram observados efeitos significativos do grupo ($F(1, 112) = 0.89, p = 0.3488$) nem da interação entre grupo e tempo ($F(1, 112) = 0.60, p = 0.4384$), tampouco interações envolvendo simultaneamente grupo e gênero, o que sugere que a intervenção não exerceu influência significativa sobre a mudança nos sintomas depressivos, e que as diferenças observadas ao longo do tempo parecem refletir predominantemente variações associadas ao gênero, independentemente da participação no programa.

Nas análises por subdimensões, observaram-se padrões distintos entre os domínios avaliados. Na dimensão afetiva, foram identificados efeitos significativos de gênero ($F(1, 112) = 5.84, p = 0.0173$), de tempo ($F(1, 112) = 6.02, p = 0.0157$) e uma interação significativa entre gênero e tempo ($F(1, 112) = 4.92, p = 0.0285$), indicando maior redução dos escores ao longo do tempo entre crianças do gênero feminino. Na dimensão cognitiva, observaram-se diferenças gerais entre os gêneros ($F(1, 112) = 8.60, p = 0.0041$) e redução dos escores ao longo do tempo ($F(1, 112) = 8.97, p = 0.0034$), mas sem evidência de interação entre gênero e tempo ($F(1, 112) = 2.02, p = 0.1584$), sugerindo que a magnitude

da melhora nessa dimensão foi semelhante entre crianças do gênero masculino e feminino. Em contraste, nas dimensões comportamental e somática, não foram observados efeitos significativos de tempo, gênero ou suas interações ($ps > 0.05$), indicando estabilidade relativa desses domínios ao longo do período avaliado.

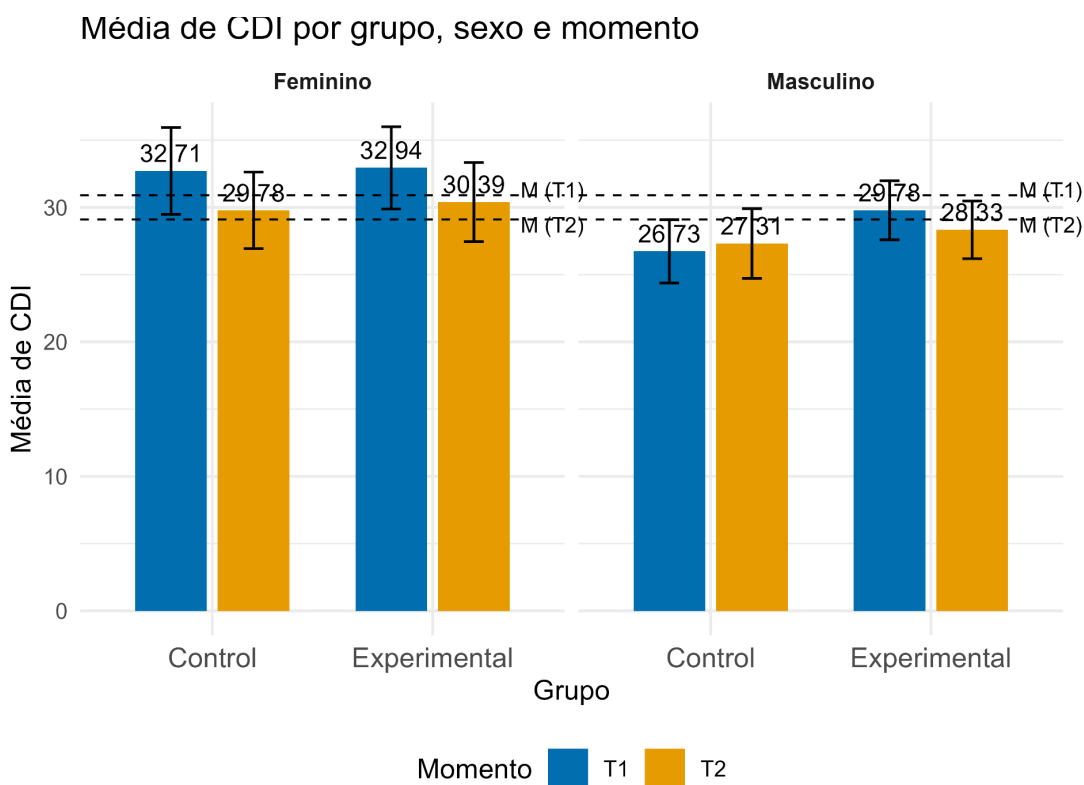


Figura 1. Médias do escore no Inventário de Depressão Infantil (CDI) e respectivos intervalos de confiança de 95% para os grupos Controle e Experimental, nos momentos pré-intervenção (T1) e pós-intervenção (T2), estratificados por gênero. As cores distinguem os momentos de avaliação (T1 e T2), e as barras de erro representam os intervalos de confiança de 95%. As linhas tracejadas indicam as médias da amostra total em T1 ($M = 30,9$; $DP = 7,7$) e T2 ($M = 29,1$; $DP = 7,1$).

A Figura 2 apresenta as diferenças entre as pontuações no CDI a partir da cor/raça autodeclarada das crianças. As análises inferenciais indicaram um efeito significativo de tempo ($F(1, 112) = 13.53, p < 0.001$), evidenciando redução geral dos sintomas entre T1 e T2. Não foram observados efeitos significativos de grupo ($F(1, 112) = 0.03, p = 0.8743$) nem de cor/raça ($F(1, 112) = 0.25, p = 0.6173$). Contudo, verificou-se uma interação significativa entre grupo e cor/raça ($F(1, 112) = 4.16, p = 0.0437$), bem como uma interação significativa entre grupo, cor/raça e tempo ($F(1, 112) = 4.32, p = 0.0399$), indicando que a magnitude da mudança ao longo do tempo varia em função da combinação entre grupo e cor/raça. Esse resultado sugere que os padrões de mudança não são homogêneos entre os subgrupos. A inspeção visual da Figura 2 indica uma tendência de maior redução dos escores entre crianças não negras no grupo experimental e entre crianças negras no grupo controle. Por outro lado, não foi observada interação significativa entre cor/raça e tempo ($F(1, 112) = 0.22, p = 0.6375$), indicando que a cor/raça, isoladamente, não está associada a diferenças na mudança dos sintomas ao longo do tempo.

Nas análises por subdimensões, observaram-se padrões consistentes com os resultados gerais. Nas dimensões afetiva e cognitiva, verificaram-se efeitos significativos de tempo (afetiva: $F(1, 112) = 8.60, p = 0.0041$; cognitiva: $F(1, 112) = 11.85, p < 0.001$), indicando redução dos escores ao longo do período avaliado, sem evidência de interações significativas envolvendo simultaneamente grupo, cor/raça e tempo ($ps > 0.05$). Nas dimensões comportamental e somática, não foram observados efeitos significativos de tempo ou interações com cor/raça ($ps > 0.05$), sugerindo estabilidade relativa desses domínios. Em conjunto, esses resultados indicam que, embora haja redução geral dos sintomas em alguns domínios, não há evidência consistente de que a cor/raça, isoladamente, esteja associada a padrões diferenciados de mudança.

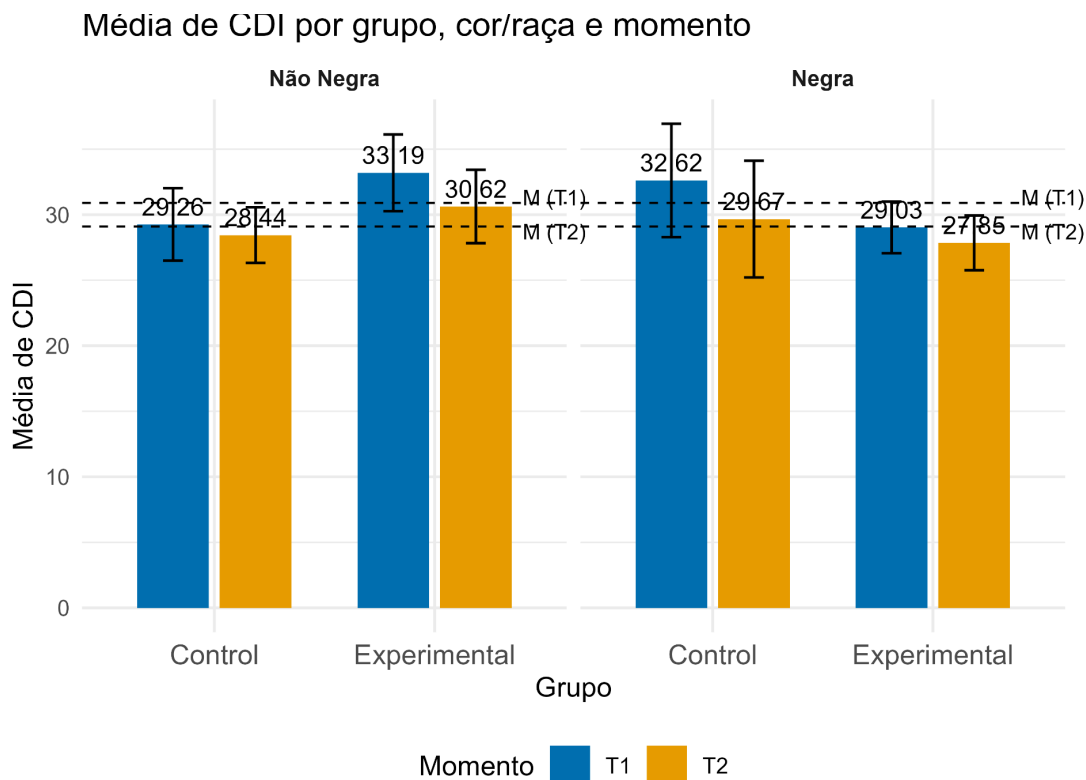


Figura 2. Médias do escore no Inventário de Depressão Infantil (CDI) e respectivos intervalos de confiança de 95% para os grupos Controle e Experimental, nos momentos pré-intervenção (T1) e pós-intervenção (T2), estratificados por cor/raça. As cores distinguem os momentos de avaliação (T1 e T2), e as barras de erro representam os intervalos de confiança de 95%. As linhas tracejadas indicam as médias da amostra total em T1 ($M = 30,9$; $DP = 7,7$) e T2 ($M = 29,1$; $DP = 7,1$).

Por último, a Figura 3 apresenta as diferenças entre os grupos por faixa etária. As análises inferenciais não indicaram efeitos significativos de grupo ($F(1, 112) = 0.02$, $p = 0.8971$) nem de faixa etária ($F(1, 112) = 0.96$, $p = 0.3297$), tampouco interações significativas entre grupo e tempo ($F(1, 112) = 0.04$, $p = 0.8443$), idade e tempo ($F(1, 112) = 0.02$, $p = 0.9016$) ou a interação tripla entre grupo, faixa etária e tempo ($F(1, 112) = 0.77$, $p = 0.3821$), indicando que a magnitude da mudança ao longo do tempo não difere

significativamente entre os grupos por faixas etárias. Nas análises por subdimensões, observaram-se padrões consistentes com os resultados gerais. No entanto, na dimensão afetiva, verificou-se uma tendência marginal para a interação entre grupo, faixa etária e tempo ($F(1, 112) = 3.52, p = 0.063$), sugerindo possível variação no padrão de mudança entre os subgrupos, a ser interpretado com cautela. Nas demais dimensões, não foram identificadas interações significativas envolvendo grupo e faixa etária ($ps > 0.05$).

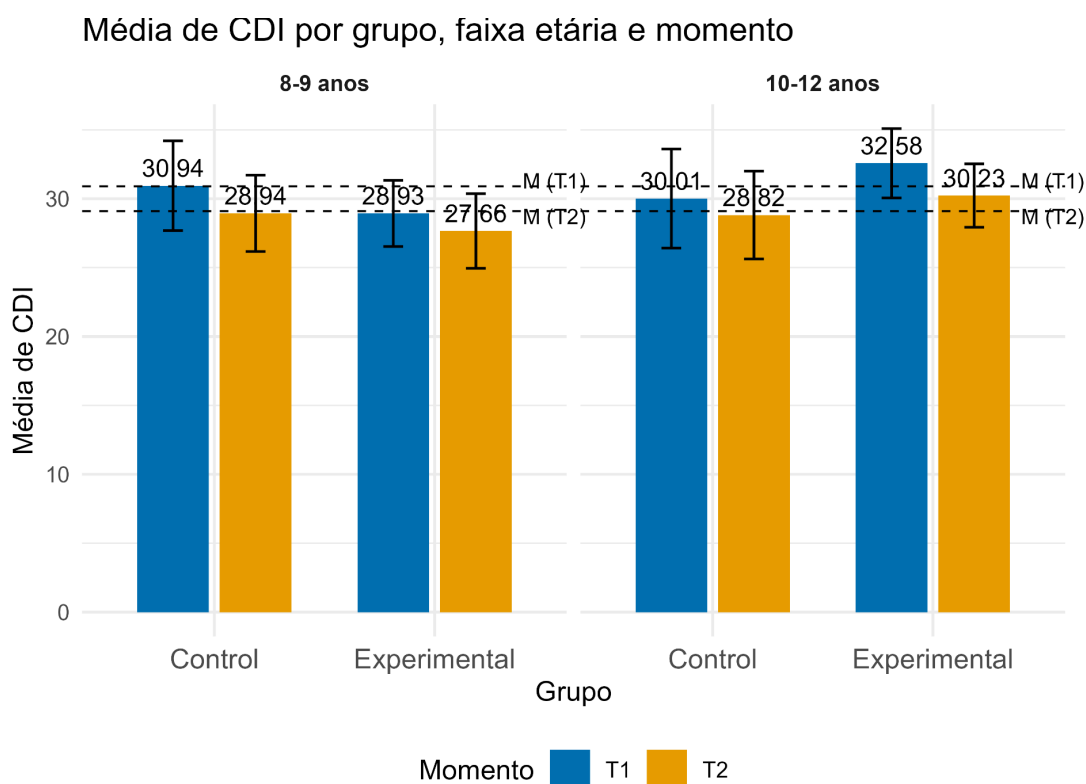


Figura 3. Médias do escore no Inventário de Depressão Infantil (CDI) e respectivos intervalos de confiança de 95% para os grupos Controle e Experimental, nos momentos pré-intervenção (T1) e pós-intervenção (T2), estratificados por faixa etária. As cores distinguem os momentos de avaliação (T1 e T2), e as barras de erro representam os intervalos de confiança de 95%. As linhas tracejadas indicam as médias da amostra total em T1 ($M = 30,9$; $DP = 7,7$) e T2 ($M = 29,1$; $DP = 7,1$).

Discussão

Os resultados evidenciaram uma redução significativa dos sintomas depressivos no escore total da CDI entre o pré e o pós-teste, tanto no GE quanto no grupo controle, sem diferenças estatisticamente significativas entre eles. Padrão semelhante foi observado nas dimensões afetiva e cognitiva, que apresentaram declínio expressivo ao longo do tempo, enquanto as dimensões comportamental e somática permaneceram estáveis. Tais achados indicam que, embora as crianças tenham apresentado uma melhora geral nos indicadores de bem-estar emocional e cognitivo, essa evolução não pode ser atribuída exclusivamente à intervenção ConViver.

Ressalta-se, contudo, que a ausência de diferenças entre os grupos não implica necessariamente ausência de efeito da intervenção. Considerando o contexto pandêmico, estudos recentes têm apontado que a redução de sintomas depressivos pode estar associada à retomada gradual das rotinas escolares e sociais, as quais se configuram como importantes fatores de proteção à saúde mental infantil (Silvia et al., 2021). Dessa forma, diante da impossibilidade de isolar essa variável, não é possível concluir que a intervenção não tenha produzido efeitos. Adicionalmente, a literatura aponta que o engajamento em atividades coletivas, ainda que não estruturadas como tratamento formal, pode favorecer a percepção de apoio social e contribuir para a diminuição de sintomas internalizantes (Costa et al., 2022). Nesse sentido, é plausível supor que a participação na intervenção também tenha exercido impacto positivo sobre o GE.

As análises estratificadas por gênero indicaram que meninas apresentaram maior redução dos sintomas depressivos totais, com diferenças significativas particularmente nas dimensões afetiva e cognitiva. Esse achado está em consonância com pesquisas que

apontam que meninas, desde a infância, tendem a expressar mais sintomas internalizantes, como tristeza e autorreflexão, enquanto meninos apresentam mais frequentemente manifestações externalizantes, como agressividade ou agitação (Flynn & Bustamante., 2024).

Assim, é possível que as meninas tenham se beneficiado mais das oportunidades de expressão emocional e elaboração cognitiva propostas pelo programa, ainda que o efeito não tenha se restringido ao GE. Além disso, estudos em psicologia do desenvolvimento sugerem que normas de gênero moldam precocemente a forma como meninas e meninos aprendem a lidar com emoções. Meninas são incentivadas a expressar sentimentos, enquanto meninos são mais pressionados a não demonstrar suas vulnerabilidades (Halim et al., 2017). Essas diferenças, compreendidas como resultado de normas sociais e de gênero incorporadas no cotidiano (Cislaghi & Heise, 2019), podem explicar por que os ganhos observados se concentraram mais destacadamente entre as meninas em dimensões afetivas e cognitivas. No entanto, é importante reconhecer que tais padrões não refletem predisposições naturais, mas sim construções sociais que impactam de maneira diferenciada a saúde mental de meninas e meninos desde a infância.

A interação significativa entre grupo e etnia revelou que apenas as crianças não negras do GE apresentaram redução consistente nos escores de depressão, enquanto entre as crianças negras não foi identificada melhora equivalente. Esse resultado aponta para a necessidade de compreender como o racismo estrutural e institucional atravessa os processos de saúde mental infantil e pode limitar a eficácia de intervenções psicossociais. Pesquisas brasileiras já revelaram que crianças negras são desproporcionalmente associadas a problemas de comportamento e frequentemente recebem menor suporte escolar e

institucional (Flynn & Bustamante, 2024), o que pode reduzir os efeitos positivos de programas universais como o ConViver.

Além disso, a literatura evidencia que experiências precoces de discriminação racial e desigualdades de acesso a recursos de cuidado impactam diretamente os indicadores emocionais e comportamentais na infância (Costa et al., 2022). Esses dados sugerem que intervenções que não considerem explicitamente as desigualdades raciais correm o risco de reproduzir padrões de exclusão já presentes no contexto social. Nesse sentido, torna-se essencial que programas de intervenção sejam planejados e aplicados com uma perspectiva interseccional (Edyburn et al., 2023), que leve em conta os atravessamentos de gênero, raça e classe, de modo a promover não apenas reduções sintomáticas, mas também maior equidade nos resultados em saúde.

As análises por faixa etária não revelaram diferenças estatisticamente significativas no efeito global da intervenção, embora tenha sido observada uma tendência marginal na dimensão afetiva. Observou-se que crianças de 10 a 12 anos do GE apresentaram uma redução mais acentuada dos sintomas quando comparadas às demais combinações comparativas, sugerindo um possível padrão diferencial de mudança.. Esse padrão pode estar relacionado a características desenvolvimentais próprias da pré-adolescência, período em que as crianças já dispõem de maior capacidade cognitiva para compreender e elaborar experiências emocionais complexas (Costa et al., 2022). Esses achados, ainda que preliminares e sustentados por evidência estatística não robusta, são consistentes com a noção de heterogeneidade de resposta típica de intervenções psicossociais em contextos de crise. Conforme discutido anteriormente, a literatura (Duagi et al., 2024; Wendel et al., 2024) aponta que efeitos agregados modestos frequentemente mascaram benefícios em

subgrupos específicos. Assim, é plausível que crianças mais velhas consigam engajar-se de maneira mais reflexiva em propostas de intervenção como o ConViver, internalizando melhor os conteúdos afetivos e cognitivos trabalhados. Ainda que tais resultados sejam apenas indicativos, eles reforçam a importância de adaptar metodologias psicossociais de acordo com a faixa etária, explorando linguagens, exemplos e estratégias específicas para maximizar o engajamento e a eficácia junto a diferentes grupos etários.

Além disso, é importante destacar que idade não apenas diferencia níveis de resposta à intervenção, mas também influencia a própria identificação e expressão dos sintomas depressivos. Crianças mais novas apresentam maior dificuldade em verbalizar emoções e compreender conceitos abstratos (Ruba & Pollak, 2020), o que pode limitar tanto a manifestação clínica quanto a precisão das medidas utilizadas. Em contraste, em crianças mais velhas e adolescentes, sintomas depressivos podem ser negligenciados e erroneamente associados a mudanças típicas da puberdade, o que também compromete a detecção precoce e o manejo adequado (APA, 2022; Souza & Lima., 2022). Esses fatores indicam que a avaliação da depressão infantil não é um processo simples e demanda instrumentos de avaliação e metodologias interventivas que consigam captar de forma mais acurada a complexidade do sofrimento emocional em diferentes idades.

Considerações Finais

O presente estudo buscou avaliar a eficácia do programa ConViver na redução de sintomas depressivos em crianças expostas a um contexto de crise. Os resultados revelaram uma redução significativa dos sintomas ao longo do tempo para toda a amostra, especialmente nas dimensões afetiva e cognitiva, ainda que sem diferenças significativas entre o GE e o GC. Também foram identificadas diferenças relevantes a partir das análises

de gênero, com as meninas apresentando maior redução de sintomas, e segundo pertencimento étnico, com crianças não negras beneficiando-se mais da intervenção do que crianças negras. Por fim, observou-se uma tendência de maior impacto entre crianças de 10 a 12 anos na dimensão afetiva, sugerindo que a idade pode moderar os efeitos das intervenções psicossociais.

No conjunto, esses achados reforçam a relevância de programas coletivos de promoção da saúde mental no ambiente escolar, mas também indicam a necessidade de maior atenção a fatores sociodemográficos, como gênero e raça, que influenciam tanto a manifestação da depressão quanto a resposta a intervenções. Evidenciam, ainda, que os efeitos positivos da intervenção não podem ser dissociados de elementos contextuais mais amplos, como a retomada das rotinas escolares e sociais no período pós-pandemia, o que pode ter favorecido a melhora geral dos indicadores.

Apesar de suas contribuições, o estudo apresenta limitações que devem ser reconhecidas. O uso exclusivo do CDI como medida de desfecho limita a abrangência da avaliação, uma vez que diferentes faixas etárias possuem capacidades distintas para compreender e relatar sintomas depressivos, o que pode ter impactado os resultados. Além disso, o tamanho da amostra, quando subdividido em estratos sociodemográficos (gênero, raça/cor, idade), reduziu o poder estatístico para análises mais refinadas. Por fim, em razão da escassez de recursos para a execução do estudo multicêntrico, não foi possível incluir as medidas de seguimento, o que limitou a compreensão das equipes de pesquisa em relação aos efeitos do programa longitudinalmente.

Diante dessas limitações, recomenda-se que futuras investigações invistam em delineamentos randomizados, com amostras mais amplas e diversificadas, que possibilitem

analisar de forma robusta os efeitos de intervenções psicossociais. Sugere-se também o uso de métodos multimodais de avaliação, que integrem autorrelato, observações clínicas, e relatos de pais e professores, aumentando a validade e a sensibilidade das medidas. Além disso, pesquisas futuras devem adotar uma perspectiva interseccional, examinando como fatores de gênero, raça, classe social e idade interagem para influenciar tanto a expressão da depressão quanto a efetividade das estratégias de cuidado. Por fim, medidas de seguimento são necessárias para verificar a sustentabilidade dos ganhos identificados e seu impacto no desenvolvimento emocional e social das crianças.

Referências

- Associação Brasileira de Psicologia. (2023). *Depressão infantil: Causas e tratamentos*.
<https://www.psicologia.org/depressao-infantil>
- Borges, J. A., Nakamura, P. M., & Andaki, A. C. R. (2022). Alta prevalência de ansiedade e sintomatologia depressiva em adolescentes na pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 27, 1-8.
<https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0287>
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of health & illness*, 42(2), 407-422. Doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H. L., Angold, A., & Costello, E. J. (2021). *Childhood depression and the risk of subsequent psychiatric disorders in adulthood:*

- A longitudinal study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 60(9), 1105-1113.
- Durgante, H. B., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Avaliação psicológica*. São Paulo. Vol. 17, n. 1 (jan./mar. 2018), p. 155-162. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986>.
- Ferreira, D. A., Pereira, F. S., & Silva, T. M. (2023). *Depressão na infância e adolescência: Causas e abordagens terapêuticas*. Editora Universitária.
- Hammonds, C., & Kerrissey, J. (2022). At Work in a Pandemic: Black Workers' Experiences of Safety on the Job. *Labor Studies Journal*, 47(4), 383-407. <https://doi.org/10.1177/0160449X221121632>
- Halim, M. L. D., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., & Amodio, D. M. (2017). Gender attitudes in early childhood: Behavioral consequences and cognitive antecedents. *Child development*, 88(3), 882-899. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdev.12642>
- Han, Y., Ye, X., & Zhu, C. (2024). The Unequal Impact of Disasters: Assessing the Interplay Between Social Vulnerability, Public Assistance, Flood Insurance, and Migration in the US. *Urban Informatics*, 3(1), 30. <https://doi.org/10.1007/s44212-024-00061-9>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). *Pesquisa nacional de saúde escolar: Resultados sobre saúde mental dos estudantes*. IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102266.pdf>
- Kovacs, M. (1983). *Children's depression inventory manual*. Multi-Health Systems.

- Kovacs, M. (2008). *The Children's Depression Inventory: Validity and reliability analysis in clinical settings*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 857-865.
- Lenth, R. (2024). *emmeans*: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.10.4.900003. <https://rvlenth.github.io/emmeans/>
- Levandowski, M. L., Stahnke, D. N., Munhoz, T. N., Hohendorff, J. V., & Salvador-Silva, R. (2021). Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00140020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>
- Lin, J., Wang, S., Zhao, Y., & Xue, X. (2024). The inequality of economic development increases the direct economic loss of storm surge disaster in China. *Ocean & Coastal Management*, 258, 107427. <https://doi.org/10.1016/j.ocecoaman.2024.107427>
- Moroz, C., & Thieken, A. H. (2024). Urban growth and spatial segregation increase disaster risk: lessons learned from the 2023 disaster on the North Coast of São Paulo, Brazil. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 24(9), 3299-3314. <https://doi.org/10.5194/nhess-24-3299-2024>
- Mude, W., Oguoma, V. M., Nyanhanda, T., Mwanri, L., & Njue, C. (2021). Racial disparities in COVID-19 pandemic cases, hospitalisations, and deaths: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 11, 05015.
- Oliveira, A. P., & Costa, R. M. (2021). Abordagens terapêuticas na infância: Intervenções psicossociais. In M. R. Souza (Ed.), *Tratamentos em saúde mental infantil* (pp. 89-105). Editora Universitária.

- Pandey, P. C., Pandey, M., Sharma, R. K., Kumar, R., Srivastava, P. K., & Giuliani, G. (2024). Concepts of disasters and research themes: editorial message. In *Geo-information for disaster monitoring and management* (pp. 3-39). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-51053-3_1
- Peres, I. T., Bastos, L. D. S. L., Gelli, J. M., Marchesi, J. F., Dantas, L. F., Antunes, B. B. P.,... & Bozza, F. A. (2021). Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. *Public Health*, 192, 15-20. doi: 10.1016/j.puhe.2021.01.005
- Pessoa, A. S. G., & Guimarães, D. A. (2023). Avaliação de um Programa de Intervenção Conduzido em Contextos Educativos com Crianças Afetadas Pela Pandemia. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 33(3), 591-602. <https://doi.org/10.18224/frag.v33i3.13816>
- Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., Cavalcante, L. I. C., Diniz, D. B., & Alves, N. M. (2025). Potencialidades dos Métodos Visuais para a Promoção de Saúde Mental e Resiliência em Crianças Expostas a Catástrofes. In S. G. Murta, J. M. O. Luz, N. P. Pinheiro-Carozzo, C. O. Alves, & G. Trombeta (Orgs.), *Métodos de Pesquisa Baseados em Arte: Fundamentos e Aplicações na Saúde* (Vol. 1, pp. 77-102). EDUFMA.
- Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., Sanches, A. M., & Komatsu, A. V. (2025). Affective and social support networks of children affected by the COVID-19 pandemic: Effects of the ConViVer program on developmental microcontexts. In L. F. Habigzang, A. S. G. Pessoa, & S. R. Lordello (Eds.), *Violence against children* (pp. 205-221). Springer Nature Switzerland.

- Rico, A., Muniz, H. K. M., & Pessoa, A. S. G. (2022). Violência intrafamiliar, infância e pandemia: Olhares prospectivos em cenários nefastos. *Zero-a-seis*, 24, 3. DOI: <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2022.e87226>
- Rodrigues, R. I., & Krause, C. H. (2020). *A Covid-19, a falta de água nas favelas e o direito à moradia no Brasil* (Nota Técnica nº 69, Disoc). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10109>
- Saeed, S. A., & Gargano, S. P. (2022). Natural disasters and mental health. *International review of psychiatry*, 34(1), 16-25. doi: 10.1080/09540261.2022.2037524.
- Silva, W. C., Da Silva, C. O., Melo, K. C., Soares, A. N., Hernandez, L. F., Araújo, Z. A. M., ... & Sousa, F. D. C. A. (2021). Explorando os impactos na saúde mental de crianças durante a pandemia de covid-19. *International Journal of Development Research*, 11(04), 46248-46253. <https://doi.org/10.37118/ijdr.21683.04.2021>
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R.. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84
- Wrigley-Field, E., Garcia, S., Leider, J. P., & Van Riper, D. (2021). COVID-19 Mortality At The Neighborhood Level: Racial And Ethnic Inequalities Deepened In Minnesota In 2020: Study examines COVID-19 racial and ethnic inequalities in Minnesota communities. *Health Affairs*, 40(10), 1644-1653. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00365>

Perfis de Resposta à uma Intervenção Psicossocial para Redução de Sintomas de Depressão entre Crianças Uma Análise de Cluster

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar, por meio de análise de *cluster*, diferentes perfis de trajetória de sintomas depressivos em crianças expostas à pandemia de COVID-19 que participaram do Programa ConViver, examinando a associação desses perfis com variáveis sociodemográficas, bem como examinar sua associação com características sociodemográficas e com a participação no Programa ConViver, uma intervenção psicossocial breve. Participaram 116 crianças de 8 a 12 anos ($M = 9,7$; $DP = 1,1$), que responderam ao Inventário de Depressão Infantil (CDI) nos momentos pré e pós-intervenção. Por meio de análise de cluster baseada no escore de mudança ($\Delta CDI = T2 - T1$), identificaram-se três grupos: Melhorou ($n = 47$), Estável ($n = 46$) e Piorou ($n = 23$). Os resultados indicaram ausência de associação significativa entre o grupo de alocação (experimental vs. controle) e o pertencimento aos clusters ($p = 0,641$; V de Cramer = 0,00), sugerindo que o ConViver não alterou a trajetória natural dos sintomas depressivos. A regressão logística multinomial revelou que o gênero masculino foi o único preditor significativo de menor chance de melhora ($OR = 0,29$; $IC95\%: 0,12-0,73$). Conclui-se que o programa, embora eficaz para promover afetos positivos e fortalecer redes de apoio, não se mostrou eficaz na redução de sintomas depressivos nessa amostra. A melhora observada em parte das crianças é mais bem explicada pelo curso natural do transtorno e pelos efeitos benéficos da reabertura das escolas. O ConViver cumpre papel relevante como intervenção de promoção de saúde e prevenção, mas não substitui tratamentos especializados para depressão infantil.

Palavras-Chave: depressão infantil; intervenção psicossocial; análise de cluster; COVID-19; catástrofe, saúde mental infantojuvenil.

Introdução

Os transtornos depressivos na infância e adolescência representam um dos principais desafios de saúde pública da contemporaneidade (World Health Organization, 2021). Mundialmente, estima-se que 14,3% das crianças e adolescentes apresentem algum transtorno mental, sendo a depressão um dos mais frequentes (WHO, 2021). Embora os

transtornos depressivos possam se manifestar já na infância, inclusive em crianças pré-escolares (Costa et al., 2022), sua identificação e manejo adequados permanecem limitados, em parte devido à estrutura adultocêntrica da sociedade, que frequentemente negligencia as especificidades do sofrimento psíquico infantil (Sarmiento, 2004). Tal cenário é extremamente preocupante, uma vez que indivíduos que apresentam altas taxas de sintomas depressivos na infância apresentam maior probabilidade de desenvolver outros quadros psicopatológicos na adultez, incluindo transtornos ansiosos, uso abusivo de substâncias e prejuízos no funcionamento social e educacional (Copeland et al., 2021).

Situações catastróficas ou de calamidades que atingem comunidades adicionam níveis suplementares de dificuldade aos problemas já existentes no diagnóstico e manejo da depressão entre crianças, adolescentes e jovens (Newnham et al., 2022). Compreende-se por catástrofe uma interrupção grave do cotidiano de uma coletividade ou sociedade, originada por eventos abruptos que, ao se combinarem com quadros de vulnerabilidade e exposição, sobrepujam a aptidão local para reagir e se ajustar (Pandey et al., 2024). A Organização Mundial da Saúde declarou, em março de 2020, a pandemia da COVID-19 uma catástrofe sanitária de extensão planetária, com medidas restritivas que abrangeram o fechamento de colégios, o isolamento entre pessoas e a interrupção de brincadeiras e encontros sociais (UNICEF, 2021). As crianças, embora não tenham sido o segmento populacional mais afetado diretamente pelo vírus quanto à morbidade e mortalidade, acabaram figurando como as principais prejudicadas pelos reflexos psicossociais da pandemia (UNICEF, 2021).

Estudos nacionais e internacionais evidenciaram um crescimento expressivo nos índices de sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes durante esse período, com

destaque para sintomas e quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Silva et al., 2021). A sobreposição de estressores característicos do período pandêmico, como a ruptura das redes de apoio, às perdas afetivas e a imprevisibilidade do contexto sociofamiliar, criou condições propícias ao agravamento da vulnerabilidade emocional na população infantojuvenil (Pessoa et al., 2023). Contudo, é importante ressaltar que os efeitos da pandemia não se distribuíram de forma homogênea. Enquanto a maioria dos estudos populacionais documentou um aumento médio nos sintomas depressivos, investigações mais recentes têm revelado uma heterogeneidade substancial nas trajetórias individuais (Soneson et al., 2023; Ozluk et al., 2025).

Nesse sentido, Soneson e colaboradores (2023), em estudo com quase 17.000 estudantes ingleses durante o primeiro *lockdown*, demonstraram que aproximadamente um terço dos participantes relatou melhora no bem-estar durante o período de isolamento, associada a fatores como melhores relações familiares, redução do *bullying* e maior autonomia sobre o próprio tempo. De forma complementar, Ozluk e colaboradores (2025), analisando dados de 185.735 crianças e adolescentes norte-americanas, evidenciaram que a reabertura das escolas esteve associada a uma redução significativa nos diagnósticos de depressão para uma parcela da população, mas não para todos os subgrupos. As meninas, em particular, foram mais beneficiadas com o retorno às aulas presenciais, apresentando quedas mais acentuadas nos sintomas depressivos e na utilização de serviços de saúde mental.

Esses achados indicam que fatores contextuais, como a retomada de vínculos escolares e sociais, podem atuar como potentes moderadores da resposta emocional infantil à catástrofe, ao mesmo tempo em que evidenciam que o isolamento não foi uma

experiência uniformemente negativa para todas as crianças. Essa heterogeneidade de respostas ao contexto pandêmico não é surpreendente quando se considera a natureza multifatorial da depressão infantojuvenil. Remes e colaboradores (2021), em uma revisão da literatura, demonstraram que a depressão é determinada por uma complexa teia de fatores biológicos, psicológicos e sociais interligados, que incluem desde predisposições genéticas e processos inflamatórios até experiências adversas na infância, suporte social e características do ambiente familiar e comunitário. Ademais, o curso natural da depressão na infância e adolescência é caracterizado por significativa flutuação sintomática, como apontado por Whiteford e colaboradores (2013). Em meta-análise de estudos sobre remissão espontânea, os autores supracitados estimaram que aproximadamente 23% dos casos de depressão maior não tratada entram em remissão em um período de três meses; por outro lado, uma parcela menor, especialmente aqueles com casos mais graves, podem apresentar persistência ou agravamento dos sintomas.

A literatura da área aponta que para crianças e adolescentes, as taxas de remissão espontânea são significativamente maiores do que para adultos (Whiteford et al., 2013), o que reforça a importância de se considerar o curso do transtorno ao avaliar os efeitos de qualquer intervenção direcionada a crianças e/ou adolescentes. Assim, pode-se afirmar que é complexo avaliar se a melhora no quadro de depressão entre crianças está associada ao fluxo normativo da manifestação sintomatológica ou a modelos de intervenção que recebem. Diante desse cenário, é relevante, científica e socialmente, avaliar se intervenções psicossociais breves e escaláveis emergem como ferramentas potencialmente valiosas para mitigar os efeitos da exposição à catástrofe sobre a saúde mental infantojuvenil, particularmente em casos de depressão.

Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente em serviços médicos ou psicoterápicos, as intervenções psicossociais possibilitam maior alcance comunitário e favorecem a redução de barreiras de acesso, atuando tanto na prevenção quanto na promoção de saúde mental (Pessoa et al., 2023). Nesse contexto, o Programa ConViver foi desenvolvido como uma intervenção psicossocial voltada especificamente para crianças expostas à catástrofe da COVID-19 (Pessoa et al., 2025). Adaptado ao contexto brasileiro a partir de um programa originalmente desenvolvido pela *Save the Children* da Dinamarca, o ConViver é composto por oito sessões grupais que integram atividades de diferentes natureza, com o objetivo de promover resiliência e bem-estar emocional. Dentre as temáticas trabalhadas no programa conviver, estão: criar um ambiente seguro para expressão emocional, oferecer psicoeducação sobre a pandemia e fortalecer vínculos entre pares que compartilharam experiências similares (Pessoa, Komatsu & Guimarães, 2023). O programa foi avaliado em um delineamento quase-experimental com grupos não equivalentes (experimental e controle) e medidas repetidas (pré e pós-intervenção), no âmbito de uma pesquisa nacional financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; Proc. nº 2020/06073-3).

Estudos prévios conduzidos com o mesmo banco de dados supracitado avaliaram a eficácia do programa para aumentar os afetos positivos e diminuir os afetos negativos (Pessoa, Komatsu & Guimarães, 2023). Além disso, foi avaliado também a percepção da rede de apoio afetiva e social de crianças enlutadas (Sanches et al., 2024). O ConViver, portanto, parece atuar exitosamente sobre esses fatores protetivos, promovendo bem-estar subjetivo e resiliência (Komatsu & Pessoa, 2025).

No entanto, quando os sintomas depressivos foram analisados como desfecho primário por meio de comparações de médias grupais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimental e controle, tampouco interações significativas entre grupo e tempo (ver Artigo 2 desta Tese). Essa aparente contradição pode ser explicada a partir da literatura especializada da área, que tem demonstrado que análises focadas exclusivamente em médias grupais partem do pressuposto de que a resposta à intervenção é homogênea entre os participantes, o que não se sustenta empiricamente. A exemplo disso, Duagi e colaboradores (2024), em uma meta-análise de intervenções psicossociais para adolescentes, encontraram efeitos pequenos, porém sustentados, na redução de sintomas depressivos, mas com significativa heterogeneidade entre os estudos. Wendel e colaboradores (2024), revisando intervenções conduzidas durante a pandemia de COVID-19, identificaram que, embora os efeitos agregados fossem modestos, as respostas variavam consideravelmente em função de características da intervenção e da população-alvo. É possível, portanto, que o ConViver tenha produzido efeitos positivos para alguns subgrupos de crianças e efeitos nulos ou até negativos para outros, mas esses padrões diferenciais tenham sido ocultados pelas análises de média.

Além disso, mesmo as psicoterapias mais bem estabelecidas para depressão infantojuvenil produzem efeitos apenas modestos, especialmente em crianças menores de 12 anos (Espada et al., 2023; Weersing et al., 2025). Desse modo, uma intervenção psicossocial de curta duração como o ConViver não produzir um impacto detectável sobre os sintomas depressivos (quando analisada por meio de comparações de médias grupais) é compreensível do ponto de vista científico e a partir das limitações inerentes aos testes estatísticos. Contudo, a ausência de efeito médio não implica ausência de efeito para todos

os participantes, o que justifica a adoção de uma abordagem analítica centrada na pessoa ou em grupos específicos (*clusters*).

Diante do exposto, a análise de *cluster*, também denominada análise de trajetórias latentes, constitui uma abordagem metodológica, centrada no indivíduo, que permite identificar subgrupos com padrões distintos de mudança ao longo do tempo, superando as limitações das análises baseadas exclusivamente em médias grupais (Valli, 2012). No contexto da avaliação do programa ConViver, a análise de *cluster* pode classificar as crianças em perfis (por exemplo, aquelas que melhoram, as que permanecem estáveis e as que pioram) e, em seguida, examinar quais fatores, como variáveis sociodemográficas (gênero, cor/raça, idade, período escolar) ou a própria alocação nos grupos experimental e controle se associam a cada perfil.

Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar, por meio de análise de *cluster*, diferentes perfis de trajetória de sintomas depressivos em crianças expostas à pandemia de COVID-19 que participaram do Programa ConViver, examinando a associação desses perfis com variáveis sociodemográficas (gênero, cor/raça, idade, período escolar) e com a alocação nos grupos experimental e controle.

Método

Delineamento

O presente estudo deriva de uma pesquisa nacional intitulada "*Adaptação e verificação da eficácia de um programa de promoção de saúde mental e resiliência em crianças afetadas pela COVID-19*", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do

Estado de São Paulo (FAPESP). Essa pesquisa, de delineamento quase-experimental com grupos não equivalentes (experimental e controle) e medidas repetidas (pré e pós-intervenção), teve como objetivo adaptar e verificar a eficácia do programa psicossocial ConViver para a promoção de resiliência em crianças expostas à pandemia de COVID-19. O presente estudo, por sua vez, consiste em uma análise dos dados sobre sintomas depressivos coletados no âmbito da pesquisa nacional, utilizando as respostas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) nos dois momentos de avaliação (pré e pós-teste).

Participantes

A amostra foi composta por 116 crianças com idades entre 8 e 12 anos ($M=9,7$; $DP=1,1$) sendo 61 do gênero feminino (52,6%) e 55 do gênero masculino (47,4%). Em relação à composição étnica/cor/raça, a maioria se identificou como Branca (38; 32,8%), seguida por Preta (33; 28,4%), Parda (18; 15,5%), Outra (16; 13,8%), Indígena (6; 5,2%) e Oriental (5; 4,3%). Quanto à instituição de origem, 88 participantes (75,9%) frequentavam escolas regulares, enquanto 28 (24,1%) estavam inseridos em projetos sociais. Geograficamente, a amostra incluiu participantes de diferentes estados do Brasil: 38 (32,8%) oriundos de São Paulo, 27 (23,3%) do Rio Grande do Sul, 25 (21,6%) do Distrito Federal, 17 (14,7%) do Ceará e 9 (7,8%) do Pará. Foram incluídas na análise todas as crianças que haviam respondido ao CDI nos dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção) e cujos responsáveis legais haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como as próprias crianças haviam manifestado anuência por meio do Termo de Assentimento (TA), em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A Tabela 8 sumariza os dados sociodemográficos das crianças participantes:

TABELA 8*Características sociodemográficas da amostra (n = 116)*

Variável	Categoria	n	%
Idade	8–12 anos ($M = 9,7$; $DP = 1,1$)	116	100
Gênero	Feminino	61	52,6
	Masculino	55	47,4
Cor/raça/etnia	Branca	38	32,8
	Preta	33	28,4
	Parda	18	15,5
	Outra	16	13,8
	Indígena	6	5,2
Instituição de origem	Oriental	5	4,3
	Escola regular	88	75,9
	Projeto social	28	24,1
Região/Estado	São Paulo	38	32,8
	Rio Grande do Sul	27	23,3
	Distrito Federal	25	21,6
	Ceará	17	14,7
	Pará	9	7,8

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de Contexto Pandêmico: Foi elaborado um formulário respondido pelos pais ou responsáveis legais das crianças. O instrumento foi dividido em três partes. A primeira parte contemplou dados sociodemográficos da família, incluindo idade do responsável, cidade de residência, ocupação profissional, autodeclaração étnico-racial, número de filhos, renda familiar mensal, escolaridade do responsável e composição do núcleo domiciliar. A segunda parte investigou condições de vida durante a pandemia, abrangendo aspectos como recebimento de auxílios governamentais, segurança alimentar, medidas de prevenção adotadas, vacinação, contaminação por COVID-19 entre os membros da família, bem como internações e óbitos de pessoas significativas em decorrência do vírus. A terceira parte focalizou especificamente as experiências da criança durante o período pandêmico, incluindo tempo de exposição a telas, supervisão de adultos durante o uso de equipamentos eletrônicos, acompanhamento das atividades escolares remotas, readaptação ao ensino presencial, oportunidades de interação com outras crianças e mudanças comportamentais observadas pelos responsáveis (tais como insônia, pesadelos, desânimo, irritabilidade, tristeza, choro frequente, agressividade, entre outros). Esse instrumento teve como finalidade caracterizar a amostra e permitir análises estratificadas segundo variáveis sociodemográficas e contextuais.

Além disso, utilizou-se a versão brasileira reduzida do *Children's Depression Inventory* (CDI), originalmente desenvolvido por Kovacs (1983) e adaptado ao contexto nacional por Gouveia e colaboradores (1995). O instrumento é uma escala de autorrelato composta por 20 itens, cada um com três opções de resposta que descrevem níveis crescentes de intensidade dos sintomas nas duas semanas anteriores à aplicação. Valores

mais altos indicam maior gravidade dos sintomas. Os itens do instrumento abrangem aspectos da sintomatologia depressiva na infância: tristeza, choro, pessimismo, ideação suicida, isolamento social, queda no rendimento escolar, alterações de sono e apetite. A título de exemplo, o instrumento inclui afirmações como: “Eu faço bem a maioria das coisas/Eu faço errado a maioria das coisas/Eu faço tudo errado”; “Eu me sinto preocupado de vez em quando/Eu me sinto preocupado frequentemente/Eu me sinto sempre preocupado.”; e “Eu gosto de mim mesmo./Eu não gosto muito de mim mesmo./Eu me odeio.”. Estudos prévios realizados com amostras brasileiras demonstraram consistência interna global do CDI variando entre 0,80 e 0,91.

Procedimentos

A pesquisa que deu origem aos dados do presente artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAEE 56969322.7.0000.5504), seguindo as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de informações ocorreu em cinco localidades brasileiras (Belém, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre e São Carlos), nas quais diferentes equipes de pesquisa regionais, cada qual vinculada a uma universidade local, ficaram responsáveis pela aplicação dos instrumentos e pela condução das atividades previstas no programa. Essas equipes foram previamente capacitadas para aplicar a intervenção durante um encontro presencial, no qual foram alinhados os procedimentos de aplicação do Inventário de Depressão Infantil (CDI) e de execução das sessões do Programa ConViver.

Após a etapa supracitada, os responsáveis legais das crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças manifestaram sua concordância

por meio do Termo de Assentimento (TA). A coleta propriamente dita ocorreu em dois momentos temporais. No primeiro momento (pré-teste), imediatamente anterior ao início do Programa ConViver, o CDI foi aplicado coletivamente a todas as crianças participantes, tanto do grupo experimental quanto do grupo controle. Na sequência, foi oferecida ao grupo experimental a intervenção ConViver, composta por oito sessões grupais. Ao término dessa etapa, realizou-se o segundo momento de coleta (pós-teste), no qual o CDI foi novamente aplicado a todas as crianças, seguindo exatamente os mesmos procedimentos adotados no pré-teste. Em ambas as etapas, a ordem de aplicação foi padronizada. As aplicações aconteceram nas próprias escolas ou nos espaços dos projetos sociais frequentados pelas crianças, sempre em sala de aula ou ambiente análogo. Cada sessão contou com a presença de pelo menos dois pesquisadores capacitados, garantindo o atendimento adequado às demandas das crianças e a fidelidade ao protocolo estabelecido (Pessoa et al., 2025).

Análise de Dados

A análise foi realizada em três etapas: composição e caracterização dos grupos com relação às variações na pontuação em CDI, considerando tempos pré (T1) e pós-teste (T2), comparação dos escores entre os grupos e modelagem preditiva. Inicialmente, os participantes foram classificados em três grupos com base no cálculo do escore de mudança ($\text{delta CDI} = T2 - T1$), resultando em três grupos mutualmente excludentes: Grupo 1 (Melhorou), composto por indivíduos com diminuição nos escores em CDI; Grupo 2 (Estável), com escores inalterados ou com flutuação mínima; e Grupo 3 (Piorou), composto por indivíduos com aumento nos escores. A classificação dos grupos foi baseada na lógica de Jacobson e Truax (1991), adotando-se um critério de categorização de trajetórias

individuais (Melhora, Estabilidade e Piora) baseado em um limiar de mudança de 2 pontos no CDI. Para visualizar a validade dessa classificação, a distribuição da mudança nos escores foi representada por meio de *boxplots* mostrando a dispersão dos participantes e a separação clara entre os grupos na trajetória de sintomas de T1 para T2.

A caracterização sociodemográfica e clínica dos grupos foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e medianas com valores mínimos e máximos para variáveis contínuas. Para verificar a homogeneidade entre os grupos quanto à cor/raça, cidade, alocação (experimental/controle), período escolar e gênero, utilizou-se o teste Qui-quadrado, e a magnitude das associações foi estimada pelo coeficiente V de Cramer. Com relação às variáveis numéricas, a comparação dos escores de mudança (Total e subdimensões: Afetiva, Cognitiva, Comportamental e Somática) e da idade entre os três grupos foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis. Para avaliar o tamanho do efeito nessas comparações, utilizou-se o coeficiente ϵ^2 .

Para investigar o peso das variáveis sociodemográficas na probabilidade de pertencimento aos grupos de trajetória, foi ajustado um modelo de Regressão Logística Multinomial, tendo como variável dependente a trajetória de mudança (Grupo 1, 2 e 3) e como preditores as variáveis gênero, cor/raça, grupo de alocação, período escolar e idade. Os resultados foram reportados em medidas de razão de chances (*Odds Ratio* [OR]) acompanhados de seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados

A Figura 1 ilustra a distribuição da variação nos escores de depressão ($\Delta\text{CDI} = \text{T2} - \text{T1}$) nos três grupos definidos pelo padrão de mudança. Observa-se que o Grupo 1 (Melhorou) apresenta predominantemente valores negativos de ΔCDI , indicando redução dos sintomas entre T1 e T2, com maior dispersão dos escores e presença de casos com melhora mais acentuada. O Grupo 2 (Estável) concentra-se em torno de valores próximos de zero, evidenciando pouca variação nos níveis de sintomas ao longo do período. Já o Grupo 3 (Piorou) apresenta valores positivos de ΔCDI , refletindo aumento dos sintomas depressivos, com menor variabilidade em comparação ao Grupo 1.

No que se refere ao gênero, observa-se sobreposição entre meninos e meninas nos três grupos. Ainda assim, uma inspeção visual sugere que os valores mais extremos de melhora, no Grupo 1, concentram-se predominantemente entre crianças do gênero feminino, enquanto os valores mais elevados de piora, no Grupo 3, são mais frequentemente observados entre crianças do gênero masculino. Esses padrões devem ser interpretados com cautela, sendo explorados de forma mais sistemática nas análises inferenciais subsequentes.

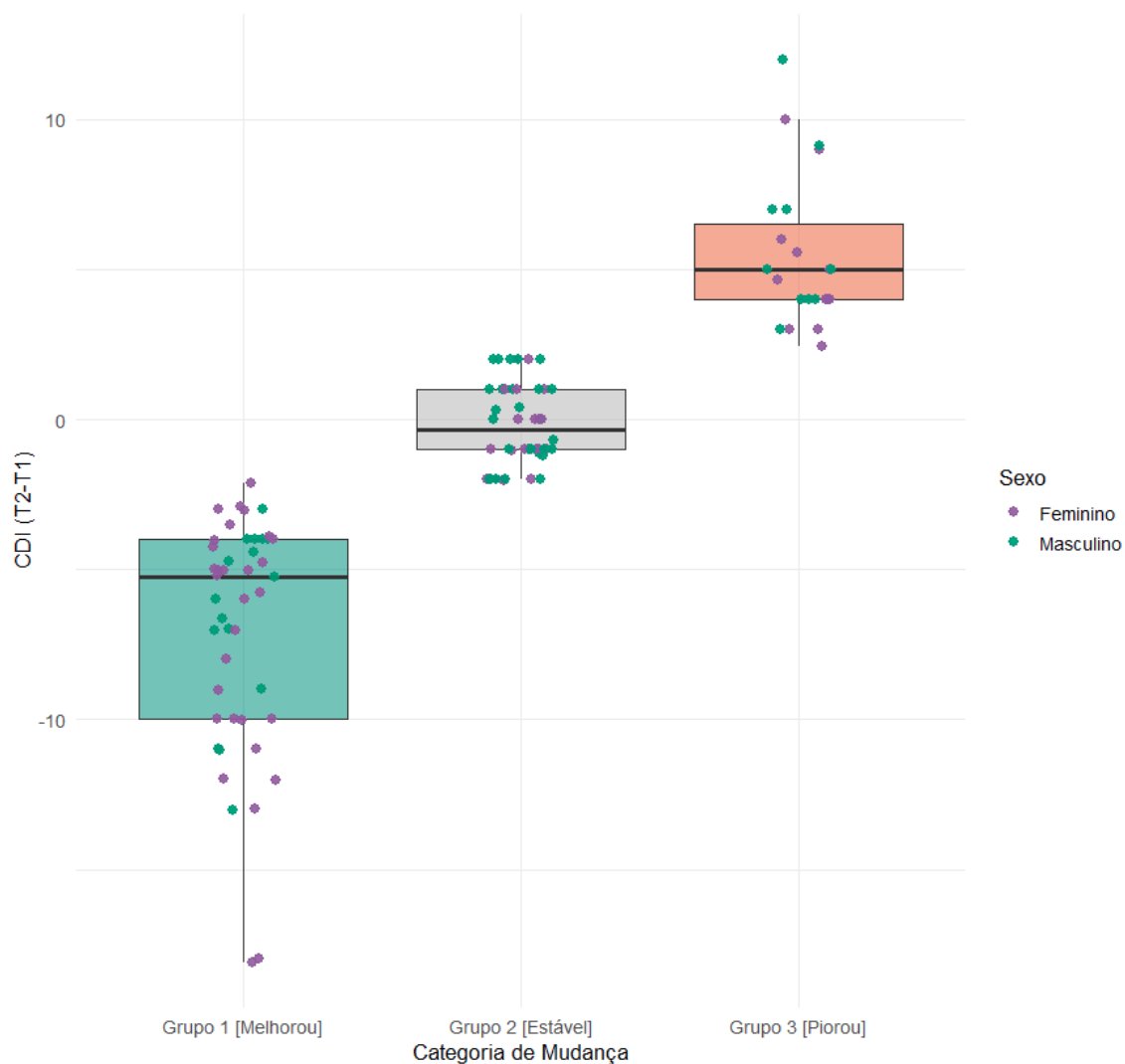


Figura 1. Boxplots dos escores de mudança no CDI ($T2 - T1$) nos Grupos 1 [Melhorou] ($n = 47$), 2 [Estável] ($n = 46$) e 3 [Piorou] ($n = 23$).

A Tabela 9 indica que os grupos apresentaram perfil sociodemográfico amplamente semelhante, sem evidências de diferenças estatisticamente significativas quanto à cor/raça, cidade de origem ou alocação nos grupos experimental e controle, com tamanhos de efeito nulos ou desprezíveis. Observa-se, contudo, tendências descritivas para distribuição por período escolar e gênero, com efeitos de magnitude pequena, no qual o Grupo 1 concentra crianças do gênero feminino e o Grupo 2 crianças que estudam no período da manhã. Em

contraste, as diferenças entre os grupos foram marcantes nos escores de mudança do CDI, com padrão ordenado entre piora, estabilidade e melhora em todas as dimensões avaliadas. Embora este resultado fosse esperado, por se tratar do critério pelo qual os grupos foram estabelecidos, esta diferença se manteve nas subdimensões afetiva, cognitiva, comportamental e somática, indicando que os efeitos de melhora ou de piora foram proporcionais em todas as dimensões.

TABELA 9

Caracterização dos grupos em termos sociodemográficos e por escore em CDI

Variáveis	Grupo 1 [Melhorou]	Grupo 2 [Estável]	Grupo 3 [Piorou]	p	cramer' s v
Cor	n (%)	n (%)	n (%)		
Branca	13 (27.7%)	15 (32.6%)	10 (43.5%)	0,792	0
Indígena ou Oriental	6 (12.8%)	4 (8.7%)	1 (4.3%)	0,792	0
Outra	5 (10.6%)	9 (19.6%)	2 (8.7%)	0,792	0
Parda	7 (14.9%)	7 (15.2%)	4 (17.4%)	0,792	0
Preta	16 (34.0%)	11 (23.9%)	6 (26.1%)	0,792	0
Cidade					
Belém	5 (10.6%)	1 (2.2%)	3 (13.0%)	0,195	0
Brasília	13 (27.7%)	7 (15.2%)	5 (21.7%)	0,195	0
Fortaleza	3 (6.4%)	10 (21.7%)	4 (17.4%)	0,195	0
P. Alegre	11 (23.4%)	13 (28.3%)	3 (13.0%)	0,195	0
São Carlos	15 (31.9%)	15 (32.6%)	8 (34.8%)	0,195	0
Grupo					
Ctrl.	17 (36.2%)	19 (41.3%)	11 (47.8%)	0,641	0,00
Exp.	30 (63.8%)	27 (58.7%)	12 (52.2%)	0,641	0,00
Período					
Manhã	7 (43.8%)	56 (69.1%)	9 (47.4%)	0,057	0,18
Tarde	9 (56.2%)	25 (30.9%)	10 (52.6%)	0,057	0,18
Gênero					
Feminino	30 (63.8%)	19 (41.3%)	12 (52.2%)	0,094	0,15
Masculino	17 (36.2%)	27 (58.7%)	11 (47.8%)	0,094	0,15
CDI	Mdn [Mín; Máx]	Mdn [Mín; Máx]	Mdn [Mín; Máx]		ε²
Total	-5.26 [-9.97; -4.00]	-0.34 [-1.00; 1.00]	5.00 [4.00; 6.50]	<.001	0,863
Afetiva	-2.00 [-4.00; -1.00]	0.00 [-1.00; 1.00]	2.00 [0.00; 4.00]	<.001	0,411
Cognitiva	-2.00 [-3.50; -1.00]	0.00 [-1.00; 0.75]	2.00 [0.50; 3.25]	<.001	0,448
Comport.	-1.00 [-2.88; 0.00]	0.00 [-0.75; 1.00]	1.00 [1.00; 2.00]	<.001	0,323
Somática	0.00 [-1.00; 0.00]	0.00 [0.00; 1.00]	0.00 [0.00; 1.00]	<.001	0,125
Idade	10.00 [9.00; 10.50]	10.00 [9.00; 11.00]	9.00 [9.00; 11.00]	0,905	-0,016

A Figura 2 apresenta as razões de chances (odds ratios [OR]) estimadas pela regressão logística multinomial para a comparação dos grupos Melhorou (Grupo 1) e Piorou (Grupo 3) em relação ao grupo de referência Estável (Grupo 2), considerando simultaneamente as variáveis sociodemográficas incluídas no modelo. De modo geral, observa-se que a maioria das estimativas encontra-se próxima ao valor de referência (OR = 1) e apresenta intervalos de confiança amplos que o interceptam, indicando ausência de evidências estatisticamente robustas de associação entre os preditores e a probabilidade de pertencimento aos grupos de piora ou melhora.

O único efeito significativo foi observado para o gênero masculino na comparação entre o Grupo 1 e o grupo de referência, sugerindo menor chance de melhora entre meninos (OR = 0,29; IC95%: 0,12-0,73). Esse resultado indica que, mantidas as demais variáveis constantes, crianças do gênero masculino apresentam probabilidade significativamente menor de pertencer ao grupo com redução dos sintomas em comparação ao grupo estável.

Para as demais variáveis (cor/raça, grupo experimental, período escolar e idade) os ORs permaneceram próximos de 1 e acompanhados de intervalos de confiança relativamente amplos, indicando baixa precisão das estimativas e ausência de evidências consistentes de associação. Embora alguns coeficientes apresentem tendência direcional, esses efeitos não se mostraram estatisticamente distintos do valor nulo.

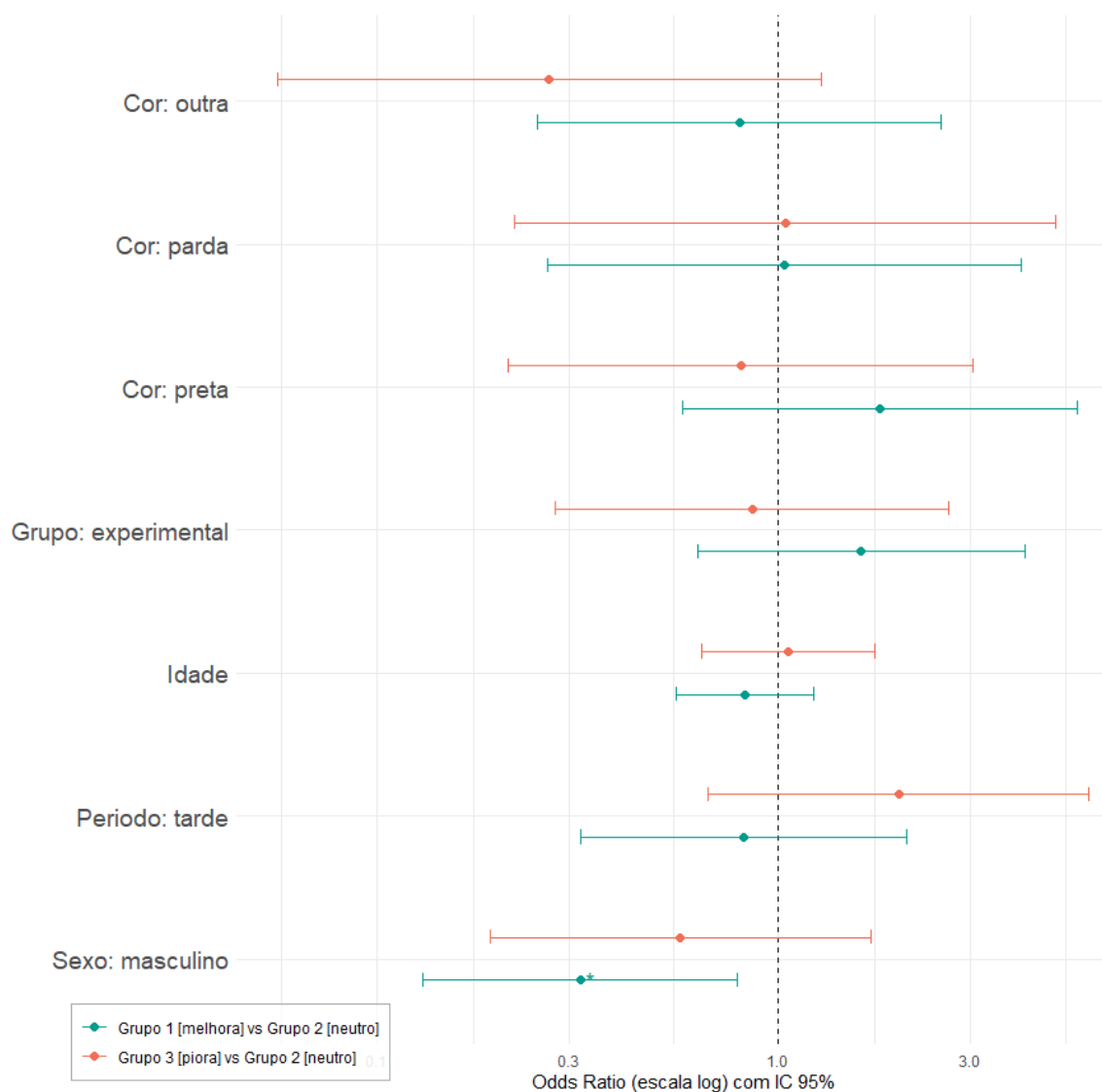


Figura 2. Razões de chances (OR) do modelo de regressão multinominal para os grupos, tendo grupo 2 (neutro) como referência

Discussão

A análise de cluster empregada neste estudo revelou, como ilustrado na Figura 1, a existência de três trajetórias distintas de mudança nos escores do Inventário de Depressão Infantil (CDI) entre o pré e o pós-teste: um grupo que apresentou diminuição dos escores,

caracterizando melhora em sintomas depressivos (Grupo 1; n=47); um grupo cujos escores permaneceram relativamente estáveis (Grupo 2; n=46); e um grupo que apresentou aumento dos escores, indicando piora em sintomas depressivos (Grupo 3; n=23).

A constatação da heterogeneidade supracitada constitui um achado relevante, pois demonstra que, mesmo na ausência de um efeito médio significativo da intervenção sobre a amostra total (conforme reportado no Artigo 2), as trajetórias individuais são múltiplas e, por vezes, opostas. Este fenômeno está em consonância com a literatura recente sobre intervenções psicossociais, a qual tem destacado que análises focadas exclusivamente em médias grupais podem mascarar subgrupos com padrões de resposta divergentes. A meta-análise de Duagi e colaboradores (2024), por exemplo, ao avaliar efeitos de longo prazo de intervenções psicossociais para adolescentes, encontrou efeitos pequenos, porém sustentados, na redução de sintomas depressivos, mas com significativa heterogeneidade entre os estudos.

De forma similar, a revisão de Wendel e colaboradores (2024) sobre intervenções conduzidas durante a pandemia de COVID-19 identificou que, embora os efeitos agregados fossem modestos, as respostas variavam consideravelmente em função de características da intervenção e da população-alvo. A identificação de três clusters no presente estudo, portanto, não representa a manifestação empírica de um princípio já reconhecido na literatura, no qual a resposta a intervenções psicossociais é modulada por fatores individuais e contextuais que precisam ser analisados. Ademais, a existência de um subgrupo que melhora e outro que piora ao longo do tempo também encontra respaldo nos estudos sobre o curso natural da depressão infantojuvenil. A meta-análise de Whiteford e colaboradores (2013) estimou que aproximadamente 23% dos casos de depressão maior não tratada remitem espontaneamente em um período de três meses, enquanto uma parcela

menor, especialmente entre os casos mais graves, pode apresentar persistência ou agravamento dos sintomas. Assim, a própria distribuição observada na Figura 1, com uma proporção de crianças melhorando, outra estabilizando e uma terceira piorando, é compatível com o que se esperaria do curso natural do transtorno, independentemente de qualquer intervenção.

Os resultados apresentados na Tabela 9 permitem examinar se as trajetórias supracitadas se associam a características sociodemográficas ou, crucialmente, à alocação nos grupos experimental e controle. O achado mais contundente que emergiu foi a ausência de associação significativa entre o grupo de alocação e o pertencimento aos clusters ($p = 0,641$; V de Cramer = $0,00$). Isso significa que a probabilidade de uma criança pertencer ao grupo que melhorou, que permaneceu estável ou que piorou foi essencialmente a mesma, independentemente de ela ter participado do Programa ConViver ou de ter permanecido no grupo controle. Este dado é central para a interpretação dos resultados, pois indica que a intervenção, em seu formato atual, não foi capaz de alterar significativamente a trajetória natural dos sintomas depressivos na amostra investigada.

A literatura especializada oferece um arcabouço robusto para compreender a ausência de efeito supracitado. O programa ConViver caracteriza-se como uma intervenção psicossocial breve, composta por oito sessões grupais com foco na promoção de resiliência em crianças expostas a catástrofe sanitária da COVID-19, bem como a criação de um espaço seguro para expressão emocional, psicoeducação sobre a pandemia e fortalecimento de vínculos (Pessoa, Komatsu & Guimarães, 2023). Trata-se, portanto, de uma intervenção de natureza psicossocial e de promoção de saúde, e não de um tratamento psicoterápico estruturado para depressão. Cuijpers e colaboradores (2023, em uma meta-análise que sintetizou cinco décadas de pesquisa com 562 ensaios clínicos randomizados, demonstrou

que mesmo as psicoterapias mais bem estabelecidas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal (IPT), produzem efeitos apenas modestos na redução de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, e que esses efeitos são significativamente menores do que os observados em adultos.

De forma ainda mais incisiva, a atualização de evidências de Weersing e colaboradores (2025) concluiu que, para crianças menores de 12 anos, faixa etária que compõem a amostra do presente estudo, nenhum tratamento psicossocial atinge o status de eficaz para minimizar sintomas depressivos. A TCC, caracterizada como a intervenção mais estudada, é classificada como experimental para essa faixa etária e os autores destacam que os efeitos são ainda mais modestos e inconsistentes do que em adolescentes. A revisão de Espada, Sánchez-López e Morales (2023) corrobora essa visão ao demonstrar que as intervenções psicológicas para depressão infanto juvenil produzem efeitos significativos, porém modestos, e que apenas a TCC e a IPT-A atingem o status de tratamentos bem estabelecidos e, mesmo assim, primariamente para adolescentes.

Considerando o contexto supracitado, é justificado que uma intervenção psicossocial de curta duração como o ConViver não tenha produzido um impacto detectável sobre os sintomas depressivos. Contudo, é importante distinguir a ausência de efeito sobre a depressão da ausência de qualquer benefício da intervenção. Estudos prévios conduzidos demonstraram que o ConViver foi eficaz para aumentar os afetos positivos e diminuir os afetos negativos (Pessoa, Komatsu & Guimarães, 2023). De maneira complementar, Sanches e colaboradores (2024) apontaram o ConViver como importante ferramenta para ampliar a percepção da rede de apoio afetiva e social. Esses achados são coerentes com a revisão de Tietbohl e colaboradores (2024), que identificou fatores como autoeficácia,

suporte social e coesão familiar como protetivos contra o desenvolvimento de sintomas depressivos em crianças.

Desse modo, o ConViver parece atuar exitosamente sobre esses fatores protetivos, promovendo bem-estar subjetivo e resiliência, mas essa atuação é insuficiente para reverter a sintomatologia depressiva quando esta já está instalada em níveis clinicamente significativos. Em outras palavras, o programa funciona como uma intervenção de promoção de saúde e prevenção, alinhando-se ao que Cheung et al., (2013), em suas diretrizes para atenção primária, denominam "suporte ativo e monitoramento", que diz respeito a uma estratégia válida para casos leves de depressão ou para jovens que não desejam tratamento ativo, mas não como um substituto para tratamentos especializados nos casos de depressão.

A Tabela 9 também revelou que as variáveis sociodemográficas como cor/raça, cidade de origem e período escolar não apresentaram associações significativas com os clusters, com tamanhos de efeito nulos ou desprezíveis. Observam-se, contudo, tendências descritivas que merecem menção: o Grupo 1 (que apresentou melhoras) concentrou uma maior proporção de meninas, enquanto o Grupo 2 (Estável) concentrou crianças que estudavam no período da manhã. Essas tendências, embora não significativas na análise bivariada, sinalizam a possibilidade de que fatores sociodemográficos possam exercer alguma influência, a qual será mais bem explorada na análise multivariada.

Essas tendências descritivas ganham precisão e rigor na análise de regressão logística multinomial, apresentada na Figura 2. O achado que emerge desta análise é que o gênero masculino foi o único preditor significativo de uma menor chance de melhora. Especificamente, os meninos tiveram uma probabilidade 71% menor de pertencer ao Grupo 1 (Melhorou) em comparação ao Grupo 2 (Estável) (OR = 0,29; IC95%: 0,12-0,73). Para

todas as demais variáveis incluídas no modelo, sendo elas cor/raça, alocação no grupo experimental, período escolar e idade, os intervalos de confiança cruzaram o valor de referência (OR = 1), indicando ausência de associações estatisticamente significativas e baixa precisão das estimativas. A significância do gênero masculino como preditor de menor chance de melhora não é um achado isolado. Análises anteriores do mesmo banco de dados (Artigo 2 desta Tese) já haviam identificado que meninas apresentaram maior redução de sintomas depressivos totais ao longo do tempo, e que as diferenças de gênero se manifestavam de forma mais acentuada nas dimensões afetiva e cognitiva do CDI.

A inovação trazida pela análise de cluster é que, mesmo quando controlado simultaneamente por outras variáveis sociodemográficas e pela alocação no grupo, o gênero masculino emerge como um fator de risco independente para a não-melhora. A literatura sobre socialização masculina oferece um arcabouço interpretativo robusto para este achado. Addis e Mahalik (2003) propuseram um modelo contextual que explica como normas de masculinidade, tais como autossuficiência, controle emocional e restrição da expressão de vulnerabilidade, inibem não apenas a busca por ajuda, mas também o engajamento e a resposta a intervenções baseadas em expressão emocional.

O ConViver, ao enfatizar a verbalização de sentimentos, o compartilhamento de experiências em grupo e a criação de um espaço de acolhimento, pode ter colidido com essas normas internalizadas pelos meninos, limitando seu benefício percebido ou relatado. Adicionalmente, Flynn e Bustamante (2024) destacam que meninos tendem a expressar sofrimento psíquico por meio de sintomas externalizantes (como irritabilidade, agitação e comportamentos opostos), os quais são menos capturados por instrumentos de autorrelato focados em sintomas internalizantes, como é o caso do CDI. Assim, a menor chance de melhora observada entre os meninos pode refletir não apenas uma menor

resposta à intervenção, mas também uma limitação do próprio instrumento em capturar as manifestações específicas do sofrimento masculino. Esse achado tem implicações práticas relevantes, pois reforça a necessidade de que intervenções psicossociais considerem as diferenças de gênero na expressão e no manejo do sofrimento emocional, adaptando suas estratégias para melhor engajar o público masculino.

A ausência de efeito das demais variáveis sociodemográficas, incluindo cor/raça, idade e período escolar, também é relevante. Ela sugere que a heterogeneidade de trajetórias observada na Figura 1 não pode ser explicada simplesmente por características sociodemográficas amplas, mas possivelmente por fatores individuais (como gravidade basal de sintomas, comorbidades ou traços de personalidade), familiares (como qualidade do suporte parental ou exposição a adversidades cumulativas) ou contextuais (como o ambiente escolar ou comunitário) (Lyons & Delgadillo, 2025), que não foram mensurados no presente estudo. Essa constatação aponta para a necessidade de futuras investigações que incorporem medidas mais refinadas desses fatores, a fim de melhor compreender os moderadores da resposta a intervenções psicossociais.

Além dos aspectos supracitados, fatores externos à intervenção, que afetaram igualmente os grupos experimental e controle, podem explicar os resultados encontrados no presente estudo. Retomando os clusters da Figura 1, especificamente o fato que uma parcela considerável das crianças melhorou (Grupo 1) e outra parcela, ainda que menor, piorou (Grupo 3), deve ser levado em conta o contexto histórico em que a pesquisa foi conduzida. A coleta de dados do pré-teste (T1) ocorreu em um momento em que o distanciamento social e medidas de segurança em relação a pandemia da COVID-19 eram muito mais restritas que no pós-teste (T2). Este fator contextual, externo à intervenção, pode explicar as trajetórias de mudança observadas. O estudo quase-experimental de Ozluk

e colaboradores (2025), que analisou dados de 185.735 crianças e adolescentes na Califórnia, demonstrou que a reabertura das escolas esteve associada a uma redução significativa nos diagnósticos de saúde mental, com quedas mais acentuadas para depressão (60% de redução na prevalência). Os autores concluem que a retomada do aprendizado presencial, da socialização com pares e do acesso a serviços de suporte baseados na escola atuaram como um fator de proteção para a saúde mental infantojuvenil.

Os dados do presente estudo são consistentes com a interpretação mencionada acima, de modo que a melhora observada no Grupo 1 pode ser, em grande parte, um reflexo desse efeito benéfico da flexibilização e retomada de vínculos presenciais, que beneficiou tanto o grupo experimental quanto o controle. Contudo, a literatura também indica que a reabertura escolar não foi um evento uniformemente positivo para todas as crianças. O estudo qualitativo de Fontenelle-Tereshchuk (2021) com pais de crianças do ensino fundamental revelou que muitos responsáveis expressaram preocupação com o impacto das novas normas de distanciamento social sobre a saúde mental de seus filhos, temendo que a adaptação a um ambiente escolar transformado pudesse gerar ansiedade e estresse adicionais. De forma complementar, o estudo de Soneson e colaboradores (2023), conduzido com quase 17.000 estudantes ingleses durante o primeiro lockdown, demonstrou que um terço dos jovens relatou melhora no bem-estar durante o período de isolamento, associada a fatores como melhores relações familiares, redução do bullying e maior autonomia sobre o próprio tempo. Para esses jovens, o retorno à escola pode ter significado a reexposição a estressores que haviam sido temporariamente mitigados. Essa ambivalência contextual ajuda a explicar a coexistência dos três clusters no presente estudo. O Grupo 1 (Melhorou) pode ser composto por crianças que estavam sofrendo com o isolamento e se beneficiaram da retomada dos vínculos escolares e sociais; o Grupo 3 (Piorou) pode incluir

crianças que haviam se adaptado bem ao ambiente doméstico e vivenciaram a volta às aulas como um evento estressante, ou crianças que já estavam em sofrimento psíquico grave e para as quais a transição foi particularmente difícil; e o Grupo 2 (Estável) pode representar crianças cujos níveis de sintomatologia não foram significativamente afetados por essas mudanças contextuais, seja por já estarem em níveis baixos ou por terem fatores de risco e proteção que se equilibraram. Tal explicação contextual se aplica igualmente aos grupos experimental e controle, em acordo com os dados da Tabela 9. Desse modo, O ConViver pode ter sido um fator adicional nesse cenário complexo.

Limitações e Recomendações

Algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. Primeiramente, a ausência de medidas de follow-up impede avaliar se as trajetórias de melhora, estabilidade ou piora se mantiveram ao longo do tempo. A meta-análise de Duagi e colaboradores (2024) sugere que intervenções psicossociais podem ter efeitos sustentados por até dois anos, mas também que os efeitos são pequenos e que intervenções universais podem levar mais tempo para manifestar seus benefícios.

Desse modo, estudos futuros deverão incluir medidas de seguimento para examinar a durabilidade das trajetórias identificadas. Adicionalmente, a amostra, embora proveniente de múltiplas regiões do Brasil, foi relativamente pequena para análises de cluster estratificadas por variáveis sociodemográficas, o que reduziu o poder estatístico para detectar diferenças mais sutis. A ausência de dados sobre variáveis contextuais importantes, tais como qualidade do suporte familiar, exposição a adversidades cumulativas, acesso a outros serviços de saúde mental e níveis basais de gravidade sintomática também limita a compreensão dos fatores que moderaram a resposta à intervenção.

Considerações Finais

Este estudo oferece uma contribuição metodológica relevante ao aplicar a análise de cluster para revelar a heterogeneidade de respostas a uma intervenção psicossocial em contexto de catástrofe. Em síntese, os achados demonstram que o Programa ConViver, em seu formato atual, não foi eficaz para reduzir sintomas depressivos em crianças expostas à pandemia de COVID-19. A ausência de efeito é consistente com a literatura que aponta para a necessidade de intervenções mais intensivas, focadas e prolongadas para a redução de sintomas de depressão no público infantojuvenil. A melhora observada em uma parcela das crianças parece ser mais bem explicada pelo curso natural da doença e pelos efeitos benéficos da retomada das rotinas escolares e sociais do que por um efeito específico do ConViver.

Além disso, é fundamental não descartar o valor do ConViver como ferramenta de apoio psicossocial. Evidências convergentes do mesmo banco de dados demonstram que o programa foi eficaz para aumentar afetos positivos e fortalecer redes de apoio, desfechos que são fatores protetivos cruciais contra a depressão infantil. O ConViver, portanto, cumpre um papel importante no espectro de cuidados em saúde mental infantojuvenil, atuando como uma intervenção de baixa intensidade adequada para promoção de saúde e prevenção, mas não como substituto para tratamentos especializados para minimizar sintomas depressivos na infância.

Referências

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, **58**(1), 5–14.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2022). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed., texto revisado).
- Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). Major depressive disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Brasil. (2020). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Brasil. (2021). Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33). Ministério da Saúde.
- Cheung, A. H., Kozloff, N., & Sacks, D. (2013). Cheung, A. H., Kozloff, N., & Sacks, D. (2013). Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Current Psychiatry Reports*, *15*(8), 381.
- Cole, D. A., Cho, S. J., Martin, N. C., Youngstrom, E. A., March, J. S., Findling, R. L., & Maxwell, M. A. (2012). Are increased weight and appetite useful indicators of depression in children and adolescents? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(4), 838–851.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H. L., Angold, A., & Costello, E. J. (2021). Childhood depression and the risk of subsequent psychiatric disorders in adulthood: A longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *60*(9), 1105–1113.

- Costa, A. C. M. M., Nery, L. G., Ribeiro, G. R., Oliveira, G. S., Vaz, R. L., & Arruda, J. T. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 11(7), e292811729281.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30.
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2025). Five decades of research on psychological treatments of depression: A historical and meta-analytic overview. *American Psychologist*, 80(3), 297–310.
- Duagi, D., Carter, B., Farrelly, M., Lisk, S., Shearer, J., Byford, S., James, K., & Brown, J. S. L. (2024). Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 57, 102382.
- Espada, J. P., Sánchez-López, A., & Morales, A. (2023). Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: A review of reviews. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 68–83.
- Flament, M. F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P., & Ledoux, S. (2011). Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1070–1078.
- Flynn, A., & Bustamante, V. (2024). Gênero, raça e ‘problemas externalizantes’ em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia em Estudo*, 29, e56169.

- Fontenelle-Tereshchuk, D. (2021). Mental health and the COVID-19 crisis: The hopes and concerns for children as schools re-open. *Interchange*, 52, 1–16.
- Hammonds, C., & Kerrissey, J. (2022). At work in a pandemic: Black workers' experiences of safety on the job. *Labor Studies Journal*, 47(4), 383–407.
- Han, Y., Ye, X., & Zhu, C. (2024). The unequal impact of disasters: Assessing the interplay between social vulnerability, public assistance, flood insurance, and migration in the US. *Urban Informatics*, 3(1), 30.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019*. IBGE.
- Iyer, V., Azhar, Y., & Aslam, S. P. (2025). Depression in children. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Levandowski, M. L., Stahnke, D. N., Munhoz, T. N., Hohendorff, J. V., & Salvador-Silva, R. (2022). Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00140020.
- Lima, J. R., & Souza, M. A. (2020). Impacto da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes: Um estudo sobre a depressão infantil. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(4), 91–101.

- Lin, J., Wang, S., Zhao, Y., & Xue, X. (2024). The inequality of economic development increases the direct economic loss of storm surge disaster in China. *Ocean & Coastal Management*, 258, 107427.
- Lyons, M., & Delgadillo, J. (2025). A systematic review of predictors and moderators of treatment response in psychological interventions for persisting forms of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 623-656.
- Ministério da Saúde. (2021). *Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil* (Boletim Epidemiológico 33). Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Moroz, C., & Thieken, A. H. (2024). Urban growth and spatial segregation increase disaster risk: Lessons learned from the 2023 disaster on the North Coast of São Paulo, Brazil. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 24(9), 3299–3314.
- Mude, W., Oguoma, V. M., Nyanhanda, T., Mwanri, L., & Njue, C. (2021). Racial disparities in COVID-19 pandemic cases, hospitalisations, and deaths: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 05015.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9–26
- Oliveira, A. P., & Costa, R. M. (2021). Abordagens terapêuticas na infância: Intervenções psicossociais. In M. R. Souza (Ed.), *Tratamentos em saúde mental infantil* (pp. 89–105). Editora Universitária.

- Ozluk, P., Romine, J., Sylwestrzak, G., & Hamad, R. (2025). Effect of school reopenings on children's mental health during COVID-19: *Quasi-experimental evidence from California. Epidemiology*, 37(2), 257–267.
- Pandey, P. C., Pandey, M., Sharma, R. K., Kumar, R., Srivastava, P. K., & Giuliani, G. (2024). Concepts of disasters and research themes: Editorial message. In *Geo-information for disaster monitoring and management* (pp. 3–39). Springer.
- Peres, I. T., Bastos, L. D. S. L., Gelli, J. M., Marchesi, J. F., Dantas, L. F., Antunes, B. B. P., ... & Bozza, F. A. (2021). Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. *Public Health*, 192, 15–20.
- Pessoa, A. S. G., Komatsu, A. V., & Guimarães, D. A. (2023). Avaliação de um programa de intervenção conduzido em contextos educativos com crianças afetadas pela pandemia. *Fragments de Cultura*, 33(3), 591–602.
- Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., Sanches, A. M., & Komatsu, A. V. (2025). Affective and social support networks of children affected by the COVID-19 pandemic: Effects of the ConViVer program on developmental microcontexts. In L. F. Habigzang, A. S. G. Pessoa, & S. R. Lordello (Eds.), *Violence against children* (pp. 205-221). Springer Nature Switzerland.
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633.
- Rico, A., Muniz, H. K. M., & Pessoa, A. S. G. (2022). Violência intrafamiliar, infância e pandemia: Olhares prospectivos em cenários nefastos. *Zero-a-Seis*, 24, 3–24.

- Rodrigues, R. I., & Krause, C. H. (2020). A Covid-19, a falta de água nas favelas e o direito à moradia no Brasil (Nota Técnica nº 69, Disoc). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Saeed, S. A., & Gargano, S. P. (2022). Natural disasters and mental health. *International Review of Psychiatry*, 34(1), 16–25.
- Sanches, A. M., Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., & Komatsu, A. V. (2024). Ampliação da rede de apoio de crianças enlutadas na pandemia de COVID-19. *Revista Subjetividades*, 24(3), e14632.
- Sarmento, M. J. (2004). As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In M. J. Sarmento & A. B. Cerisara (Orgs.), *Crianças e miúdos: Perspectivas sociopedagógicas da infância e educação* (pp. 9–34). Asa.
- Silva, W. C., Da Silva, C. O., Melo, K. C., Soares, A. N., Hernandez, L. F., Araújo, Z. A. M., ... & Sousa, F. D. C. A. (2021). Explorando os impactos na saúde mental de crianças durante a pandemia de covid-19. *International Journal of Development Research*, 11(4), 46248–46253.
- Soneson, E., Puntis, S., Chapman, N., Mansfield, K. L., Jones, P. B., & Fazel, M. (2023). Happier during lockdown: A descriptive analysis of self-reported wellbeing in 17,000 UK school students during COVID-19 lockdown. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1131–1146.
- Souza, F. R., & Lima, T. A. (2022). A avaliação da depressão infantil: Validade e confiabilidade do Inventário de Depressão Infantil. *Revista Brasileira de Psicologia Infantil*, 10(3), 123–135.

- Tietbohl-Santos, B., Shintani, A. O., Montezano, B. B., Biazin, P., Signori, G. M., Pulice, R., ... & Passos, I. C. (2024). Protective factors against depression in high-risk children and adolescents: a systematic review of longitudinal studies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 46, e20233363.
- UNICEF. (2020). *UNICEF alerta: Situação de crianças e adolescentes se agravou consideravelmente após nove meses de pandemia*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/unicef-alerta-situacao-de-criancas-e-adolescentes-se-agravou-consideravelmente-apos-nove-meses-pandemia>
- UNICEF. (2021). *Crianças de 6 a 10 anos são as mais afetadas pela exclusão escolar na pandemia, alertam UNICEF e Cenpec Educação*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/criancas-de-6-10-anos-sao-mais-afetadas-pela-exclusao-escolar-na-pandemia>
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75–84.
- Weersing, V. R., Goger, P., Schwartz, K. T. G., Baca, S. A., Angulo, F., & Kado-Walton, M. (2025). Evidence-base update of psychosocial and combination treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 1–51
- Wendel, F., Bender, S., Breitingner, E., Coenen, M., Hummel, J., Immich, G., ... & Jung-Sievers, C. (2024). Interventions to build resilience and to ameliorate negative psychosocial effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: A

systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 3707–3726

Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(8), 1569–1585.

World Health Organization. (2021). *Mental health of adolescents*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Wrigley-Field, E., Garcia, S., Leider, J. P., & Van Riper, D. (2021). COVID-19 mortality at the neighborhood level: Racial and ethnic inequalities deepened in Minnesota in 2020. *Health Affairs*, 40(10), 1644–1653

Considerações Finais da Tese

A presente tese de doutorado teve como objetivo central investigar a depressão infantil em contextos de catástrofe, tomando a pandemia de COVID-19 como evento catastrófico de referência. Para tanto, foram conduzidos três estudos interrelacionados: o primeiro voltado à avaliação das propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em sua versão de 20 itens; o segundo destinado a examinar a eficácia do programa de intervenção psicossocial ConViver na redução de sintomas depressivos; e o terceiro, por sua vez, orientado à identificação de perfis diferenciados de resposta à intervenção por meio da análise de cluster. Em seu conjunto, a tese buscou contribuir tanto para o aprimoramento dos instrumentos de avaliação quanto para a produção de evidências sobre intervenções psicossociais escaláveis em situações de crise.

Antes de avançar para a síntese dos achados, faz-se necessário um breve, mas essencial, deslocamento de perspectiva. A presente tese não é apenas um produto acadêmico. É, também, um documento-memória da pandemia de COVID-19 no Brasil. Os dados aqui analisados foram coletados em um momento histórico. O país vivenciava uma das maiores crises sanitárias e humanitárias de sua história. Foi um período marcado por milhões de mortes, colapso do sistema de saúde, negacionismo institucional e profundas desigualdades sociais escancaradas. As crianças que participaram desta pesquisa não são meras unidades de análise. São sujeitos que carregaram em suas falas, em seus escores no CDI e em suas trajetórias desenvolvimentais as marcas de um período que reconfigurou a infância brasileira. As vozes das 116 crianças que responderam ao CDI e que participaram

das sessões do ConViver estão aqui documentadas. Elas expressaram em palavras e desenhos seus medos, suas perdas e suas esperanças.

Ao documentar cientificamente os efeitos psicossociais da pandemia sobre essa população, esta tese cumpre um papel de registro histórico. Vale lembrar que a amostra, de modo geral, apresentou escores de sintomas depressivos mais elevados justamente no período de maior rigor das medidas de contenção do vírus. Esse dado, por si só, já revela o impacto do contexto sobre a saúde mental das crianças. Desse modo, a presente tese pretende oferecer às futuras gerações de pesquisadores, gestores e formuladores de políticas públicas um retrato sistematizado de como uma catástrofe sanitária impactou a saúde mental de crianças em um país de dimensões continentais e desigualdades estruturais. Mais do que números e tabelas, há, aqui, o testemunho de uma geração que viveu uma catástrofe sanitária. Seus efeitos, como mostram os dados, ainda são sentidos. Ao tomar esse material como objeto de análise, esta tese se insere em um esforço mais amplo: não deixar que essa experiência se perca no esquecimento. Que ela sirva de aprendizado para futuras crises. É nesse sentido que este trabalho pode ser compreendido como uma memória da pandemia: não uma memória nostálgica, mas uma memória crítica, que interroga as desigualdades que a pandemia escancarou e os modos como a psicologia pode, ou deveria, responder a elas.

Feita a devida contextualização, passemos à síntese dos achados. Os resultados do primeiro estudo indicaram que o CDI, em sua versão reduzida de 20 itens, apresenta elevada consistência interna no escore total ($\alpha = 0,88$), bem como nas subescalas afetiva ($\alpha = 0,79$) e cognitiva ($\alpha = 0,74$), confirmando sua utilidade como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em crianças brasileiras expostas à pandemia. Contudo, as subescalas comportamental e somática revelaram consistências internas

insatisfatórias ($\alpha = 0,52$ e $0,49$, respectivamente), o que evidencia fragilidades estruturais do inventário e aponta para a necessidade de revisão ou reformulação desses itens em futuras adaptações. Ademais, a análise fatorial exploratória indicou uma estrutura de quatro fatores que explicou 52% da variância total, enquanto a análise fatorial confirmatória demonstrou ajuste adequado do modelo (CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,000), ainda que o SRMR de 0,105 aponte discrepâncias residuais a serem exploradas. Verificou-se, ainda, a influência de variáveis de gênero na expressão dos sintomas, com médias mais elevadas para meninas nas dimensões afetiva e cognitiva, o que reforça a importância de considerar aspectos socioculturais na interpretação dos resultados e de desenvolver instrumentos sensíveis à diversidade das manifestações do sofrimento emocional infantil.

Cabe aqui uma reflexão sobre a conexão entre o primeiro estudo e os demais. A decisão de iniciar a tese pela avaliação das propriedades psicométricas do CDI não foi meramente procedimental. Ela reflete uma premissa ética e metodológica fundamental. Previamente à implementação de intervenções, é de extrema importância que haja instrumentos confiáveis para mensurar seus efeitos. Isso é especialmente relevante em populações expostas a eventos extremos. A pandemia de COVID-19 alterou o repertório de respostas emocionais e somáticas das crianças. O CDI já vinha sendo utilizado em diferentes contextos e populações no Brasil, com evidências de validade e consistência interna satisfatórias em estudos anteriores. No entanto, esses estudos foram conduzidos em condições ordinárias, sem a mediação de uma catástrofe sanitária global. Uma catástrofe, por definição, rompe com o funcionamento rotineiro de uma comunidade. Ela modifica a forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam. Aplicar um instrumento que se mostrou adequado em contextos de normalidade para uma população que viveu uma catástrofe não é algo que possa ser feito sem crítica. É necessário verificar se o instrumento

ainda se comporta da mesma maneira, mesmo diante de uma realidade transformada. Esse cuidado é ainda mais relevante quando se considera que o CDI, embora amplamente utilizado em pesquisas nacionais e internacionais, não possui registro formal no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Isso torna ainda mais necessária a avaliação contínua de suas propriedades psicométricas em diferentes amostras e contextos.

O fato de o CDI ter se mostrado adequado, ainda que com fragilidades localizadas, dá sustentação às análises dos estudos 2 e 3. Ele assegura que as mudanças nos escores refletem, de fato, variações nos sintomas depressivos e não artefatos de medição. Em outras palavras, a confiabilidade do CDI, atestada no Estudo 1, é o alicerce sobre o qual se assentam as conclusões dos estudos subsequentes. Essa validação assegura que qualquer interpretação sobre a eficácia da intervenção ou sobre os perfis de trajetória não é meramente especulativa. Essa articulação entre os três estudos é uma das contribuições originais desta tese. Ela integra, em um mesmo trabalho, três dimensões fundamentais: avaliação psicométrica, eficácia de intervenção e análise de perfis de resposta. Tudo isso em uma amostra de crianças expostas a uma catástrofe.

Além disso, o estudo se destaca por fazer isso a partir de uma abrangência geográfica. A coleta de dados foi realizada em cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Participaram crianças de Belém, Fortaleza, Brasília, São Carlos e Porto Alegre. Essa diversidade regional é rara na literatura nacional sobre avaliação psicométrica da depressão infantil, especialmente considerando, mais uma vez, o contexto de crise. A maioria dos estudos anteriores concentrou-se em amostras de uma única cidade ou estado, com recortes regionais restritos. O presente estudo, ao contemplar diferentes contextos socioculturais e econômicos, amplia a validade externa dos achados.

Ele permite que os resultados sejam generalizáveis para outras populações brasileiras, ainda que com as devidas cautelas. Essa abrangência confere ao estudo 1 e, à própria tese, um caráter inédito no cenário nacional, especialmente ao aliar a diversidade geográfica à análise integrada dos três eixos de investigação.

No que tange ao segundo estudo, os resultados revelaram uma redução significativa dos sintomas depressivos ao longo do tempo para toda a amostra, especialmente nas dimensões afetiva e cognitiva, mas não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimental e controle, tampouco interação significativa entre grupo e tempo. Em outras palavras, a hipótese central da tese, de que o programa ConViver seria eficaz para reduzir sintomas depressivos, não foi confirmada. Embora as crianças tenham apresentado melhora geral nos indicadores de bem-estar emocional, essa evolução não pôde ser atribuída exclusivamente à intervenção ConViver. A não confirmação dessa hipótese, longe de significar um fracasso da pesquisa, constitui um achado científico relevante, na medida em que desafia pressupostos otimistas sobre o alcance de intervenções psicossociais breves e indica a necessidade de reavaliar o que se pode esperar delas. Quando as análises foram estratificadas por variáveis sociodemográficas, observou-se que meninas apresentaram redução maior dos sintomas em comparação aos meninos, e que crianças não negras do GE se beneficiaram mais da intervenção do que crianças negras. Esses achados apontam para a necessidade de uma perspectiva interseccional na implementação de programas psicossociais, de modo a considerar como gênero, raça e classe social influenciam tanto a manifestação da depressão quanto a resposta às estratégias de cuidado.

O terceiro estudo, por meio da análise de cluster, identificou três perfis distintos de trajetória dos sintomas depressivos: um grupo que melhorou ($n = 47$), um grupo que permaneceu estável ($n = 46$) e um grupo que piorou ($n = 23$). Esse achado, por si só, já constitui uma contribuição metodológica e empírica relevante, pois demonstra que a resposta a intervenções psicossociais não é homogênea, há crianças que melhoram, outras que estabilizam e outras que pioram, independentemente da alocação nos grupos experimental ou controle. O achado mais contundente foi a ausência de associação significativa entre o grupo de alocação (experimental vs. controle) e o pertencimento aos clusters ($p = 0,641$; V de Cramer = $0,00$), indicando que o programa ConViver, em seu formato atual, não foi capaz de alterar significativamente a trajetória natural dos sintomas depressivos na amostra investigada. A regressão logística multinomial revelou que o gênero masculino foi o único preditor significativo de menor chance de melhora ($OR = 0,29$; $IC95\%$: $0,12-0,73$), o que está em consonância com a literatura sobre socialização masculina e normas de gênero que inibem a expressão de vulnerabilidade e o engajamento em intervenções baseadas em verbalização emocional.

O valor da análise de cluster nesta tese, contudo, vai além da identificação dos perfis. Trata-se de um pioneirismo metodológico no contexto de avaliação de intervenções psicossociais com crianças brasileiras em situação de catástrofe. A maioria dos estudos nacionais sobre o tema ancoram-se em comparações de médias grupais, que, como discutido ao longo deste trabalho, tendem a mascarar a heterogeneidade das respostas individuais. Ao adotar uma abordagem centrada na pessoa, o Estudo 3 não apenas complementa os achados do Estudo 2, mas também oferece um modelo analítico que pode ser replicado em futuras investigações, especialmente aquelas que buscam compreender por que algumas crianças se beneficiam de intervenções e outras não.

Outro aspecto que merece destaque nas Considerações Finais, e que atravessa toda a tese ainda que de forma implícita, é a perspectiva desenvolvimentista que orientou a pesquisa. A depressão infantil não pode ser compreendida nem tratada como uma versão diminuída da depressão adulta. As crianças estão em processo contínuo de maturação cognitiva, emocional e social, e seus sintomas manifestam-se de maneiras que variam conforme a idade, o repertório linguístico e dispositivos sociais que elas têm acesso. Nesta tese, essa perspectiva merece destaque em quatro momentos particulares.

O primeiro momento diz respeito à escolha do CDI como instrumento. Ele foi criado especificamente para crianças, e não é uma adaptação de uma escala adulta. Desse modo, trata-se de um instrumento de autorrelato com linguagem adequada ao público infantil. O segundo momento refere-se à estrutura lúdica do programa ConViver. O programa reconhece a brincadeira como via legítima de expressão e elaboração emocional. As atividades propostas nas sessões consideram que as crianças aprendem e se comunicam por meio do jogo, da arte e do movimento.

O terceiro momento diz respeito à análise de trajetórias do Estudo 3. Essa abordagem captura a fluidez e a não linearidade dos sintomas depressivos ao longo do tempo. Ela reconhece que o desenvolvimento infantil não é um processo linear e que os sintomas podem oscilar conforme as experiências vividas. Embora a análise por faixa etária não tenha revelado diferenças estatisticamente robustas, a tendência observada na dimensão afetiva sugere que crianças mais velhas, de 10 a 12 anos, podem ter maior capacidade de engajamento reflexivo com as atividades do programa. Esse dado, ainda que preliminar, aponta para a necessidade de que futuras intervenções considerem não apenas a idade

cronológica, mas o estágio de desenvolvimento psicológico das crianças. É preciso adaptar linguagens, exemplos e estratégias para maximizar o engajamento e a eficácia.

Há ainda um quarto momento em que essa perspectiva desenvolvimentista se fez presente, ainda que de forma transversal: o convite às crianças para participar da pesquisa. Para o presente estudo, a pesquisadora utilizou um roteiro que a autora da presente tese criou especificamente para pesquisas com crianças. A tese trouxe, em seus anexos, o Roteiro para Obtenção de Assentimento em Pesquisa com Crianças (Anexo C). Ele foi desenvolvido a partir de uma história interativa e do uso de imagens, com uso de emojis, para que as crianças pudessem manifestar, de forma lúdica e acessível, sua concordância ou recusa em participar do estudo.

Embora esse roteiro tenha sido trazido no Anexo C e detalhado em artigo independente da tese (ver Muniz et al., no prelo), é importante registrá-lo aqui como parte do legado metodológico e ético do presente trabalho. A pesquisa com crianças exige mais do que o cumprimento formal de exigências burocráticas. Exige a criação de pontes comunicativas que respeitem o universo simbólico infantil. O roteiro aqui proposto, ao substituir a assinatura por uma pintura e a leitura de um texto por uma contação de história, alinha-se aos preceitos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Ambos reconhecem as crianças como sujeitos de direitos. Essa inovação, ainda que periférica em relação aos objetivos centrais da tese, é parte constitutiva da aposta ética que orienta este trabalho: a de que a psicologia pode, e deve, produzir conhecimento com as crianças, e não apenas sobre elas.

Em síntese, a tese demonstrou que o programa ConViver, embora não tenha se mostrado eficaz para a redução de sintomas depressivos, cumpre um papel relevante como

intervenção de promoção de saúde mental e prevenção, atuando sobre fatores protetivos como afetos positivos e percepção de rede de apoio, conforme evidenciado em estudos prévios com o mesmo banco de dados. Quando os três estudos são lidos em conjunto, fica evidente que a melhora sintomática observada na amostra reflete predominantemente fatores externos à intervenção, como o curso normativo do transtorno e o retorno às rotinas presenciais. Desse modo, o ConViver não substitui tratamentos especializados para depressão infantil, mas pode ser incorporado como uma estratégia de promoção de bem estar e saúde mental em contextos de catástrofe, especialmente quando associado a outras medidas de suporte psicossocial.

É importante, neste ponto, fazer um exercício de autocrítica científica acerca das hipóteses que não se confirmaram. A literatura da área, como discutido ao longo da tese, já indicava que mesmo psicoterapias bem estabelecidas produzem efeitos apenas modestos em crianças menores de 12 anos para redução de sintomas depressivos (Weersing et al., 2025; Espada et al., 2023). Desse modo, o fato de a hipótese do ConViver ser eficaz para a redução de sintomas depressivos na infância não ter sido confirmada não invalida o programa, mas recoloca-o em seu devido lugar, no espectro de cuidados: o ConViver é uma ferramenta valiosa para o suporte emocional em contexto de crise, mas não substitui a necessidade de psicoterapias estruturadas e, em alguns casos, de intervenção farmacológica para quadros depressivos estabelecidos. A não confirmação da hipótese também enseja reflexões sobre os limites das intervenções psicossociais em situações de catástrofe: elas são necessárias, mas não suficientes; precisam ser acompanhadas por políticas públicas de proteção social, garantia de renda, acesso à saúde e recomposição de redes comunitárias.

Desse modo, esta tese reafirma a importância de uma psicologia que se assuma como ciência e como prática socialmente situada. A pandemia escancarou essas desigualdades; a ciência tem o dever de nomeá-las e de contribuir para superá-las. Que este trabalho sirva, assim, não apenas como um registro do que foi, mas como um subsídio para o que ainda pode vir a ser, seja no campo da avaliação, da intervenção e das políticas públicas voltadas à infância.

Apesar das contribuições apresentadas, os achados do presente trabalho devem ser interpretados à luz de suas limitações metodológicas, as quais, simultaneamente, apontam direções para investigações subsequentes. Primeiramente, a ausência de medidas de seguimento (*follow-up*) impede a avaliação da sustentabilidade dos efeitos do programa ConViver ao longo do tempo. Não é possível determinar, com os dados disponíveis, se as reduções nos sintomas depressivos observadas no grupo se mantiveram igualmente nos dois grupos (GE e GC), se houve recaída ou se efeitos tardios emergiram após o término da intervenção. Recomenda-se que futuros estudos incorporem pelo menos uma medida de seguimento em três ou seis meses, de modo a examinar a durabilidade dos ganhos e os padrões de mudança pós-intervenção. Além disso, o tamanho amostral ($N = 116$), embora adequado para as análises principais, ainda é limitado. Estudos futuros com amostras mais amplas e diversificadas são necessários para replicar os achados reportados e para examinar, com maior precisão, os moderadores da resposta à intervenção.

O uso exclusivo do Inventário de Depressão Infantil (CDI) como medida de desfecho constitui uma limitação relevante. Por se tratar de um instrumento de autorrelato, o CDI está sujeito a vieses de resposta, incluindo desejabilidade social, efeitos de memória e variações na capacidade metacognitiva das crianças para avaliar seus próprios estados

emocionais. Ademais, o instrumento é predominantemente sensível a sintomas internalizantes, podendo subestimar manifestações externalizantes da depressão infantil, como irritabilidade, agitação psicomotora e comportamentos opositores, que são mais frequentes em determinados subgrupos (por exemplo, meninos e crianças mais novas). Investigações futuras devem adotar abordagens multimétodo, combinando autorrelato com relatos de informantes (pais, professores), observação comportamental e entrevistas clínicas estruturadas.

Embora a amostra tenha contemplado cinco regiões brasileiras, os participantes foram recrutados exclusivamente em capitais ou centros urbanos de grande a médio porte (Belém, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, São Carlos), o que limita a generalização dos achados para populações rurais, ribeirinhas, quilombolas, indígenas ou residentes em pequenos municípios do interior. Além disso, a coleta ter ocorrido em instituições (escolas e projetos sociais) pode ter representado crianças com vínculos institucionais ativos, excluindo aquelas em situação de maior isolamento social ou exclusão escolar. Pesquisas futuras devem ampliar o escopo geográfico e institucional, incluindo amostras comunitárias e populações em situação de vulnerabilidade extrema.

Por fim, é importante reconhecer que o contexto histórico da coleta de dados, ocorrida durante a flexibilização gradual das medidas de distanciamento social e a reabertura das escolas, introduziu uma variável que carece de atenção. Os efeitos benéficos da retomada dos vínculos escolares e sociais sobre a saúde mental infantil podem ter se sobreposto aos efeitos da intervenção, dificultando a discriminação entre mudanças atribuíveis ao programa e aquelas decorrentes do curso natural do período pós-pandêmico.

Não obstante essas limitações, a presente tese oferece contribuições que podem orientar futuras investigações e práticas. Os resultados indicam que o CDI, embora útil para rastreamento, requer revisão em suas subescalas comportamental e somática. Evidenciam, também, que o programa ConViver, ainda que não tenha demonstrado eficácia na redução de sintomas depressivos, atua positivamente sobre fatores protetivos, como afetos positivos e percepção de rede de apoio, configurando-se como uma intervenção de promoção de saúde mental e prevenção, mas não como substituto para tratamentos especializados. Por fim, reforçam a necessidade de que futuras intervenções psicossociais adotem uma perspectiva interseccional, considerando como gênero, raça e idade modulam tanto a expressão do sofrimento quanto a resposta às estratégias de cuidado.

Referências

- Addis, M. E. (2008). *Gender and depression in men*. Clinical Psychology: Science and Practice, 15(3), 153-168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>
- Albres, N. A., & SOUSA, D. V. C. (2019). Termo de assentimento livre e esclarecido: uso de história em quadrinhos em pesquisas com crianças. *Revista Sinalizar*, 4.
- Ambrosini, P. J., Metz, C., Bianchi, M. D., Rabinovich, H., & Undie, A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 51-57.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed., revisão do texto).

- Bains, N., & Abdijadid, S. (2020). Major depressive disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan--. PMID: 32644504.
- Başgöze, B., Wiglesworth, A., Carosella, K. A., Klimes-Dougan, B., & Cullen, K. R. (2021). Depression, non-suicidal self-injury, and suicidality in adolescents: Common and distinct precursors, correlates, and outcomes. *Journal of psychiatry and brain science*, 6(5), e210018.
- Borges, J. A., Nakamura, P. M., & Andaki, A. C. R. (2022). Alta prevalência de ansiedade e sintomatologia depressiva em adolescentes na pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 27, 1-8.
- Brasil. (2020). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Brasil. (2021). Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2025). *Pesquisa nacional de saúde escolar: Resultados sobre saúde mental dos estudantes*. IBGE.
- Bray, L. (2007). Developing an activity to aid informed assent when interviewing children and young people. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), 447–457.
- Caponi, S. (2020). Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos avançados*, 34, 209-224.
- Cheung, A. H., Kozloff, N., & Sacks, D. (2013). Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Current Psychiatry Reports*, 15(8), 381.

- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of health & illness*, 42(2), 407-422.
- Cole, D. A., Cho, S. J., Martin, N. C., Youngstrom, E. A., March, J. S., Findling, R. L., & Maxwell, M. A. (2012). Are increased weight and appetite useful indicators of depression in children and adolescents?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 838.
- Copeland, W. E., Alaie, I., Jonsson, U., & Shanahan, L. (2021). Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(5), 604-611.
- Costa, A. C. M. M., Nery, L. G., Ribeiro, G. R., Oliveira, G. S., Vaz, R. L., & Arruda, J. T. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 11(7).
- Coutinho, M. D. P., Carolino, Z. C. G., & de Medeiros, E. D. (2013). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 291-300.
- Croarkin, P. E., Nakonezny, P. A., Morris, D. W., Rush, A. J., Kennard, B. D., & Emslie, G. J. (2025). Performance and psychometric properties of novel brief assessments for depression in children and adolescents. *JAACAP open*, 3(2), 335-343.

- Cruvinel, P. L., Boruchovitch, E., Santos, A. A. A. (2008). *Análise psicométrica do Inventário de Depressão Infantil: Ajustes e melhorias nas subescalas*. *Revista Brasileira de Psicologia Infantil*, 6(2), 55-63.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., ... & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30.
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2025). Five decades of research on psychological treatments of depression: A historical and meta-analytic overview. *American Psychologist*, 80(3), 297–310.
- Duagi, D., Carter, B., Farrelly, M., Lisk, S., Shearer, J., Byford, S., James, K., & Brown, J. S. L. (2024). Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 57, 102382.
- Durgante, H. B., & Dell'Aglío, D. D. (2018). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Avaliação psicológica*. São Paulo. Vol. 17, n. 1 (jan./mar. 2018), p. 155-162.
- Edyburn, K. L., Bertone, A., Raines, T. C., Hinton, T., Twyford, J., & Dowdy, E. (2023). Integrating intersectionality, social determinants of health, and healing: A new training framework for school-based mental health. *School Psychology Review*, 52(5), 563-585.

- Espada, J. P., Sánchez-López, A., & Morales, A. (2023). Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: A review of reviews. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 68–83.
- Fegert, J. M., Ludwig-Walz, H., Witt, A., & Bujard, M. (2023). Children's rights and restrictive measures during the COVID-19 pandemic: implications for politicians, mental health experts and society. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 17(1), 75.
- Ferreira, D. A., Pereira, F. S., & Silva, T. M. (2023). *Depressão na infância e adolescência: Causas e abordagens terapêuticas*. Editora Universitária.
- Flament, M. F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P., & Ledoux, S. (2011). Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1070–1078.
- Flynn, A., & Bustamante, V. (2023). Gênero, Raça e 'Problemas Externalizantes' em Um Serviço de Saúde Mental Infantil. *Psicologia em Estudo*, 29, e56169.
- Fontenelle-Tereshchuk, D. (2021). Mental health and the COVID-19 crisis: The hopes and concerns for children as schools re-open. *Interchange*, 52, 1–16.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.

- Gouveia, V.V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Gracino, M. C. da S, Pessoa, A. S. G, Medeiros, J. K. (2020). Devolutivas de Pesquisa como Estratégias de Ressignificação do Fracasso Escolar e de Promoção de Resiliência.
- Halim, M. L. D., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., & Amodio, D. M. (2017). Gender attitudes in early childhood: Behavioral consequences and cognitive antecedents. *Child development*, 88(3), 882-899.
- Hammonds, C., & Kerrissey, J. (2022). At Work in a Pandemic: Black Workers' Experiences of Safety on the Job. *Labor Studies Journal*, 47(4), 383-407.
- Han, Y., Ye, X., & Zhu, C. (2024). The Unequal Impact of Disasters: Assessing the Interplay Between Social Vulnerability, Public Assistance, Flood Insurance, and Migration in the US. *Urban Informatics*, 3(1), 30.
- Helsel, W. J., & Matson, J. L. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 289–298.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2025). *Pesquisa nacional de saúde escolar: Resultados sobre saúde mental dos estudantes*. IBGE.
- Iyer, V., Azhar, Y., & Aslam, S. P. (2025). Depression in children. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Komatsu, A. V., & Pessoa, A. S. G. (2025). Differences in life projects among adolescents in situations of social vulnerability during the COVID-19 pandemic. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Korczak, D. J., Westwell-Roper, C., & Sassi, R. (2023). Diagnosis and management of depression in adolescents. *Cmaj*, 195(21), E739-E746.
- Kovacs, M. (1983). *Children's depression inventory manual*. Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (2003). Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update. Toronto: Multhi-Health.
- Kovacs, M. (2008). The Children's Depression Inventory: Validity and reliability analysis in clinical settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 857-865.
- Lei federal no 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente.
- Lenth, R. (2024). *emmeans*: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.10.4.900003.
- Levandowski, M. L., Stahnke, D. N., Munhoz, T. N., Hohendorff, J. V., & Salvador-Silva, R. (2021). Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00140020.

- Lima, J. R., & Souza, M. A. (2020). Impacto da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes: Um estudo sobre a depressão infantil. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(4), 91–101.
- Lin, J., Wang, S., Zhao, Y., & Xue, X. (2024). The inequality of economic development increases the direct economic loss of storm surge disaster in China. *Ocean & Coastal Management*, 258, 107427.
- Lobato, L., Gazzinelli, A., Pedroso, L., Barbosa, R., Santos, F. M. M. & Gazzinelli, M. F. (2016). Conhecimento de crianças sobre o termo de assentimento livre e esclarecido. *Revista Bioética*, 24(3), 542-556.
- Lyons, M., & Delgadillo, J. (2025). A systematic review of predictors and moderators of treatment response in psychological interventions for persisting forms of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 623-656.
- Manfro, P. H., da Silva, C. T. B., Anselmi, L., Barros, F., Eaton, W. W., Goncalves, H., ... & Kieling, C. (2021). Depression in a youth population-based sample from Brazil: Prevalence and symptom structure. *Journal of Affective Disorders*, 292, 633-641.
- Ministério da Saúde. (2021). Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovoçadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33). Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde.
- Moroz, C., & Thieken, A. H. (2024). Urban growth and spatial segregation increase disaster risk: lessons learned from the 2023 disaster on the North Coast of São Paulo, Brazil. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 24(9), 3299-3314.

- Mude, W., Oguoma, V. M., Nyanhanda, T., Mwanri, L., & Njue, C. (2021). Racial disparities in COVID-19 pandemic cases, hospitalisations, and deaths: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 11, 05015.
- Nakamura, E., Planche, M., & Ehrenberg, A. (2018). The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 411-422.
- Newnham, E. A. (2022). 2.5 identifying and engaging high-risk groups in disaster research. *WHO guidance on research methods for health emergency and disaster risk management*, revised, 2022, 88.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9.
- Oliveira, A. P., & Costa, R. M. (2021). Abordagens terapêuticas na infância: Intervenções psicossociais. In M. R. Souza (Ed.), *Tratamentos em saúde mental infantil* (pp. 89-105). Editora Universitária.
- Ozluk, P., Romine, J., Sylwestrzak, G., & Hamad, R. (2025). Effect of school reopenings on children's mental health during COVID-19: Quasi-experimental evidence from California. *Epidemiology*, 37(2), 257–267.
- Pandey, P. C., Pandey, M., Sharma, R. K., Kumar, R., Srivastava, P. K., & Giuliani, G. (2024). Concepts of disasters and research themes: editorial message. In *Geo-information for disaster monitoring and management* (pp. 3-39). Cham: Springer International Publishing.

- Peres, I. T., Bastos, L. D. S. L., Gelli, J. M., Marchesi, J. F., Dantas, L. F., Antunes, B. B. P., ... & Bozza, F. A. (2021). Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. *Public Health*, 192, 15-20.
- Pessoa, A. S. G., Komatsu, A. V., & Guimarães, D. A. (2023). Avaliação de um Programa de Intervenção Conduzido em Contextos Educativos com Crianças Afetadas Pela Pandemia. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 33(3), 591-602.
- Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., Cavalcante, L. I. C., Diniz, D. B., & Alves, N. M. (2025). Potencialidades dos Métodos Visuais para a Promoção de Saúde Mental e Resiliência em Crianças Expostas a Catástrofes. In S. G. Murta, J. M. O. Luz, N. P. Pinheiro-Carozzo, C. O. Alves, & G. Trombeta (Orgs.), *Métodos de Pesquisa Baseados em Arte: Fundamentos e Aplicações na Saúde* (Vol. 1, pp. 77-102). EDUFMA.
- Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., Sanches, A. M., & Komatsu, A. V. (2025). Affective and social support networks of children affected by the COVID-19 pandemic: Effects of the ConViVer program on developmental microcontexts. In L. F. Habigzang, A. S. G. Pessoa, & S. R. Lordello (Eds.), *Violence against children* (pp. 205-221). Springer Nature Switzerland.
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633.
- Rico, A., Muniz, H. K. M., & Pessoa, A. S. G. (2022). Violência intrafamiliar, infância e pandemia: Olhares prospectivos em cenários nefastos. *Zero-a-seis*, 24, 3.

- Rikard-Bell, C., Hunt, C., McAulay, C., Hay, P., Morad, A., Cunich, M., & Touyz, S. (2022). Adolescent depression from a developmental perspective: the importance of recognizing developmental distress in depressed adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16029.
- Rodrigues, R. I., & Krause, C. H. (2020). A Covid-19, a falta de água nas favelas e o direito à moradia no Brasil (Nota Técnica nº 69, Disoc). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Ruba, A. L., & Pollak, S. D. (2020). The development of emotion reasoning in infancy and early childhood. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2(1), 503-531.
- Saeed, S. A., & Gargano, S. P. (2022). Natural disasters and mental health. *International review of psychiatry*, 34(1), 16-25.
- Sanches, A. M., Pessoa, A. S. G., Veloso, M. M. X., & Komatsu, A. V. (2024). Ampliação da rede de apoio de crianças enlutadas na pandemia de COVID-19. *Revista Subjetividades*, 24(3), e14632.
- Sarmiento, M. J. (2004). As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In M. J. Sarmiento & A. B. Cerisara (Orgs.), *Crianças e miúdos: Perspectivas sociopedagógicas da infância e educação* (pp. 9–34). Asa.
- Sentell, T. L., & Ratcliff-Baird, B. (2003). Literacy and comprehension of Beck Depression Inventory response alternatives. *Community mental health journal*, 39(4), 323-331.
- Silva, W. C., Da Silva, C. O., Melo, K. C., Soares, A. N., Hernandez, L. F., Araújo, Z. A. M., ... & Sousa, F. D. C. A. (2021). Explorando os impactos na saúde mental de

- crianças durante a pandemia de covid-19. *International Journal of Development Research*, 11(04), 46248-46253.
- Soneson, E., Puntis, S., Chapman, N., Mansfield, K. L., Jones, P. B., & Fazel, M. (2023). Happier during lockdown: A descriptive analysis of self-reported wellbeing in 17,000 UK school students during COVID-19 lockdown. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1131–1146.
- Souza, F. R., & Lima, T. A. (2022). A avaliação da depressão infantil: Validade e confiabilidade do Inventário de Depressão Infantil. *Revista Brasileira de Psicologia Infantil*, 10(3), 123–135.
- Tam, N. T., Huy, N. T., Thoa, I., Long, N. P., Trang, N. T., Hirayama, K., & Karbwang, J. (2015). Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 186–98.
- Tietbohl-Santos, B., Shintani, A. O., Montezano, B. B., Biazin, P., Signori, G. M., Pulice, R., ... & Passos, I. C. (2024). Protective factors against depression in high-risk children and adolescents: a systematic review of longitudinal studies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 46, e20233363.
- UNICEF. (2020). *UNICEF alerta: Situação de crianças e adolescentes se agravou consideravelmente após nove meses de pandemia.*
- UNICEF. (2021). *Crianças de 6 a 10 anos são as mais afetadas pela exclusão escolar na pandemia, alertam UNICEF e Cenpec Educação.*

- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R.. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Weersing, V. R., Goger, P., Schwartz, K. T. G., Baca, S. A., Angulo, F., & Kado-Walton, M. (2025). Evidence-base update of psychosocial and combination treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 1–51.
- Wendel, F., Bender, S., Breitingner, E., Coenen, M., Hummel, J., Immich, G., ... & Jung-Sievers, C. (2024). Interventions to build resilience and to ameliorate negative psychosocial effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 3707–3726.
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(8), 1569–1585.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Mental health of adolescents*.
- World Health Organization (WHO). (2024). *WHO global health estimates 2000–2021*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wrigley-Field, E., Garcia, S., Leider, J. P., & Van Riper, D. (2021). COVID-19 mortality at the neighborhood level: Racial and ethnic inequalities deepened in Minnesota in 2020. *Health Affairs*, 40(10), 1644-1653.

Zaluar, A., Noronha, J. C. D., & Albuquerque, C. (1994). Violência: pobreza ou fraqueza institucional?. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(suppl 1), S213-S217.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba, PR: Appris.

Anexos

Anexo A: Parecer Consubstanciado CEP:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS AFETADAS PELO COVID-19

Pesquisador: Alex Sandro Gomes Pessoa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56969322.7.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.367.038

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914535, de 13/04/2022) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_Pesquisa, de 16/03/2022):

Resumo:

As pandemias, de maneira geral, comprometem o sistema psicológico e o comportamento das pessoas, na medida em que alteram a rotina, geram insegurança e expõem a população a realidades calamitosas. Em muitos casos, este contexto adverso pode desencadear quadros sindrômicos decorrentes do pós-calamidade. Pode-se dizer que as crianças compõem um grupo de risco não só por estarem expostas ao vírus, mas por vivenciarem níveis de estresse, ansiedade e tensão diante da catástrofe que as atingiu. As reações das crianças às pandemias dependem de vários fatores, o que inclui a maneira com que estavam lidando com os desafios do dia-a-dia antes do desastre; quão grave o desastre foi e quanto impactou as suas vidas; se perderam as pessoas que amavam; se foram separadas dos pais ou de outros cuidadores; e o tipo de sistemas de apoio que dispõem após o desastre. Compreender as situações que produziram a pandemia, ampliar a rede de apoio afetivo-social e fortalecer os vínculos familiares e comunitários são estratégias capazes de favorecer os processos resiliência das crianças, uma vez que podem

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



implicar na construção de recursos sociais e psicológicos que as ajudem no enfrentamento dos infortúnios gerados. Partindo destas considerações, este projeto de pesquisa tem como objetivo adaptar e verificar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial direcionado a crianças que vivenciaram experiências adversas em decorrência da pandemia do COVID-19. Trata-se de uma investigação do tipo pesquisa intervenção, realizada a partir de um recorte transversal e que empregará as abordagens quantitativas e qualitativas para avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial desenvolvido pela Save the Children da Dinamarca. O programa, composto por 15 sessões, será testado em um grupo de aproximadamente 100 crianças (subdivididas, a posteriori, em Grupo Experimental – GEx - e Grupo Espera - GEs). Os participantes serão provenientes de 5 (idades) brasileiras: São Carlos (SP); Fortaleza (CE); Belém (PA); Brasília (DF); Porto Alegre (RS). Para verificação da eficácia da intervenção, serão empregados instrumentos quantitativos e qualitativos: i) Children's Depression Inventory – CDI; ii) Escala de Stress Infantil – ESI; iii) Escala de Afetos Positivos e Negativos; iv) Child and Youth Resilience Measure (CYRM) – Child Version; v) Mapa dos Cinco Campos (MCC); vi) Diários de campo. Após o procedimento de tradução dos manuais do programa (por intermédio da back-translation), será realizado o pré-teste, condução da intervenção, pós-teste e follow-up com ambos os grupos.

Hipótese:

Tem-se como hipótese que os participantes apresentarão melhoras estatisticamente significativas em termos dos indicadores de saúde mental avaliados e dos processos de resiliência após o engajamento na intervenção. Caso os resultados obtidos estejam em consonância com as hipóteses levantadas, os pesquisadores organizarão o material que será divulgado entre profissionais que atuam no campo de promoção de intervenções psicossociais, de modo que o programa possa ser replicado em outros contextos após o período da pandemia do COVID-19.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma investigação do tipo pesquisa intervenção, realizada a partir de um recorte transversal e que empregará as abordagens quantitativas e qualitativas para avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial desenvolvido pela Save the Children da Dinamarca. O programa, composto por 15 sessões, será testado em um grupo de aproximadamente 100 crianças (subdivididas, a posteriori, em Grupo Experimental – GEx - e Grupo Espera - GEs). Os participantes serão provenientes de 5 (idades) brasileiras:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.367.038

São Carlos (SP); Fortaleza (CE); Belém (PA); Brasília (DF); Porto Alegre (RS). Para verificação da eficácia da intervenção, serão empregados instrumentos quantitativos e qualitativos: i) Children's Depression Inventory – CDI; ii) Escala de Stress Infantil – ESI; iii) Escala de Afetos Positivos e Negativos; iv) Child and Youth Resilience Measure (CYRM) – Child Version; v) Mapa dos Cinco Campos (MCC); vi) Diários de campo. Após o procedimento de tradução dos manuais do programa (por intermédio da back-translation), será realizado o pré-teste, condução da intervenção, pós-teste e follow-up com ambos os grupos.

Tamanho da amostra: 100

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Adaptar e verificar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial direcionado a crianças que vivenciaram experiências adversas em decorrência da pandemia do COVID-19.

Objetivo Secundário:

Traduzir o programa originalmente publicado em língua inglesa por intermédio da técnica de backtranslation, bem como submetê-lo à avaliação de juízes para verificar sua validade cultural, clareza de linguagem e relevância teórica.

Verificar a eficácia do programa por meio da aplicação de escalas que avaliam diferentes construtos psicológicos (depressão, estresse e resiliência) em períodos pré-determinados (pré-teste, pós-teste e followup).

Comparar os escores obtidos nas diferentes regiões do país onde a pesquisa será realizada, visando verificar a sensibilidade cultural do programa e a viabilidade de sua utilização em diferentes contextos. Avaliar, qualitativamente, o potencial da intervenção no que se refere à ampliação e fortalecimento da rede de apoio afetivo e social que as crianças dispõem.

Elaborar um manual que permita que profissionais das políticas públicas, em especial da assistência social, da educação e saúde, repliquem a intervenção em diferentes contextos institucionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este projeto apresenta riscos mínimos aos participantes (CNS, 2016). A participação na intervenção e na coleta de dados pode provocar cansaço, desconforto ou evocar conteúdos afetivos e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.367.038

emocionais aos participantes, que podem estar associados a sentimentos ou lembranças desagradáveis, sobretudo em função das experiências negativas decorrentes da pandemia. Caso necessário, a equipe de pesquisadores encaminhará os participantes a serviços especializados, de modo que a pesquisa não traga malefícios aos mesmos.

Benefícios:

Os possíveis participantes dessa pesquisa (crianças), ao se engajarem no estudo poderão ter melhoras no quadro de saúde mental geral. Indiretamente, esta pesquisa beneficiará o campo da psicologia ao identificar as respostas a partir de intervenções que focalizam às perturbações causadas pela pandemia COVID-19, potencialmente contribuindo para a formulação de uma base de conhecimento que pode servir como um modelo para lidar com situações semelhantes no futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência apresentada para a primeira versão do projeto:

Apesar do pesquisador justificar a ausência do encaminhamento das Cartas de Anuência das instituições envolvidas, pois algumas ainda estão temporariamente fechadas ou com atividades em funcionamento parcial, o colegiado deste CEP entende a necessidade de pelo menos uma carta de anuência assinada antes de poder aprovar o projeto. Sendo que as demais cartas assinadas poderão ser encaminhadas posteriormente via notificação na Plataforma Brasil, considerando a afirmação do pesquisador de que "Todas as instituições contatadas sinalizaram positivamente para o aceite e se comprometeram em assinar o documento antes do início da coleta de dados".

RESPOSTA: Como solicitado por este CEP, enviei, pela Plataforma Brasil, uma Carta de Anuência Institucional vinculado ao Projeto de pesquisa intitulado "ADAPTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 04 de 06



DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS AFETADAS PELO COVID-19" (CAEE 56969322.7.0000.5504). Saliento, como já descrito na proposta submetida anteriormente, que as demais cartas serão apresentadas no futuro e que a coleta de dados não será iniciada antes da obtenção das Cartas de Anuência Institucional.

Foi anexada a primeira carta de anuência para a condução da pesquisa no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) no Rio Grande do Sul

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado por uma câmara técnica virtual do CEP, atendendo às recomendações da Conep para análises de protocolos de pesquisa relativos à Covid-19. Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914535.pdf	13/04/2022 16:13:05		Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_Institucional.pdf	13/04/2022 16:12:36	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	13/04/2022 16:07:03	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	17/03/2022 17:30:31	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 5.367.038

Outros	Justificativa.pdf	16/03/2022 18:58:49	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Outros	SCD_Letter_permission.pdf	16/03/2022 18:36:00	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/03/2022 18:33:51	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Declaração do Patrocinador	termo_de_outorga.pdf	16/03/2022 18:32:20	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	16/03/2022 18:31:31	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2022 18:30:01	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	16/03/2022 18:29:53	Alex Sandro Gomes Pessoa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 25 de Abril de 2022

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235		CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA		
UF: SP	Município: SAO CARLOS	
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS)

Eu, **Alex Sandro Gomes Pessoa**, docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), estou convidando o seu(sua) filho(a) ou criança pela qual você é responsável a participar da pesquisa intitulada “**Adaptação e Verificação da Eficácia de um Programa de Promoção de Saúde Mental e Resiliência em Crianças Afetadas pelo COVID-19**”.

O objetivo desta pesquisa é adaptar e verificar a eficácia de um programa de intervenção psicossocial direcionado a crianças que vivenciaram experiências adversas em decorrência da pandemia do COVID-19. Sabemos que a pandemia impactou profundamente a vida das famílias brasileiras, incluindo as crianças, e nosso programa tem a finalidade de ajudá-las a lidar de forma mais saudável com os inconvenientes que podem ter surgido durante ou mesmo após a pandemia.

A criança pela qual você é responsável foi selecionado(a) por ter entre 08 e 12 anos de idade e por estar expressado em algum momento desconforto ou tristeza em função da pandemia. Também serão convidadas para participar desse estudo crianças que foram infectadas pelo COVID-19 ou que estejam sofrendo porque perderam entes queridos em função da contaminação. A participação dele(a) é voluntária, ou seja, ele(a) participa se quiser. Não haverá despesas para que ele(a) participe, bem como não haverá nenhum tipo de compensação monetária ou ganhos materiais por participar do estudo. A equipe de pesquisa se responsabilizará pelo transporte (por meio de transporte público) da criança e de seu responsável no local onde ocorrerá a intervenção e coleta de dados ocorrerá.

A participação na pesquisa será a partir do engajamento das crianças em atividades lúdicas (como jogos e brincadeiras), prazerosas e divertidas, que ocorrerão em 12 semanas (uma sessão por semana). Estas atividades objetivam ajudá-las a compreender o que foi a pandemia e como eles podem se sentir segura agora. Para que possamos saber se a participação no programa realmente ajudou as crianças de alguma forma, ela responderá a alguns questionários antes e depois de ter participado das sessões. Estes questionários contêm perguntas sobre o dia-a-dia, como ela está se sentindo e o que está pensando sobre a própria vida. Caso você queira, podemos compartilhar com você esses instrumentos para que você possa analisar o conteúdo das questões.

Durante todo o procedimento, a identidade da criança e da família será protegida, de forma que os relatórios e publicações posteriores contarão com nomes fictícios e não apresentarão dados que permitam a identificação da criança. Assim, será garantido sigilo completo de todas as informações obtidas.

A pesquisa pode contribuir diretamente para maior compreensão de estratégias e programas que sejam compostos por atividades lúdicas e que ajudem as crianças na ressignificação dos efeitos adversos decorrentes da pandemia. E, indiretamente, poderá auxiliar na melhoria das intervenções e cuidados para essa população, a partir do maior conhecimento das demandas que eles trazem.

Se a participação na pesquisa gerar angústia, desconforto, ansiedade ou estresse, a participação será interrompida e a equipe de pesquisadores acolherá a criança, propiciando um momento de escuta para estabilização emocional. Caso seja necessário, a criança será encaminhada para um serviço de atendimento especializado do município. A própria criança ou você pode retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos pessoais ou para a pesquisa. Se o consentimento for retirado, todos os dados coletados referentes à criança não serão utilizados na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, que deverá ser rubricado em todas as páginas por você e pelo pesquisador responsável. Nesta via consta o telefone e e-mail do pesquisador principal. Por estas vias de contato (e presencialmente) você poderá, a qualquer momento da pesquisa, tirar dúvidas sobre qualquer aspecto ou relatar questões ou problemas decorrente dele. Além disso, você pode entrar em contato diretamente com o

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UFSCar, que avaliou o projeto e foi favorável quanto à sua realização. O endereço completo do CEP-UFSCar encontra-se logo abaixo.

Se você entendeu o procedimento, não tem mais dúvidas e concorda com os termos aqui esclarecidos, solicitamos que autorize que o(a) seu(sua) filho(a) ou criança pelo qual é responsável participe da pesquisa, assinando este documento.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da criança sob minha responsabilidade na pesquisa e concordo com sua participação. O pesquisador responsável me informou que o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa

Endereço: Rod. Washington Luís, km 235 - São Carlos, Departamento de Psicologia

Contato telefônico: (16) 3351-8444

E-mail: alexpessoa@ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20 ____

Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa
Pesquisador Responsável

Responsável da Criança

Nome do Participante

Anexo C: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos

A Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde preconiza que o processo de Assentimento Livre e Esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança, aberta ao diálogo e questionamento entre pesquisador e participante. Deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva, assegurando uma comunicação plena e interativa, de modo a garantir que as informações sejam transmitidas de forma acessível e transparente para que o convidado possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (Brasil, 2016). Além disso, é enfatizado que o processo de comunicação do assentimento livre e esclarecido pode ser realizado de diversas maneiras, seja de forma oral, escrita, língua de sinais ou outras que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa. Com relação ao Registro do Assentimento, meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido da criança em participar da pesquisa, a resolução explicita que pode ser realizado através da escrita, fala, imagem e qualquer outra forma, desde que estas contenham as informações necessárias de forma clara, de fácil entendimento e atendam as características da pesquisa, bem como dos seus participantes (Brasil, 2016).

De acordo com Lobato (2016) e Bray (2007), para cumprir seu objetivo ético, o TALE precisa abarcar três elementos básicos, sendo eles: informação, conhecimento e voluntariedade. Além disso, a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) estabelece que os participantes devem ser comunicados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos a serem utilizados, benefícios e riscos potenciais. Contudo, estudos têm discutido que as abordagens normalmente utilizadas para alcançar o assentimento de

crianças e adolescentes têm se mostrado ineficazes do ponto de vista ético, visto que muitas crianças, embora possam dar o assentimento, não conseguem compreender o que de fato significa a pesquisa (Albres & Sousa, 2019; Tam et al, 2015).

Gracino, Pessoa & Knupp (2020) apontam a necessidade de abordagens que considerem o nível de desenvolvimento psíquico das crianças, bem como seu repertório linguístico, garantindo assim a compreensão e assentimento voluntário dos participantes. Os autores supracitados também apontam que cabe aos pesquisadores desenvolverem e utilizarem estratégias que assegurem às crianças essas condições. Tais princípios se alinham aos preceitos preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente, na medida em que passa se constituir um documento que garante o respeito e à dignidade de crianças enquanto pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais (Brasil, 1990).

A partir da discussão supracitada e das considerações nas Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, propõe-se, para a presente pesquisa, um Roteiro de Obtenção de Assentimento em Pesquisa com Crianças adaptado, visando garantir o compromisso ético e não apenas formal no que diz respeito à obtenção do assentimento de crianças não alfabetizadas na pesquisa intitulada **“Adaptação e Verificação da Eficácia de um Programa de Promoção de Saúde Mental e Resiliência em Crianças Afetadas pelo COVID-19”**. O Roteiro se dá a partir da contação de uma história, que acontecerá individualmente e de maneira interativa. Além disso, ao invés de solicitar a assinatura das crianças, será solicitado que pintem uma imagem indicando a aceitação ou negativa para participar da pesquisa. As etapas previstas para a obtenção do assentimento são descritas a seguir:

Roteiro para Obtenção de Assentimento em Pesquisa com Crianças

- Era uma vez um pesquisador chamado [inserir nome]. Você sabe o que é ser um pesquisador? [dar espaço para que as crianças respondam]. Pesquisador é alguém muito curioso, que gosta de saber como o mundo funciona. Os pesquisadores têm um monte de perguntas na cabeça e fazem de tudo para respondê-las: eles fazem experiências nos laboratórios, fazem perguntas para as pessoas e inventam vários objetos para melhorarem a vida das pessoas. Cada pesquisador tem uma curiosidade diferente: alguns querem saber sobre os animais, outros sobre os rios, florestas e tudo que existe no mundo... Você tem alguma curiosidade? Qual seria? [Esperar que as crianças respondam].

- Eu, [inserir nome do pesquisador], também sou pesquisador. A minha curiosidade é sobre a vida das crianças! Eu busco descobrir o que as crianças gostam de fazer, o que elas pensam e como é a vida delas. Para isso, eu passo um tempo com as crianças. Nós brincamos, jogamos, eu faço perguntas e ouço tudo o que as crianças têm para falar.

Eu gostaria de convidar você para participar da minha mais nova pesquisa. Eu quero aprender sobre como o que crianças pensam e como eles se sentem a respeito da pandemia do COVID-19. Você sabe o que é o COVID-19? [caso a criança não saiba responder, o pesquisador deverá explicar, em linguagem acessível, do que se trata]. Você entendeu bem o que eu acabei de explicar? [caso a criança não tenha compreendido, o pesquisador explicará novamente, mas dessa vez utilizando outras expressões e exemplos]. Então, você vai poder contar para mim sobre coisas que estão no seu coração... coisas alegres ou tristes que aconteceram com você durante a pandemia. Você vai poder me contar como se sentiu durante e após a pandemia e tudo o que se passou pela sua cabeça! E quer saber o que tem de melhor nisso tudo? Você vai aprender tudo isso brincando. O que você acha disso? [Esperar que as crianças se expressem nesse momento]

Mas eu só faço isso quando a criança aceita participar desse desafio! Quem topa participar será muito bem-vindo. Mas é importante que você saiba que você não vai receber nada em troca para participar da pesquisa: nem brinquedos e nem dinheiro. Haaaaa... você também não precisa se preocupar em me pagar, porque eu não vou cobrar nada de você.

Eu quero que, durante a pesquisa, você se divirta! Então, nada de ruim vai acontecer com você. Mas, se você não se sentir bem durante os nossos encontros, você pode me falar, pois você pode parar de participar da pesquisa em qualquer momento. Você entendeu bem isso que eu falei? [Esperar que a criança se expresse nesse momento]. Para essa pesquisa, nós vamos montar um grupo com umas 8 ou 10 crianças da sua idade. Será como se fôssemos um time de futebol! Depois, esse time vai se encontrar uma vez por semana, toda [incluir dia da aplicação] das [incluir horário].

Lembra que eu falei que nas minhas pesquisas eu gosto de aprender sobre as crianças? Então, antes de começarmos as nossas brincadeiras semanais, você vai responder várias perguntas sobre como você se sente. Mas pode ficar tranquilo, porque as perguntas não são como provas da sua escola... não existem respostas certas ou erradas. O importante é você nos contar como se sente! Haaaa! Já estava quase me esquecendo! Tudo o que acontecer nos nossos encontros será um segredo do nosso time. Eu não vou contar para ninguém as coisas que você me contar! Combinado? Você poderá falar se os encontros estão legais ou não e também contar o que aprendeu. Com tudo o que você me contar, você vai me ajudar a entender melhor sobre a vida das crianças e como outros adultos podem ajudá-las pelo o que elas viveram na pandemia. Então, o que eu aprender com você, eu vou poder ajudar outras crianças também. Você entendeu as coisas que eu falei? O que acha disso tudo? [Esperar que a criança se expresse nesse momento].

Você tem alguma dúvida sobre as coisas que conversamos? Você gostaria de participar dessa pesquisa? [Esperar que as crianças se expressem nesse momento].

Registro de Obtenção do Assentimento

Como você aceitou participar da pesquisa, eu vou entregar para você uma folha com a sua fotografia [caso não seja possível colocar uma foto da criança, inserir uma imagem de outra criança] e duas figuras diferentes. Perto da sua foto, há um rostinho triste e outro feliz. Qual está triste e qual está feliz? [Pedir para a criança discriminar as faces]. Se você topa participar da pesquisa, vou pedir pra você pintar apenas o rostinho feliz. Caso você não queira participar, não tem problema. Nesse caso, vou pedir pra você pintar o rostinho triste. Então, você deverá pintar apenas um rostinho! Combinado? Se você não entendeu algo que eu falei, não tem problema. Posso explicar tudo novamente pra você [Esperar que a criança se expresse nesse momento].

Em seguida, será entregue as folhas de registro de assentimento para a criança, que deverá indicar se aceita ou não participar da pesquisa. Acredita-se que, a partir dessa abordagem, as crianças estabelecerão uma relação de confiança com o pesquisador e também compreenderão mais acuradamente as informações básicas da natureza da sua participação na pesquisa, bem como o caráter voluntário do seu engajamento no estudo, respeitando os preceitos éticos preconizados nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Como pode ser notado abaixo, na folha de registro do assentimento da criança, a pesquisadora vai inserir a foto da criança (fornecida pela família, instituição que a encaminhou ou tirada através de uma máquina fotográfica do tipo polaroide – cuja revelação da imagem é instantânea).

Nome:

Data:



Você aceita participar da pesquisa?



Sim, eu aceito participar.



Não, eu não quero participar.

Referências

Albres, N. A., & SOUSA, D. V. C. (2019). Termo de assentimento livre e esclarecido: uso de história em quadrinhos em pesquisas com crianças. *Revista Sinalizar*, 4. <https://doi.org/10.5216/rs.v4.57756>.

- Bray, L. (2007). Developing an activity to aid informed assent when interviewing children and young people. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), 447–457. <https://doi.org/10.1177/1744987107078876>.
- Gracino, M. C. da S, Pessoa, A. S. G, Medeiros, J. K. (2020) Devolutivas de Pesquisa como Estratégias de Ressignificação do Fracasso Escolar e de Promoção de Resiliência.
- Lei federal no 8069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente.
- Lobato, L., Gazzinelli, A., Pedroso, L., Barbosa, R., Santos, F. M. M. & Gazzinelli, M. F. (2016). Conhecimento de crianças sobre o termo de assentimento livre e esclarecido. *Revista Bioética*, 24(3), 542-556. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243154>.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.
- Tam, N. T., Huy, N. T., Thoa, I., Long, N. P., Trang, N. T., Hirayama, K., & Karbwang, J. (2015). Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 186–98. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.141390>.

COMPROVANTE DE DEFESA

A Comissão de Pós-Graduação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de São Carlos, declara, por meio deste, a realização da seguinte Defesa de Doutorado:

Candidata: Haryadny Kamylla Macedo Muniz

Título do Trabalho: Depressão Infantil em Contextos de Catástrofe: Avaliação e Intervenção com Crianças Afetadas pela Pandemia de COVID-19

Dia: 29/05/2026

Horário: 14:00

Local: Universidade Federal de São Carlos

Banca Examinadora:

Alex Sandro Gomes Pessoa, presidente titular interno, UFSCar - Universidade Federal de São Carlos, presencialmente, Aprovou o candidato

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas, membro titular externo, PUC-RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, a distância, Aprovou o candidato

Milene Maria Xavier Veloso, membro titular externo, UFPA - Universidade Federal do Pará, a distância, Aprovou o candidato

Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos, membro titular externo, UNB - Universidade de Brasília, a distância, Aprovou o candidato

Lilia Iêda Chaves Cavalcante, membro titular externo, UFPA - Universidade Federal do Pará, a distância, Aprovou o candidato

Resultado Final: Aprovado

Título Definitivo do Trabalho: Depressão Infantil em Contextos de Catástrofe: Avaliação e Intervenção com Crianças Afetadas pela Pandemia de COVID-19

Obs: o resultado da defesa ainda não foi homologado pela CPG do PPG.

O(a) candidato(a) só fará jus ao título de mestre(a)/doutor(a), quando o diploma estiver em fase de emissão. O documento apto para comprovar a obtenção de título acadêmico é o Diploma ou o Certificado de Conclusão de Curso (enquanto o diploma estiver em fase de emissão).

ATENÇÃO Este é um documento oficial da Pró-Reitoria de pós-graduação da UFSCar e está isento de carimbo e assinatura.

Código: PBOD-IKYF-SSBH-3PS2	Documento emitido às 19:25 horas do dia 23/06/2026 (hora e data de Brasília) A autenticidade pode ser verificada em: http://propgweb.ufscar.br/ProPGWeb/ValidarDocumento.do
---------------------------------------	---