

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

Juliana Barony da Silva

**REPERCUSSÕES DO DISTANCIAMENTO SOCIAL E ADOECIMENTO POR  
COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 7 A 9 ANOS**

Belo Horizonte

2022

Juliana Barony da Silva

**REPERCUSSÕES DO DISTANCIAMENTO SOCIAL E ADOECIMENTO POR  
COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 7 A 9 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elysângela Dittz Duarte

Belo Horizonte

2022

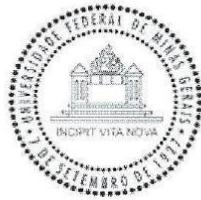
Silva, Juliana Barony da.  
SI586r      Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na qualidade de vida de crianças de 7 A 9 anos [recursos eletrônicos]. / Juliana Barony da Silva. -- Belo Horizonte: 2022.  
236f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Criança. 2. Qualidade de vida. 3. COVID-19. 4. Pandemias. 5. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 153.7

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

#### ATA DE NÚMERO 699 (SEISCENTOS E NOVENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA JULIANA BARONY DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de dois mil vinte e dois, às 15:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*REPERCUSSÕES DO DISTANCIAMENTO SOCIAL E ADOECIMENTO POR COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 7 A 9 ANOS*", da aluna **Juliana Barony da Silva**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Claudia Regina Lindgren Alves e Bruna Figueiredo Manzo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de abril de 2022.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elysângela Dittz Duarte

Orientadora (EEUFMG)

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Regina Lindgren Alves

(Fac. de Medicina/UFMG)

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bruna Figueiredo Manzo

(EEUFMG)

\_\_\_\_\_

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

\_\_\_\_\_

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 06 de 06/2022

## MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **JULIANA BARONY DA SILVA**.

As modificações foram as seguintes:

Não foram sugeridas modificações

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte

Profª. Drª. Claudia Regina Lindgren Alves

Profª. Drª. Bruna Figueiredo Manzo



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Figueiredo Manzo, Professora do Magistério Superior**, em 16/05/2022, às 14:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Regina Lindgren Alves, Coordenador(a)**, em 16/05/2022, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Professora do Magistério Superior**, em 17/05/2022, às 07:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 17/05/2022, às 09:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1452861** e o código CRC **54ACCA03**.

*A todas as famílias que perderam entes queridos durante a pandemia da COVID-19, especialmente às que participaram deste estudo.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora de Aparecida por cuidarem de mim, dos meus passos e me mostrarem a direção nos momentos mais turbulentos.

À Professora Elysângela Dittz por, desde a graduação, contribuir para a minha formação e me ensinar sobre o cuidado com generosidade e paciência. Obrigada por compartilhar tanto conhecimento e oportunidades comigo ao longo desses anos. Você é uma inspiração!

Às crianças e suas famílias que aceitaram compartilhar suas experiências para o desenvolvimento deste estudo.

Às Professoras Bruna Manzo e Claudia Regina pela disponibilidade em participar da banca e contribuir com o aprimoramento deste estudo.

À minha mãe Ivany, ao meu pai Hélio e minhas irmãs Patrícia e Letícia, por me proporcionarem viver meus sonhos e sempre incentivarem meus estudos. Obrigada pela fé que depositam em mim.

À Sofie, pelo amor, apoio e compreensão nessa trajetória. Obrigada por estar ao meu lado e encorajar minhas decisões.

Aos meus familiares, pela torcida, amor e compreensão da distância que o mestrado ocasionou. Em especial à avó Maria e à tia Eunice.

Ao Heliocriso e Stele por me acompanharem e torcerem por mim.

Aos meus amigos, que me apoiaram e trouxeram leveza e diversão à minha vida, perto ou longe. Em especial Raquel, Dandara, Lana, Paula, Larissa, Ronan e Yago.

À Bárbara, por compartilhar comigo as alegrias e desafios do mestrado e à Nayara por estar sempre disposta a ajudar e contribuir. A amizade de vocês tornou esses anos de aprendizado muito melhores!

Aos colegas da Sala 416, RECRUA e NUPEPE pelo trabalho em equipe e pelo conhecimento compartilhado.

À CAPES pela bolsa de mestrado e à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela parceria para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às pessoas que encontrei e que me ajudaram na concretização deste trabalho e que não estão aqui nomeadas, muito obrigada!

### **Bola de meia, bola de gude**

Há um menino, há um moleque  
Morando sempre no meu coração  
Toda vez que o adulto balança  
Ele vem pra me dar a mão

Há um passado no meu presente  
Um Sol bem quente lá no meu quintal  
Toda vez que a bruxa me assombra  
O menino me dá a mão

E me fala de coisas bonitas  
Que eu acredito  
Que não deixarão de existir  
Amizade, palavra, respeito  
Caráter, bondade, alegria e amor  
Pois não posso  
Não devo, não quero  
Viver como toda essa gente  
Insiste em viver  
E não posso aceitar sossegado  
Qualquer sacanagem ser coisa normal

Bola de meia, bola de gude  
O solidário não quer solidão  
Toda vez que a tristeza me alcança  
O menino me dá a mão  
Há um menino, há um moleque  
Morando sempre no meu coração  
Toda vez que o adulto fraqueja  
Ele vem pra me dar a mão

Milton Nascimento

SILVA, J.B. “Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na qualidade de vida de crianças de 7 a 9 anos” 2022. 236 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** A pandemia de COVID-19 levantou preocupações sobre as repercussões do distanciamento social na qualidade de vida (QV) das crianças. Isso porque modificou a rotina, restringiu o contato social, intensificou a crise econômica e modificou suas condições de vida.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo geral conhecer a QV experienciada por crianças de 7 a 9 anos, no contexto da pandemia de COVID-19 e do seu próprio adoecimento.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, em que se utilizou o conceito de QV, definido pela Organização Mundial da Saúde. Participaram 24 crianças que tiveram diagnóstico positivo para infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em Belo Horizonte, Minas Gerais e seus cuidadores primários. A coleta de dados foi realizada por videochamada. Aos cuidadores primários, foi aplicado um instrumento para caracterização sociodemográfica dos participantes e família. Para as crianças utilizou-se entrevista semiestruturada com questões sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social e escala de avaliação da Qualidade de Vida da Criança. Os dados qualitativos foram analisados a partir da análise temática, utilizando-se o *software* MAXQDA©. **Resultados:** Os resultados sugerem que as crianças entrevistadas possuem informações acerca da infecção e consequências do SARS-CoV-2. Os participantes evidenciam os aspectos negativos do vírus, sua alta transmissibilidade e a letalidade. Treze crianças apresentaram piora na QV após a pandemia determinada por não poderem frequentar praças, passear, ir à escola, brincar com os amigos, precisarem usar medidas de prevenção, crise financeira familiar, morte de familiares e aumento de conflitos no domicílio. Foi referido o aumento do tempo de tela, diminuição da oportunidade de realizar atividades físicas, dificuldades de aprendizado com o ensino remoto e sentimentos negativos como ansiedade, medo e tristeza durante esse momento. A situação concreta de adoecimento, sujeitou as crianças a uma realidade de medo do desconhecido e das consequências causadas pelo vírus, como maior necessidade de isolamento, manifestações clínicas da doença, alterações na rotina e interrupção dos estudos. **Conclusão:** Conclui-se que a pandemia de COVID-19 teve repercussões em todas as categorias da QV das crianças: bem-estar social, espiritual, psicológico, físico e no meio ambiente. Ouvir as percepções das

crianças sobre suas experiências permitiu compreender o significado que elas dão a essa vivência e que, por vezes, podem diferir das percepções de seus cuidadores.

**Descritores:** Criança; Qualidade de vida; COVID-19; Pandemias.

SILVA, J.B. “Repercussions of social withdrawal and COVID-19 illness on the quality of life of 7- to 9-year-old children” 2022. 236 f. Dissertation (Masters) – School of Nursing. Department of Maternal and Child Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** The pandemic of COVID-19 raised concerns about the repercussions of social withdrawal on the quality of life (QoL) of children. This is because it has changed their routines, restricted social contact, intensified the economic crisis, and changed their living conditions. **Objective:** This study had the general objective of knowing the QL experienced by children from 7 to 9 years old, in the context of the COVID-19 pandemic and of their own illness. **Methodology:** This is an exploratory qualitative study, which used the concept of QL, as defined by the World Health Organization. Twenty-four children diagnosed positive for SARS-CoV-2 virus infection in Belo Horizonte, Minas Gerais, and their primary caregivers participated. Data collection was performed by video call. To the primary caregivers, an instrument for sociodemographic characterization of the participants and family was applied. For the children, a semi-structured interview was used, with questions about the repercussion of the illness and social distancing, and a scale to assess the Children's Quality of Life. Qualitative data were analyzed from thematic analysis, using MAXQDA© software. **Results:** The results suggest that the interviewed children have information about the infection and consequences of SARS-CoV-2. The participants emphasize the negative aspects of the virus, its high transmissibility and lethality. Thirteen children presented a worsening in QL after the pandemic determined by not being able to go to squares, go for walks, go to school, play with friends, need to use preventive measures, family financial crisis, death of relatives, and increase of conflicts at home. Increased screen time, decreased opportunity to do physical activities, learning difficulties with remote teaching, and negative feelings such as anxiety, fear, and sadness during this time were mentioned. The concrete situation of getting sick subjected the children to a reality of fear of the unknown and of the consequences caused by the virus, such as a greater need for isolation, clinical manifestations of the disease, changes in routine and interruption of studies. **Conclusion:** We conclude that the pandemic of COVID-19 had repercussions in all categories of children's QL: social, spiritual, psychological, physical well-being and environment. Listening to the children's perceptions

about their experiences allowed us to understand the meaning they give to this experience and that, sometimes, may differ from their caregivers' perceptions.

**Keywords:** Child; Quality of life; COVID-19; Pandemics.

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1 - Relação de moradores por IVS nas regionais selecionadas.....   | 36  |
| Figura 1- Regionais de Belo Horizonte por classificação de IVS.....   | 37  |
| Figura 2- Fluxograma de coleta de dados.....  | 45  |
| Quadro 2 - Apresentação dos instrumentos de coleta de dados e sua relação com as dimensões de investigação..... | 46  |
| Quadro 3 - Codificação utilizada na transcrição das entrevistas.....  | 47  |
| Quadro 4 - Fases da produção de dados e análise temática.....   | 48  |
| Quadro 5- Livro de códigos.....   | 51  |
| Quadro 6 - Domínio Físico.....  | 98  |
| Quadro 7 - Domínio Psicológico.....   | 109 |
| Quadro 8 - Domínio Relações Sociais.....  | 120 |
| Quadro 9 - Domínio Meio-ambiente.....   | 127 |

## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Informações individuais da criança e avaliação da QV, Belo Horizonte, 2021.....  | 56 |
| Tabela 2 - Caracterização do perfil dos cuidadores primários de crianças infectadas pelo SARS-Cov-2, Belo Horizonte, 2021.....                        | 58 |
| Tabela 3 - Condições de vida das crianças infectadas por COVID-19 e suas famílias relacionadas a variáveis socioeconômicas, Belo Horizonte, 2021..... | 60 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

|          |  |
|----------|--|
| ANVISA   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                             |
| ASP      | Atenção primária de saúde  |
| AUQEI    | Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé                        |
| CAAE     | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética                    |
| CAPS     | Centro de atenção psicossocial                                       |
| CIEVS    | Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde            |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde   |
| COEP     | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| COVID-19 | Coronavírus disease  |
| CRAS     | Centro de Referência de Assistência social                           |
| ECA      | Estatuto da criança e do adolescente                                 |
| EQVC     | Escala de avaliação da Qualidade de Vida da Criança                  |
| ERE      | Ensino remoto emergencial  |
| H1N1     | Hemaglobulina 1 Neuraminidase 1                                      |
| HIV      | Vírus da imunodeficiência humana                                     |
| IVS      | Índice de Vulnerabilidade em Saúde                                   |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde   |
| QoF      | Quality of life  |
| QV       | Qualidade de vida  |
| SARS     | Síndrome respiratória aguda grave                                    |
| SMSA-BH  | Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte                      |
| SUS      | Sistema Único de Saúde   |
| TAI      | Termo de Anuência Institucional                                      |
| TALE     | Termo de Assentimento Livre e Esclarecido                            |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                           |
| TEA      | Transtorno do Espectro Autista                                       |
| UFMG     | Universidade Federal de Minas Gerais                                 |
| UNESCO   | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNICEF   | Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância  |

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | <b>18</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS</b>  | <b>25</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral</b>   | <b>25</b>  |
| <b>2.2 Objetivos Específicos</b>  | <b>25</b>  |
| <b>3 ENQUADRAMENTO CONCEITUAL</b>   | <b>26</b>  |
| <b>3.1 O conceito de Qualidade de Vida</b>  | <b>26</b>  |
| <b>3.2 A Qualidade de Vida no contexto pediátrico</b>   | <b>27</b>  |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b>  | <b>29</b>  |
| <b>4.1 Repercussões do distanciamento social durante a pandemia de COVID-19 na qualidade de vida das crianças: uma revisão de escopo - (APÊNDICE A)</b> | <b>29</b>  |
| <b>5 METODOLOGIA</b>  | <b>33</b>  |
| <b>5.1 Tipo de estudo</b>   | <b>33</b>  |
| <b>5.2 Participantes e local de estudo</b>  | <b>33</b>  |
| 5.3 Aspectos éticos da pesquisa   | 38         |
| <b>5.4 Instrumento de coleta de dados</b>   | <b>39</b>  |
| 5.4.1 <i>Instrumento de coleta de dados individuais, coletivos e sociodemográficos</i>  | 39         |
| 5.4.2 <i>Entrevista semiestruturada</i>   | 40         |
| 5.4.3 <i>Escala de avaliação da Qualidade de Vida da Criança (EQVC)</i>   | 41         |
| <b>5.5 Os procedimentos de coleta de dados</b>  | <b>42</b>  |
| <b>5.6 Tratamento e análise dos dados</b>   | <b>46</b>  |
| <b>5.7 Validade da análise dos dados</b>  | <b>52</b>  |
| <b>6 RESULTADOS</b>   | <b>54</b>  |
| <b>6.1 Caracterização das crianças, suas famílias e condições de vida</b>   | <b>54</b>  |
| 6.1.1 <i>Caracterização das crianças</i>  | 54         |
| 6.1.2 <i>Caracterização dos responsáveis das crianças</i>   | 62         |
| 6.1.3 <i>Condições de vida das crianças</i>   | 62         |
| <b>6.2 Quem são as crianças e suas famílias?</b>  | <b>62</b>  |
| <b>6.3 Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na qualidade de vida das crianças.</b>  | <b>92</b>  |
| 6.3.1 <i>Repercussões no bem-estar físico</i>   | 97         |
| 6.3.2 <i>Repercussões no bem-estar psicológico e espiritual</i>   | 108        |
| 6.3.3 <i>Repercussões nas Relações Sociais</i>  | 119        |
| 6.3.4 <i>Repercussões no Meio-ambiente</i>  | 125        |
| <b>7 DISCUSSÃO</b>  | <b>136</b> |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>154</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>157</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>APÊNDICE A - Artigo: “Repercussions of social distance due to the covid-19 pandemic on the quality of life in children: a scoping review”</b>   | <b>174</b> |
| <b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ( Responsável)</b>  | <b>205</b> |
| <b>APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido ( Criança)</b>   | <b>208</b> |
| <b>APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (variáveis de determinantes sociais de saúde) - Aplicado ao Cuidador primário</b> | <b>210</b> |
| <b>APÊNDICE E - Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social - Aplicado à criança de 7 a 9 anos</b>       | <b>215</b> |
| <b>ANEXO A - Parecer do projeto pela Câmara Departamental</b>  | <b>218</b> |
| <b>ANEXO B - Termo de anuência institucional SMSA-BH</b>   | <b>221</b> |
| <b>ANEXO C - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP UFMG</b>   | <b>221</b> |
| <b>ANEXO D - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP SMSA-BH</b>  | <b>229</b> |
| <b>ANEXO E - Escala de qualidade de vida da criança (EQVC)</b>   | <b>236</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, teve seu início no final de 2019 na China (ZHU *et al.*, 2020) e em março de 2020 foi declarada pandêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CUCINOTTA; VANELLI, 2020).

Atualmente, com pouco mais de dois anos desde o primeiro caso diagnosticado de COVID-19, já se somam 515.748.861 casos confirmados em todo mundo e 6.255.835 óbitos registrados (WHO, 2021). No Brasil, o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus foi notificado em 26 de fevereiro de 2020 no Estado de São Paulo (BRASIL, 2020) e a progressão da taxa de infecção não foi diferente. Até maio de 2022 foram registrados 30.564.536 casos de infecção e 664.139 mil óbitos pela doença no país (BRASIL, 2022).

A alta taxa de transmissibilidade do novo coronavírus se deve a sua forma de contágio, que ocorre via gotículas respiratórias e não se diferencia entre a população adulta e pediátrica. Especialmente em crianças com uma aproximação física mais intensa com os cuidadores para os cuidados diários, as oportunidades de transmissão podem ser aumentadas. Os dados epidemiológicos mostraram que, no início da pandemia da COVID-19, a maioria das crianças foi infectada após o contato próximo com familiares ou outras pessoas que faziam parte do seu convívio ou por histórico de viagem para regiões epidêmicas (DONG *et al.*, 2020).

O primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2 em criança foi relatado em Shenzhen em 20 de janeiro de 2020. Dessa data até 6 de fevereiro de 2020, foram relatados na China, pelo menos 230 casos em crianças ( $\leq 18$  anos). Esta rápida disseminação do SARS-CoV-2 em crianças sugere que ele possui uma forte capacidade de transmissão nesta população, em especial (LU; SHI, 2020). Nessa mesma população, em 2020, existiam relativamente poucos casos de COVID-19 quando comparados aos da população em geral, representando de 1 a 5% do total de notificações (WU; MCGOOGAN, 2020; LIVINGSTON; BUCHER, 2020). Entretanto, todos os grupos foram susceptíveis a contrair a doença (CHEN *et al.*, 2020) e com o avanço da pandemia em 2021, ao nível mundial, crianças com menos de 5 anos representam apenas 2% dos casos comunicados de COVID-19, enquanto as crianças de 5 e 14 anos representam 7% dos casos de infecção quando comparado com a população em geral (WHO, 2022). No Brasil, até janeiro de 2021 somavam 91.882 as hospitalizações de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, por Síndrome Respiratória Aguda Grave devido à infecção pelo SARS-Cov-2 (BRASIL, 2021).

Embora no início da pandemia, o risco imediato da COVID-19 em crianças tenha sido baixo (OLIVEIRA *et al.*, 2020), as novas variantes do vírus apresentam risco maior para população infantil. Em Israel, país que avançou na vacinação da população adulta, apresentou um aumento expressivo na infecção pela COVID-19, com mais de 50.000 crianças e adolescentes infectadas apenas em janeiro de 2021 (DAY, 2021). No Brasil, a soma de mortes de meninos e meninas até 11 anos chega a 1.449 em decorrência do novo coronavírus sendo identificados mais de 2.400 casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19 até dezembro de 2021. Esses dados reforçam a importância da vacinação neste grupo, sendo essa uma estratégia para reduzir o número de mortes por conta da COVID-19 nessa faixa etária no Brasil, cujos indicadores são mais expressivos do que em outros países (BUTANTAN, 2022).

Outra importante preocupação com a COVID-19 em crianças reside nas implicações no âmbito social, tendo em vista que vários países, incluindo o Brasil, implementaram medidas de distanciamento social<sup>1</sup> (VILELAS, 2020). O distanciamento social é uma estratégia destinada a reduzir as interações entre as pessoas numa comunidade, em que os indivíduos podem estar infectados, mas ainda não foram identificados. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias ocorrem com a proximidade física das pessoas, o distanciamento social reduz a transmissão, sendo especialmente recomendado em contextos de transmissão comunitária. Neste tipo de transmissão, como no caso da COVID-19, o isolamento social<sup>2</sup> apenas das pessoas expostas ou infectadas pelo vírus é insuficiente para impedir a transmissão. Por esse motivo, as restrições impostas devem ser estendidas a toda população (CDC, 2020).

Para além dos aspectos relacionados à disseminação da COVID-19, as repercussões do distanciamento social tem sido objeto de atenção por seu potencial para influenciar o relacionamento interpessoal, especialmente entre parceiros íntimos, entre pais e filhos (MARQUES *et al.*, 2020) e impactos na educação em função das paralisações escolares e fechamento de creches (AVELINO; MENDES, 2020). Ademais, o fechamento de escolas, igrejas, interrupção ou diminuição dos serviços de proteção social, reduzem a coesão social e o acesso aos serviços públicos e instituições que compõem a rede social do indivíduo, aumentando ou agravando as situações de violência já instaladas contra a mulher e contra a

---

<sup>1</sup> O Distanciamento Social é quando existe o afastamento de outras pessoas, mesmo não estando doente, para evitar o contato com infectados (LIMA-COSTA *et al.*, 2020).

<sup>2</sup> Isolamento Social é uma recomendação médica para as pessoas que tiveram contato com infectados pelo novo Coronavírus ou, para aqueles que estão aguardando o resultado do exame (BRASIL, 2020).

criança e ao adolescente (MARQUES *et al.*, 2020; WOMEN'S AID, 2020). Destaca-se também que a sobrecarga dos pais devido às múltiplas tarefas da vida doméstica e do trabalho pode acarretar comportamentos agressivos frente às demandas para o cuidado dos filhos no contexto do distanciamento social (MARQUES *et al.*, 2020).

Ademais, é válido ressaltar que, ao nível social, parte considerável da população não consegue cumprir com as restrições e distanciamento impostos, devido à vulnerabilidade que se expressa nos baixos níveis de condição de vida e moradia dessa população, no acesso aos serviços básicos de saúde, água potável, ao saneamento básico, alimentação e atividades escolares remotas realizadas pelas escolas em função da pandemia (SOARES, 2021). As crianças em casa em tempo integral, devido ao fechamento das escolas, pode ser suficiente para desestruturar a distribuição de recursos nos lares de brasileiros em vulnerabilidade social. Esta desestruturação decorre da maior demanda por gás de cozinha e alimento com a perda da merenda escolar, que, para muitas crianças brasileiras, é a principal refeição do dia. Além disso, mães, que não podem manter o distanciamento social devido ao trabalho informal, encontram dificuldade para garantir a saúde e a segurança dos seus filhos, e acabam por descumprir as orientações de distanciamento ao precisarem de manter contato com vizinhas ou familiares (BARROSO, GAMA, 2020).

Alguns estudos apontam que o fechamento das escolas pode interferir negativamente no desenvolvimento das crianças, devido à ruptura do processo educacional, privação do convívio com outras crianças, mudanças na rotina, além de se apresentar como fator de risco alimentar (BAHN, 2020; GHOSH *et al.*, 2020; MOORE *et al.*, 2020; MURRAY, 2010; ZHOU, 2020). As mudanças no padrão de sono, padrão alimentar, longo tempo de tela em computadores e celulares, menos atividades ao ar livre também são apontadas na literatura como fatores que modificam o estilo de vida dessas crianças (BAHN, 2020; GHOSH *et al.*, 2020; MOORE *et al.*, 2020; MURRAY, 2010; ZHOU, 2020).

A situação da pandemia pela SARS ocorrida em 2003, à semelhança da COVID-19, também trouxe a necessidade de distanciamento social. Uma investigação de suas implicações no contexto pediátrico indicou efeitos drásticos na oferta de cuidados em saúde, apoio psicossocial e comunicação entre famílias e profissionais (KOLLER *et al.*, 2006). Embora as quarentenas<sup>3</sup> sejam tipicamente implementadas para um prazo curto, os efeitos adversos à

---

<sup>3</sup> A Quarentena é imposta pelas autoridades, municipal, estadual ou federal. Trata-se do isolamento de indivíduos ou animais sadios pelo período máximo de incubação da doença, contado a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou a partir da data em que esse comunicante sadio abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção (FERRARINI, 1977).

saúde mental podem persistir por anos após a pandemia. Isso inclui, entre outros, problemas de saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, suicídio); dificuldades para dormir; abuso de substâncias; e, mais especificamente na população infantil, problemas emocionais e comportamentais (BROOKS *et al.*, 2020).

O conjunto dessas informações permite considerar que, mesmo quando inserido em uma situação de exposição ao risco com necessidade de restrição social, repercussões importantes acontecem na vida dos indivíduos, e tem-se ainda como um complicador a situação concreta de adoecimento da criança pelo SARS-CoV-2. Na situação de adoecimento, cuidado e atendimento às necessidades das crianças é aumentado para a família e pode ser vivenciado de maneira diferente por cada criança e seus familiares.

Adicionalmente, faz-se necessário reconhecer que as crianças compõem um grupo vulnerável. Aqui, o termo vulnerabilidade é empregado em diversas áreas de estudo, e uma de suas definições é o entendimento que a vulnerabilidade está relacionada à suscetibilidade de pessoas, grupos, comunidades e regiões a doenças ou danos. Esse comprometimento se dá pelas características biológicas, ciclo de vida, condições sociais preexistentes, variando com a percepção pessoal do processo saúde-doença e, conseqüentemente, com a capacidade de proteção ligada ao poder de escolha e decisão (NICHIIATA *et al.*, 2008). Dessa forma, por não terem poder de decisão, por vezes não conseguem identificar e atender às suas próprias necessidades e serem dependentes dos adultos para agirem por eles para garantir-lhes uma vida de qualidade, a população infantil é considerada vulnerável (WALLANDER; KOOKT, 2016). Estes são alguns aspectos que nos permitem reconhecer que a infância é uma fase do desenvolvimento que se diferencia de outros períodos da vida e que a qualidade de vida (QV) das crianças pode apresentar melhoras ou pioras em resposta às situações por elas vivenciadas, planejadas ou não.

Sabe-se ainda que, a população infantil tem uma variação importante quanto às suas habilidades cognitivas e verbais, e invariavelmente cabe aos pais fornecer as informações sobre elas e tomar as decisões sobre a saúde dos filhos (MELO *et al.*, 2014). Isto torna desafiador avaliar a percepção que as crianças têm sobre o que ela considera ser QV, uma vez que existe uma diferença crucial entre o que é QV infantil na visão de um adulto e da própria criança. As percepções dos pais e da equipe médica em contato com a criança sob avaliação apresentam baixos índices de correlação com a autoavaliação infantil (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), definiu a QV, em 1994, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1993). Ou seja, nesse conceito, a QV está relacionada ao meio que o indivíduo está inserido, bem como se difere de pessoa para pessoa. Portanto, considera-se que as pessoas são influenciadas pelo contexto ao qual estão inseridas, como renda, educação e capital social, os quais podem produzir ou acentuar as iniquidades em saúde (MARMOT, 2007).

Se por um lado o distanciamento e as restrições sociais são medidas que ajudam no achatamento da curva de infecção da doença, por outro, efeitos negativos na vida das crianças também são percebidos e podem estar relacionadas a uma ou mais dimensões que compõem o conceito de QV, sendo essas repercussões no bem-estar físico, psicológico e espiritual, social e ao meio ambiente. Além das mudanças de estilo de vida, há de se considerar o medo, estigma, estresse, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que podem ser causados pela pandemia de SARS-CoV-2 (BAHN, 2020).

Nesta investigação adotaremos o conceito de QV expresso pela OMS, entendendo que ela se refere a percepção que o indivíduo tem de si mesmo considerando aspectos pessoais e de condições de vida. No caso das crianças, esse conceito permitirá discutir sobre aspectos e visões singulares que elas possuem acerca de sua QV durante a pandemia da COVID-19 e seu próprio adoecimento pela doença.

Entretanto, os cuidadores e as crianças podem compartilhar perspectivas diferentes sobre a causa, etiologia, tratamento da doença, interpretação da repercussão da situação, dentre outros. Desta forma, pode-se ter avaliações diferentes de QV sob a perspectiva da díade de cuidador-criança (EISER; MORSE, 2001). Historicamente as investigações sobre crianças objetivam obter dados com as famílias (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Entretanto, tem se considerado que as crianças são as melhores fontes de informação sobre elas mesmas (BEARISON, 1991). Portanto, pode ser fundamental obter das próprias crianças, uma avaliação mais precisa de sua QV nos permitindo alcançar os diferentes entendimentos a possuir sobre a QV que experimentam decorrente da infecção por SARS-CoV-2 e das medidas de cuidado adotadas.

Outras investigações foram realizadas com crianças em pandemias passadas. Uma investigação conduzida no Canadá, incluiu 21 crianças entre 5 e 19 anos como informantes e teve como objetivo produzir dados relacionados à experiência de crianças e adolescentes

sobre a pandemia da SARS e para isso utilizou de entrevistas semiestruturadas (KOOLER *et al.*, 2010). Outro estudo, realizado na Holanda, incluiu 223 crianças de 7 a 12 anos e teve como objetivo investigar como as informações fornecidas pelos pais podem influenciar o medo que a criança teve da gripe suína. Para isso, os pesquisadores desenvolveram um Questionário do medo da gripe suína, o mesmo produzido em escala *likert*, e pesquisas de fácil entendimento para as crianças (REMMERSWAAL; MURIS, 2011).

Estudos apontam que crianças, a partir dos três anos, são capazes de fornecer descrições representadas em desenhos e fornecer informações relevantes sobre seu estado de saúde (BEARISON, 1991; WOODGATE; KRISTJANSON, 1996). O desenvolvimento das funções executivas, sendo um conjunto de habilidades cognitivas necessárias para realizar diversas atividades que demandam planejamento e monitoramento, se iniciam no primeiro ano de vida das crianças e se intensificam entre os 6 e 8 anos. Essas chamadas funções executivas permitem ao indivíduo interagir com o mundo e se adaptar a ele, além de direcionarem e regularem habilidades intelectuais, emocionais e sociais, como alimentar, ir à escola, fazer compras, entre outros (LEON *et al.*, 2013). Esse aspecto do desenvolvimento das crianças é um dos fatores que justifica a escolha dos participantes desta pesquisa, uma vez que a maneira como as crianças lidam, se organizam e se adaptam em relação à pandemia de COVID-19 e infecção pelo novo coronavírus é objeto desta investigação.

Sendo assim, parte-se do pressuposto de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 podem produzir mudanças significativas e ter repercussões sobre a QV das crianças. Considera-se que o contexto de vida ao qual a criança está inserida pode provocar repercussões significativas em sua QV nas dimensões física, psicológica, espiritual, social e meio ambiente.

As informações até aqui apresentadas, indicam a importância de investigar as repercussões do distanciamento social e do adoecimento pela COVID-19 na vida dessas crianças, e suscitou os seguintes questionamentos: Como as crianças estão vivenciando a situação de distanciamento social e adoecimento por COVID-19? De que maneira essa situação interfere em sua QV? Qual a compreensão dessas crianças sobre a pandemia, sua condição de saúde e cuidados demandados?

Para esta investigação definiu-se a seguinte pergunta: Quais as implicações do distanciamento social e infecção pelo SARS-CoV-2 para a qualidade de vida de crianças de 7 a 9 anos, durante a pandemia de COVID-19 e o seu período de adoecimento?

No contexto da pandemia pelo novo coronavírus, investigar as experiências das crianças tendo-as como informantes de suas vivências pode auxiliar no planejamento dos cuidados específicos e singulares para esta população. Por não serem consideradas grupo de risco, as diretrizes de saúde são, em sua maioria, direcionadas para a população em geral, não considerando as especificidades da população infantil. Apesar do direito à participação em tomadas de decisão que afetem suas vidas, as crianças têm tido protagonismo mínimo no que diz respeito aos cuidados e políticas de saúde (ELER; ALBUQUERQUE, 2019).

O conhecimento produzido por esta investigação pode aportar na formação e prática dos profissionais que apoiem as crianças e suas famílias em situações de adoecimento e distanciamento social. Os resultados produzidos podem contribuir com evidências para o planejamento de ações para pandemias futuras. Além disso, pode colaborar com a definição de estratégias prioritárias e voltadas a este público no contexto da prática dos profissionais da saúde, no âmbito da rede de atenção à saúde e outros setores da sociedade como educação, lazer e assistência social.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer a QV experienciada por crianças de 7 a 9 anos, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2 e do seu próprio adoecimento.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as crianças e suas famílias quanto à aspectos como educação, habitação, condições socioeconômicas e condição de saúde. .
- Explorar a compreensão das crianças sobre seu adoecimento e os cuidados demandados.
- Identificar a avaliação das crianças sobre a sua QV no contexto de pandemia e durante o seu adoecimento.
- Identificar as implicações do distanciamento social sobre a QV das crianças infectadas pelo SARS-CoV-2.

### 3 ENQUADRAMENTO CONCEITUAL

#### 3.1 O conceito de Qualidade de Vida

A QV é um termo que vem sendo discutido e conceituado por diversos autores (MEEBERG, 1993; PASCHOAL, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004). Foi mencionada pela primeira vez em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar, que discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Após essa publicação, a QV só voltou a ser mencionada, em 1964. Nesse momento foi apresentada como uma maneira de se medir os objetivos da população (FLECK *et al.*, 1999). Posteriormente o conceito foi, então, ampliado, para medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente e, além do crescimento econômico, considerando o desenvolvimento social (PASCHOAL, 2001).

O termo QV se expandiu ainda mais, e têm-se valorizado aspectos objetivos e subjetivos, como a satisfação, a qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, acesso à cultura, lazer, felicidade, liberdade, dentre outros (NAHAS, 2001). Além disso, esse termo pode ser utilizado em dois cenários: i) no cotidiano da população e profissional; ii) na pesquisa científica e em diversas áreas do saber como enfermagem, medicina, sociologia, dentre outras (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

O interesse relacionado à QV, quando voltado para questões assistenciais está associado diretamente ao impacto físico e psicossocial que as diversas condições de saúde podem acarretar a uma pessoa. Nesse sentido, compreender a QV desses indivíduos torna-se parte importante do trabalho que integra as tomadas de decisões para a terapêutica deles (MORRIS; PEREZ; MCNOE, 1998).

O conceito de QV foi definido por muitos autores com o passar dos anos. Para Fleck e colaboradores (2008) o conceito de QV na área da saúde foi distorcido por uma visão eminentemente biológica e funcional, como status de saúde, status funcional e incapacidades/deficiência. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) a QV como “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”.

Embora não exista um consenso sobre o conceito de QV, um grupo de especialistas da OMS, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, definiram três aspectos fundamentais referentes à QV: i) subjetividade: é a partir de como a pessoa percebe sua QV ii) multidimensionalidade: incluem dimensões físicas, social, psicológica, meio ambiente; iii)

presença de aspectos positivos (ex. mobilidade) e negativos (ex. dor) dentro dessas dimensões (FLECK *et al.*, 1999).

O desenvolvimento desses elementos aconteceram a partir da definição de QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995). Essa é a definição adotada neste trabalho e compreende as dimensões: i) física, que refere-se a percepção do indivíduo sobre sua condição física; ii) psicológica, ou seja, a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; e iii) social, que trata-se da percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida. iv) meio ambiente que diz respeito da segurança física, proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de adquirir novas informações e recreação, ambiente físico e transporte (FLECK, 2000).

### **3.2 A Qualidade de Vida no contexto pediátrico**

Estudos que abordam a QV das crianças têm sido mais comuns nos últimos anos e têm incluído temas como o desenvolvimento de crianças prematuras (VIEIRA; LINHARES, 2017; MARTINI; PEROSA; PADOVANI, 2019), crianças em condição crônica de saúde, como no caso da população infantil ostomizada (BARREIRE *et al.*, 2003), com fibrose cística (SANTANA *et al.*, 2020), crianças com câncer (CARDOSO *et al.*, 2018), com paralisia cerebral (FEITOSA *et al.*, 2017), em contexto de hospitalização (CARDOSO *et al.*, 2018), crianças portadoras de doenças renais crônicas (SILVA *et al.*, 2020), dentre outros.

No contexto da pediatria a QV prejudicada pode influenciar no aspecto psicológico, da criança (SILVA *et al.*, 2020). Nesse sentido, num contexto de privação das atividades, mudança nos hábitos de vida, a forma de tratamento de uma doença, confronto e modificação toda a rotina dessas crianças e adolescentes, fazendo com que eles renunciem coisas que faziam parte de suas vidas. Essas mudanças geram sentimentos como medo, insegurança, ansiedade, alterações na autoimagem, no comportamento, distúrbios do sono, fazendo com que esses indivíduos carregam muitos sentimentos negativos, ocasionando em tristeza e pôr fim a depressão que pode acarretar outros distúrbios mentais (RÊGO; MARTINS; SALVIANO, 2019).

Pesquisar a QV em crianças em diversos contextos se justifica na premissa de que problemas relacionados com a QV durante a infância podem repercutir na adolescência e idade adulta. Dessa forma, conhecer como a QV de vida das crianças é afetada, seja por

alguma comorbidade ou pelo contexto em que essas crianças vivem pode se tornar uma maneira de reduzir essas possíveis complicações (ALVES *et al.*, 2019).

Os estudos sobre a avaliação da QV de crianças têm permitido conhecer a autopercepção de saúde das crianças (MARTINI; PEROSA; PADOVANI, 2019; SANTANA *et al.*, 2020; CAMPOS *et al.*, 2017) e pode ser um indicador importante de seus contextos de vida, expectativas, objetivos e interesses (REZENDE; LEMOS; MEDEIROS, 2017). Além disso, investigações sobre este tema permite discutir tanto o impacto das doenças e de seus tratamentos na vida das crianças, quanto também têm sido utilizados para estabelecer indicadores de gravidade e progressão do agravo, bem como para criar estratégias para minimizar os transtornos acarretados pelo tratamento (SEIDL; ZANNON, 2004; CARDOSO *et al.*, 2018).

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Repercussões do distanciamento social durante a pandemia de COVID-19 na qualidade de vida das crianças: uma revisão de escopo <sup>4</sup>- (APÊNDICE A)

Durante a pandemia pelo novo coronavírus, ocorreram mudanças desafiadoras em todo o mundo. Nesse contexto, as crianças foram um dos grupos mais afetados, uma vez que deixaram de frequentar as escolas e de realizar suas atividades rotineiras (JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). Nesse sentido, pontos importantes do desenvolvimento, comportamento e socialização infantil foram comprometidos. O distanciamento social necessário ao controle da pandemia do novo coronavírus possui potencial para repercutir na QV (ARRUDA, 2020). Aqui, adota-se o conceito de QV definido pelo WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1993), bem como suas dimensões (física, psicológica/espiritual, social e meio-ambiente) (FLECK, 2000).

Uma das principais implicações conhecidas do distanciamento social na QV se devem a aspectos como, a suspensão das aulas presenciais e a adesão ao ensino à distância, especialmente no modelo de Ensino Remoto Emergencial (ERE)<sup>5</sup> (CNE/CP n.º 5, de 28 de abril de 2020), utilizando novas ferramentas de educação, como o *tablet*, celular, computador, *notebook* e apostilas. Apesar do ERE permitir que essas crianças mantenham o processo educativo durante momentos como a pandemia, essa forma de ensinar e aprender traz consigo obstáculos importantes, como disponibilizar internet a todos os estudantes e como realizar avaliações para verificar, se realmente, os estudantes estão aprendendo, além de dificuldades do aprendizado em casa (SCANTAMBURLO *et al.*, 2020).

Nesse cenário, outro fator importante e influencia a QV das crianças durante o contexto da pandemia pelo SARS-CoV-2, é que as famílias tiveram que assegurar os cuidados diários aos seus filhos, aliado a continuar a desempenhar as suas funções de trabalho (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020). Este panorama se repete em países como Alemanha, China, Paraguai, indicando que a alteração das rotinas (LOADES *et al.*, 2020), a interrupção das atividades letivas (MIRANDA *et al.*, 2020), o distanciamento de outros membros da

---

<sup>4</sup> Artigo submetido: Repercussions of social distance due to the Covid-19 pandemic on the quality of life in children: a scoping review

<sup>5</sup> Em 28 de abril de 2020, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou o Parecer N° 05/2020, determinando as diretrizes para orientar escolas da educação básica e instituições de ensino superior durante a pandemia da Covid 19, no que tange à ação educacional. Se consolidaram e foram enfatizadas práticas pedagógicas não presenciais, quer sejam com o uso de tecnologias digitais da informação ou comunicação, aplicativos online, redes sociais ou por atividades impressas (módulos e apostilas) entregues aos estudantes que não possuem acesso à internet (BRASIL, 2020b).

família e amigos, (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020) são capazes de comprometer a QV e representar repercussões negativas de curto a longo prazo na vida das crianças e de suas famílias (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020, MIRANDA *et al.*, 2020). Isso acontece porque as medidas de distanciamento adotadas para reduzir a contaminação pelo SARS-CoV-2 durante a pandemia resultaram no rompimento das rotinas diárias das crianças, adolescentes, jovens e adultos. Além disso, acentuou disparidades sociais e econômicas já existentes em todo mundo, e acabam por interferir nas condições de vida das pessoas, como aquelas relacionadas à condição socioeconômica das famílias, às tensões familiares, ao acesso à tecnologia para educação no modelo remoto, ao comprometimento das interações sociais, à insegurança alimentar, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às necessidades de cuidado.

Algumas investigações (MIRLASHARI; EBRAHIMPOUR; SALISU, 2021; VALADEZ *et al.*, 2020; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020) tem demonstrado aspectos importantes quanto às repercussões da pandemia de COVID-19 na QV das crianças, apresentando questões relacionadas à mudança de hábitos e rotinas (PAIVA *et al.*, 2021), como também efeitos na saúde física dessa população, como ganho de peso (CARROLL *et al.*, 2020), sedentarismo (XIANG *et al.*, 2020) e sintomas psicossomáticos (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020), que comprometem o bem-estar geral das crianças (MIRANDA *et al.*, 2020).

O fechamento das instituições de ensino na pandemia acentua o risco de déficit nutricional (TRICCO *et al.*, 2018; MIRANDA *et al.*, 2020), ganho de peso (RUNDLE *et al.*, 2020; CARROLL *et al.*, 2020), compromete à saúde mental e diminui o acesso a locais para atividades físicas e lazer, e nem sempre viabiliza acesso adequado a *internet* para que essa criança tenha a garantia de seu aprendizado à distância (MIRANDA *et al.*, 2020). Um estudo realizado durante a pandemia de COVID-19, demonstrou que 63% das crianças apresentaram uma mudança nutricional e 41% aumentaram a frequência de alimentação. Esse mesmo estudo mostra que 47% das crianças ganharam de 1 a 5 quilos durante a pandemia (FIDANCI *et al.*, 2021).

Outras repercussões foram observadas em investigações sobre a mudança de hábitos e rotinas relacionadas à QV. Estudo sobre crianças de 7 a 13 anos, verificou que, durante a atual pandemia, as crianças ganharam peso (41,5%), tiveram alteração do padrão do sono (34,2%) e aumento do uso da *Internet* (69,3%) (ADIBELLI & SÜMEN, 2020).

A prática de atividade física e o tempo de tela das crianças também mudaram durante a pandemia. Quando se compara crianças de escolas primárias e secundárias, o tempo de tela aumentou para as crianças em ensino primário durante todo o momento do dia, esse aumento foi menor para crianças do ensino secundário, que já passavam mais tempo em uso desses dispositivos (ANDREW *et al.*, 2020). Um estudo que analisou dados de 2426 crianças e adolescentes em relação à atividade física e mostrou que a média de tempo gasto em atividade física antes da pandemia era de 540 minutos/ semana e durante a pandemia esse número caiu para 105 minutos/semana (XIANG *et al.*, 2020).

O sentimento das crianças de sobrecarga com as restrições implementadas durante a pandemia foi referido por 71% dos participantes de uma investigação conduzida na Alemanha. Como fator que aumenta essa sobrecarga tem-se o fechamento das escolas e 65% das crianças relatam que o aprendizado por meio de aulas remotas é mais extenuante do que antes (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020). Uma investigação transversal, realizada na China, demonstrou que 54.69% das crianças tiveram o aprendizado afetado pela pandemia (DUAN *et al.*, 2020). Além disso, maiores índices de sintomas depressivos foram associados com o aumento do uso de tela durante a pandemia (DUAN *et al.*, 2020). Um estudo realizado na Espanha teve como objetivo descrever o impacto da pandemia da COVID-19 sobre uma amostra de crianças e adolescentes e comparar os resultados com dados nacionais anteriores de outros estudos. Os resultados demonstraram que a correlação entre o bem-estar psicológico de crianças e adolescentes e QV foi estatisticamente significativa ( $r = -0,409$ ,  $p < 0,01$ ) (ANDREW *et al.*, 2020). Isso indica que crianças que relataram ansiedade ou tiveram percepções ruins sobre o seu bem-estar psicológico também terão autoavaliações piores da QV dessa criança.

Durante a pandemia de COVID-19, as restrições impostas impediram o contato das crianças com pessoas fora de seu núcleo familiar (HEPKAYA *et al.*, 2021). Com isso, grandes fontes de socialização das crianças foram inibidas, já que não puderam frequentar a escola, ter atividade ao ar livre ou ter contato presencial com amigos. Ao mesmo tempo, um estudo que objetivou investigar como o surto da COVID-19 impactou o funcionamento psicossocial em crianças holandesas, indicou perturbações, piora nas relações com os colegas e na saúde global (LUIJTEN *et al.*, 2021). Pais de crianças canadenses identificaram que durante a pandemia seus filhos ficaram mais irritados, pioraram o comportamento e se sentem frustrados mais facilmente. Essas crianças estão cada vez mais inquietas e não lidam bem com o tédio, sentem falta de socializar com família e amigos (CARROLL *et al.*, 2020).

Nesse cenário pandêmico, as crianças e suas famílias experimentam o contexto de formas diferentes, algumas crianças indicam que o ambiente familiar melhorou, enquanto outros indicam um declínio (LUIJTEN *et al.*, 2021). Uma investigação apresentou que 11,4% dos cuidadores primários de crianças, relataram que a coexistência familiar durante a quarentena foi difícil ou muito difícil, enquanto 61,8% referiram uma convivência familiar fácil ou muito fácil (ORGILÉS *et al.*, 2020). As crianças que vivem em famílias pobres, que possuem pais com baixa escolaridade, imigrantes, ou que vivem em moradias com menor espaço físico tiveram impactos ainda maiores pelas mudanças impostas pela pandemia da COVID-19 (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021). Para essas pessoas encontraram-se níveis mais altos de sobrecarga relacionada à pandemia, de sintomas de ansiedade, depressão e psicossomáticos, além de uma QV notavelmente inferior (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020).

Apesar do distanciamento e medidas de prevenção serem para todas as pessoas, elas foram vivenciadas de maneiras diferentes, dependendo da organização familiar e condição de vida desses indivíduos. Esse fato repercute em como as crianças também vivenciaram esse momento. Entretanto, independente da condição de vida, em alguma medida a pandemia impactou no bem-estar físico, social, psicológico ou no ambiente onde a criança vive, repercutindo negativamente em sua QV.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo exploratório. Para esta investigação utilizou-se o conceito de QV, conforme definido pela OMS (WHOQOL GROUP, 1993). Neste conceito, a QV compreende o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (WHOQOL GROUP, 1993).

Um estudo exploratório tem como função examinar em profundidade e descrever um fenômeno ou processo, o que permite ao pesquisador, a partir de um envolvimento nas experiências reais, descrevê-las (CRESWELL; CRESWELL, 2017). Esse tipo de abordagem permitiu à pesquisadora familiarizar-se com o vivenciado pelas crianças, entre 7 e 9 anos, durante a pandemia por COVID-19 e explorar o problema sob a lente do enquadramento conceitual adotado. A escolha pelo método qualitativo justifica-se pela possibilidade de se apreender os sentidos e significados atribuídos pelas crianças às suas experiências singulares na pandemia de COVID-19. Esta abordagem metodológica considera ainda que a experiência e a vivência de um indivíduo ocorrem no âmbito da história coletiva, portanto, contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012). Para isto é preciso reconhecer as subjetividades e especificidades que compõem a vida dessa população e o entendimento que elas possuem sobre a pandemia. Dessa forma, o método qualitativo possibilita descobrir novos conhecimentos, significados e compreensões levando em conta a singularidade do indivíduo.

Um olhar para esse contexto, por meio do método qualitativo possibilita estudar as relações, as representações, a história, as percepções e opiniões, a partir da interpretação dessa população em relação às suas vivências, pensamentos e sentimentos (MINAYO, 2010). Nesse sentido, essa investigação torna-se relevante, pois estudos sobre essa temática, que tenham as crianças como respondentes, ainda são incipientes no Brasil.

### **5.2 Participantes e local de estudo**

Participaram 24 crianças que tiveram diagnóstico para infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em Belo Horizonte, Minas Gerais e seus cuidadores primários. Dentre os

cuidadores primários das crianças incluíam-se dois pais, 21 mães e uma tia. Destaca-se que os cuidadores primários tiveram participação na produção de informações sobre o contexto de vida no qual as crianças estavam inseridas e poderiam ser úteis para melhor compreender as informações produzidas a partir delas. Optou-se pela participação dos cuidadores considerando-se que as crianças nesta faixa etária podem desconhecer ou ter informações menos precisas sobre renda familiar, habitação, apoio social, necessidades de saúde etc.

A inclusão e exclusão dos participantes foi definida de acordo com os seguintes critérios:

a) Critérios de inclusão:

. Criança: ter idade entre 7 e 9 anos, 11 meses e 29 dias, ter recebido diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2, ter confirmação laboratorial do diagnóstico por exame laboratorial RT-PCR<sup>6</sup> e ter a idade entre 7 e 9 anos, 11 meses e 29 dias no momento da entrevista.

. Cuidador primário: ser o responsável pela maioria dos cuidados à criança.

b) Critérios de exclusão:

. Criança: a ocorrência de hospitalização em decorrência da COVID-19; comprometimento de comunicação e alterações psicológicas e/ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão das perguntas a serem respondidas, possuir alguma condição crônica. Considerou-se também as crianças com insuficiência de informação que permitissem o contato com a família e o insucesso da ligação telefônica.

. Cuidador principal: comprometimento de comunicação e alterações psicológicas e/ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão das perguntas a serem respondidas, ter idade inferior a 18 anos.

A faixa etária das crianças foi definida considerando que nesta idade elas já iniciaram a escolarização, estão em uma fase do desenvolvimento com aspectos semelhantes, bem como na capacidade de compreensão e reflexão sobre diferentes temas, como observados em outros estudos (SPINILLO; SIMÕES, 2003; RODRIGUES; VILELA, 2012; SANTOS *et al.*, 2019; KELLERMAN; ANDRADE, 2018). Esse estágio da vida das crianças, em que elas estão em idade escolar, é também marcado pelo fortalecimento da memória a partir de rotinas

---

<sup>6</sup> Exame padrão-ouro para diagnóstico da COVID-19, utiliza técnicas de biologia molecular para detectar se o vírus SARS-CoV-2 está presente no corpo. O PCR serve para detectar a presença do vírus no organismo do paciente. Analisando o material coletado do nariz e da garganta do paciente, o exame consegue identificar a presença do RNA do vírus (MENEZES, 2020).

pedagógicas. Estudo evidencia que crianças de 5 e 6 anos são capazes de aprimorar a memória (ROCHA, 2018). Em relação ao desenvolvimento, nesta fase, as crianças de 7 anos apresentam algumas características como: observam partes que estão faltando em uma figura, desenvolve o conceito de tempo, possui uma leitura mecânica, está se tornando um membro mais ativo no grupo familiar e participa de brincadeiras em grupo. As crianças de 8 e 9 anos são capazes de mostrar as semelhanças e as diferenças entre duas coisas/objetos, descreve objetos comuns em detalhe, lê mais, compreende mais conceitos de espaço, causa e efeito, classifica objetos com mais de uma qualidade, é mais sociável, interage principalmente com grupos do mesmo gênero mas está começando a se misturar e gosta de competir e jogar (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). De modo geral, crianças entre 7 e 9 anos possuem raciocínio indutivo e lógica inicial, possuem orientação do que é bom e ruim, e gostam de esportes e atividades em grupo, envolvimento com colegas e atividades fora do lar (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Dessa maneira, as estratégias de entrevista para essas crianças se assemelham, de modo a garantir a qualidade da pesquisa.

O critério de ter diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus e não apenas crianças em situação de distanciamento social foi utilizado pela maior probabilidade de a criança ter vivenciado mais intensamente as implicações da pandemia. Acredita-se que somado às repercussões de distanciamento social, uma situação concreta de adoecimento, pode aproximar não só a criança, mas, a família como um todo, das implicações que a COVID-19 pode ter na vida das pessoas. Adicionalmente, é uma oportunidade de explorar a perspectiva das crianças a partir de sua própria experiência de adoecimento.

Os participantes do estudo foram inicialmente localizados através do banco de dados disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Esse banco de dados possui informações registradas no e-SUS Atenção Básica. Trata-se de um banco de dados do Ministério da Saúde que possui informações da atenção primária à saúde (APS), e busca oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Os casos positivos de COVID-19, devem ser notificados e registrados nesse sistema. Por meio dessas informações foi possível o primeiro contato telefônico com familiares dessas crianças.

O Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) foi utilizado para caracterizar as regionais de saúde e assegurar a diversidade na identificação dos participantes. Trata-se de um indicador construído pela SMSA-BH e considera as variáveis socioeconômicas e ambientais para investigar a vulnerabilidade da saúde de uma população e evidenciar as desigualdades no

perfil epidemiológico dos grupos sociais (BELO HORIZONTE, 2012). Dessa forma, este estudo considerou regionais que apresentavam desde IVS mais baixo até mais elevado (Quadro 1), para abranger as desigualdades existentes no espaço urbano da cidade. A Figura 1 apresenta o mapa de Belo Horizonte, com a separação dos IVS por regional. Para este estudo, buscou-se a identificação de crianças que residiam em regionais que apresentavam concentração de maior IVS (Norte, Venda Nova) e IVS mais baixo (Centro Sul e Barreiro)

Quadro 1 - Relação de moradores por IVS nas regionais selecionadas.

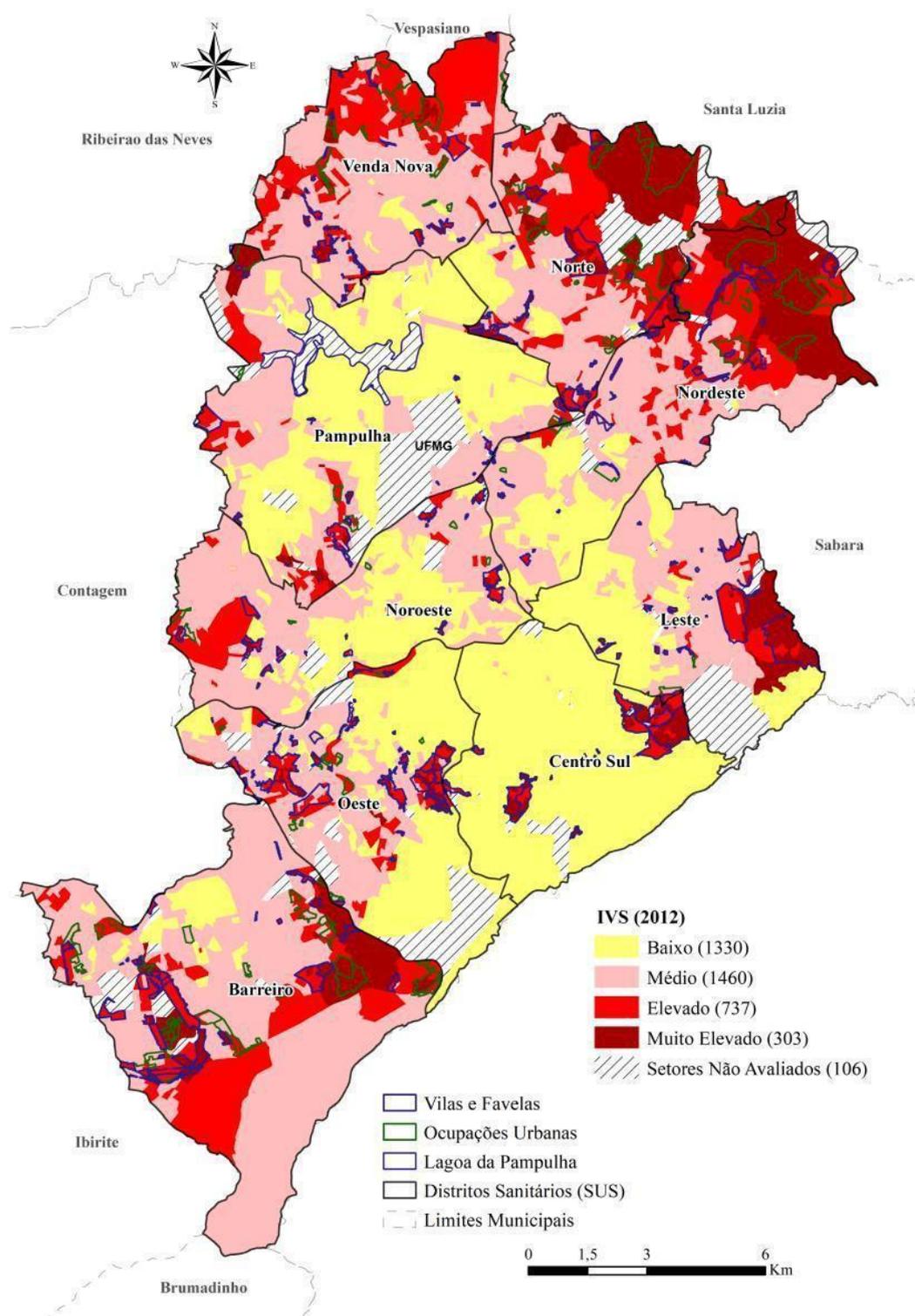
| Porcentagem da população de acordo com IVS |            |        |          |          |          |       |       |             |          |
|--|------------|--------|----------|----------|----------|-------|-------|-------------|----------|
| IVS  | Venda Nova | ↑Norte | Nordeste | Noroeste | Pampulha | Leste | Oeste | ↑Centro-sul | Barreiro |
| <b>Baixo</b>                               | 3,09       | 7,94   | 24,74    | 38,61    | 53,64    | 40,59 | 45,34 | 78,52       | 6,72     |
| <b>Médio</b>                               | 61,62      | 44,42  | 47,79    | 48,58    | 30,00    | 35,07 | 30,64 | 1,03        | 60,53    |
| <b>Elevado</b>                             | 28,48      | 33,78  | 21,92    | 10,63    | 11,93    | 14,93 | 17,08 | 10,96       | 24,12    |
| <b>Muito Elevado</b>                       | 6,82       | 13,87  | 5,55     | 2,18     | 4,43     | 9,41  | 6,90  | 9,49        | 8,63     |

Fonte: Belo Horizonte, 2012.

↑ Maior IVS; ↓ Menor IVS

Selecionados: Venda Nova, Norte, Centro-sul, Barreiro.

Figura 1- Regionais de Belo Horizonte por classificação de IVS.



Fonte: Portal Prefeitura de Belo Horizonte, 2014.

### 5.3 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo cumpriu os aspectos contidos nas Resoluções 466/12 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dizem respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos nela.

Foi submetida e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 12 de julho de 2020 (ANEXO A). Posteriormente foi solicitado um Termo de Anuência Institucional (TAI) (ANEXO B) junto a SMSA-BH. Após a aquisição do TAI, o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais sob CAAE: 39447720.0.0000.5149 (ANEXO C) e da SMSA-BH, Minas Gerais, sob CAAE: 39447720.0.3001.5140 (ANEXO D).

As pesquisas com crianças devem seguir uma tríade entre direitos, deveres e danos/benefícios (ALDERSON, 1995). Uma participação de crianças em pesquisas se dá quando: i) A criança compreende do que tratam os projetos e qual é o seu papel neles; ii) é fundamental que haja uma discussão acerca das regras que serão estabelecidas no desenvolvimento dos projetos, possibilitando, dessa forma, o compartilhamento de poder entre adultos e crianças em todas as etapas, desde o planejamento até a finalização; iii) a participação deve ser inclusiva, ponderando as crianças em sua diversidade de contexto para garantir uma participação genuína de todos, inclusive das mais marginalizadas, como as crianças pobres, negras, etc. iv) A participação é voluntária e as crianças têm a opção de deixar o projeto quando desejarem; v) os projetos precisam levar em consideração metodologias que possam, efetivamente, captar o ponto de vista das crianças (OLIVEIRA, 2017).

No Brasil, a Resolução 466, de 2012, regula a pesquisa com seres humanos. Para assegurar as dimensões propostas para a pesquisa com crianças foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) que se trata de uma concordância formal de participação na pesquisa, assumida pelos pais ou responsáveis legais da criança. Nesta pesquisa, o TCLE foi o documento em que o cuidador primário atestou seu consentimento em participar da pesquisa e permitir que sua criança também participasse.

Entendendo a importância da transparência para compreensão da criança sobre a pesquisa e sua liberdade de escolha, foi utilizado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C), um instrumento utilizado para a efetivação da

autonomia infantil diante da escolha em participar ou não de uma pesquisa. No Brasil, ele foi incluído a partir da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e é fundamental que seja elaborado em linguagem acessível para os menores de modo a serem devidamente esclarecidos, e explicitem sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis (BRASIL, 2012).

Após as crianças e seus cuidadores serem identificados de acordo com as regras de inclusão e exclusão, eles foram convidados para participar de forma voluntária da pesquisa. O objetivo do estudo e os aspectos éticos foram expostos de forma clara. Além disso, a coleta de dados ocorreu por telefone e videoconferência, de acordo com a disponibilidade e condições da família, respeitando as regras estabelecidas de distanciamento social, assegurando a segurança do pesquisador e dos entrevistados. Antes das entrevistas, todos os participantes tiveram acesso ao TCLE e TALE.

Ressalta-se que para as crianças o TALE foi produzido em linguagem acessível, de fácil entendimento, a fim de que crianças em estágio de pré-letramento e não alfabetizadas pudessem compreender a pesquisa. O aceite foi feito mediante gravação. Uma cópia do TCLE e TALE foi enviada para a família por meio eletrônico ou correio, de acordo com a preferência.

## **5.4 Instrumento de coleta de dados**

### ***5.4.1 Instrumento de coleta de dados individuais, coletivos e sociodemográficos***

Na entrevista com o cuidador primário, a fim de avaliar aspectos individuais, coletivos e de condições de vida, foi aplicado o Instrumento de coleta de dados individuais, coletivos e sociodemográficos (APÊNDICE D) que consiste em um instrumento construído pelo grupo de pesquisa, com duração aproximada de 10 minutos para sua aplicação. A elaboração desse questionário foi realizada a partir de perguntas sobre o cuidador, a criança e suas condições de vida, e para isso foi orientado pelo *National Survey of Children's Health* (NSCH, 2017) e pelos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (BUSS; PELLEGRINI, 2006). O primeiro trata-se de um inquérito realizado nos Estados Unidos, que fornece dados sobre múltiplos aspectos intersetoriais da vida das crianças. São incluídos aspectos de sua saúde física e mental, acesso a cuidados de saúde de qualidade e o contexto familiar, de bairro, escolar e social da criança, bem como informações sobre a prevalência e o impacto das necessidades especiais de cuidados de saúde. Esse instrumento foi útil para orientar a elaboração das

perguntas. Os DSS orientaram as variáveis relacionadas aos aspectos individuais e coletivos de habitação, acesso a serviços de saúde, questões relacionadas a aspectos individuais da criança e do cuidador, bem como aspectos coletivos de acesso à saúde, moradia, segurança, trabalho, renda, apoio social. A seleção das variáveis foi feita a partir das categorias do modelo proposto por Dahlgren G e Whitehead M (1991).

#### ***5.4.2 Entrevista semiestruturada***

Na entrevista com a criança foi utilizada uma Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptada ao seu entendimento (APÊNDICE E). A entrevista teve como objetivo coletar informações das crianças sobre a experiência do adoecimento e distanciamento social em decorrência do novo coronavírus. O instrumento construído inicialmente foi testado a partir da entrevista com duas crianças escolhidas intencionalmente. Após essas duas entrevistas iniciais, a pesquisadora e a orientadora deste trabalho discutiram sobre os alcances que o instrumento permitiu, e concordaram que as perguntas não aprofundaram o suficiente na temática, tendo necessidade de modificação. Foram então realizadas modificações no roteiro no sentido de permiti-lo ser mais acessível pelas crianças, além de construir novas perguntas que possibilitem às crianças a formar uma linha de raciocínio e dissertarem sobre suas experiências. O novo roteiro semiestruturado foi, então, aplicado pela pesquisadora a quatro crianças sorteadas do banco de dados. A orientadora fez a leitura dessas entrevistas e discutiu com a pesquisadora sobre a condução e realizou a validação da técnica. As informações produzidas foram analisadas e identificou-se que o instrumento era adequado para o alcance do objetivo estabelecido no estudo. Essas quatro crianças foram incluídas na amostra final de participantes.

Ressalta-se ainda que a coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora, autora deste trabalho, sob a orientação e validação de sua orientadora. Para conduzir a coleta de dados, a pesquisadora, além de realizar as duas entrevistas como teste piloto, se dedicou em estudos sobre a temática e especialmente outras investigações realizadas com crianças. Ademais, destaca-se que a pesquisadora é Graduada em Enfermagem com experiência no cuidado direto a crianças e suas famílias e na realização de investigações prévias que utilizaram de abordagem metodológica semelhante. Estes aspectos foram considerados para conduzir entrevistas, bem como os contatos com os participantes desta pesquisa.

O roteiro de entrevista foi elaborado com perguntas principais e perguntas de apoio que favorecessem a condução de uma conversa com as crianças. Buscou-se a aplicação da

técnica de entrevista de forma a possibilitar que a criança contasse sobre seus sentimentos, percepções e experiências em relação à infecção e a pandemia de COVID-19.

As técnicas de coleta de dados qualitativos utilizadas em delineamentos metodológicos exploratórios devem ser flexíveis a fim de permitirem ao pesquisador novas descobertas sobre o fenômeno estudado ou para acrescentar novos caminhos ao fenômeno já conhecido (BRINK, 1998).

A entrevista semiestruturada permite essa liberdade e oferece potencial para captar a compreensão da subjetividade dos participantes na sua essência, em especial do objeto deste estudo, que lida com a percepção dos sujeitos. Segundo Minayo (2010b), o roteiro de entrevista semiestruturada deve apresentar tópicos que contemplem as informações esperadas e essenciais para o delineamento do objeto, de modo que orientem e sirvam de guia para o andamento da interlocução, permitindo flexibilidade nas conversas. Tal flexibilidade permite que o entrevistador tenha uma aproximação com o entrevistado, de modo que suas representações, crenças, valores e saberes sejam melhores explorados em profundidade durante a entrevista (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Além disso, a pesquisadora também produziu um diário de campo, onde registrou anotações provenientes da vivência da coleta de dados, contemplando acontecimentos, percepções e interação da criança e do cuidador no momento da entrevista.

#### **5.4.3 Escala de avaliação da Qualidade de Vida da Criança (EQVC)**

A EQVC ou *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI) (ANEXO E) foi desenvolvida por Manificat e Dazord, em 1997, em estudo com 95 crianças, das quais 60% sem problemas de saúde, 26% pós-transplante renal e 14% soropositivas para HIV, com idades entre três anos e nove meses a 12 anos e seis meses (MANIFICAT; DAZORT, 1997). Sua versão atual é composta de 26 questões ou domínios que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação, 18 deles contidos em quatro fatores ou dimensões e podem ser aplicados em crianças de 4 a 12 anos. A cada uma das vinte e seis respostas oriundas das questões objetivas foi dado um escore específico, de 0 a 3, de acordo com o item assinalado, o que possibilitou a obtenção de um escore único, resultante da somatória dos escores atribuídos aos itens. O escore bruto é de 78 pontos e o valor de corte utilizado para classificar a QV foi: quando igual ou inferior a 48 a criança é classificada com Baixa QV; quando superior a 48, a criança é classificada com Boa QV. Esta validade interna

apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,71 (ASSUMPCÃO *et al.*, 2000). Para a aplicação dessa escala a pesquisadora explicou para criança como seria a condução. Inicialmente foram expostas quatro perguntas para que as crianças dissessem como se sentiam, a identidade do sentimento e quais situações provocam aquele sentimento. Esse processo foi feito com o uso de uma ferramenta da própria escala (ANEXO E). Essa estratégia ajuda a criança a localizar e definir a intensidade de seu sentimento para responder os itens da escala.

### **5.5 Os procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados se iniciou em 12 de julho e finalizou em 15 de dezembro de 2021. O fluxo de coleta de dados (Figura 2) se deu a partir da disponibilização do banco de dados, em planilha do Excel pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), referente às crianças que testaram positivo para COVID-19. Este banco de dados continha informações das crianças que foram infectadas pelo SARS-CoV-2 e foi disponibilizado em dois momentos diferentes no decorrer da coleta de dados. Inicialmente foram disponibilizados dados de 1894 crianças de todas as idades, que foram diagnosticadas entre o ano de 2020 até abril de 2021. Foi necessário que a pesquisadora realizasse o refinamento das informações por isso, o banco de dados foi organizado e excluíram-se 1012 crianças que possuíam idade diferente daquela adotada para esta investigação. Além disso, foi necessária a exclusão de outras 83 crianças por motivo de ausência de informações que possibilitaram o contato com elas, como, por exemplo, número para contato telefônico e domicílio, restando 799 crianças. Foram então selecionadas as quatro regionais, de acordo com o IVS, resultando em um total de 364 crianças. As regionais e as crianças elegíveis para contato são descritas aqui: Regional Centro-Sul: 110 crianças, Regional Norte: 70 crianças, Regional Venda Nova: 88 crianças, e Regional Barreiro: 96 crianças. Foi a partir deste banco de dados que iniciou-se as entrevistas. Os nomes das crianças foram agrupados de acordo com a correspondência à regional de residência e ordenados seguindo a ordem alfabética do primeiro nome das crianças. Foram atribuídos números inteiros e sequenciais para cada uma das crianças, sendo esse o número de identificação delas no banco de dados.

Em seguida as crianças foram sorteadas por meio do site <https://www.random.org/> e iniciados os contatos na ordem do sorteio. O tempo médio para alcançar êxito nos contatos telefônicos e a consequente coleta de dados estava em uma média de 11 dias. Considerando

que este contato nem sempre era a garantia de que a criança e o cuidador aceitariam a participação no estudo, a demora colocou em risco o cronograma de execução da pesquisa. Decidiu-se, portanto, manter a ordem do sorteio, mas sem que fosse aguardada a definição pela inclusão ou não do participante para que o contato seguinte fosse iniciado.

No intuito de minimizar as perdas, as ligações foram feitas em diversos turnos, em dias úteis e finais de semana, e foram realizadas no mínimo 10 tentativas de ligação para as famílias antes da exclusão ao longo do período de coleta. Realizado o contato com o cuidador e mediante o aceite, as entrevistas foram agendadas para o dia e horário de preferência dos participantes.

Entretanto, devido à essas dificuldades foram realizadas cerca de 15 entrevistas até agosto de 2021, sendo necessário a solicitação de ao CIES de informações de novas crianças para comporem a coleta de dados. Neste segundo momento foram então disponibilizadas informações de 539 crianças, com idade entre 7 e 9 anos e que foram notificadas entre maio e agosto de 2021. Dessas crianças 510 foram excluídas também por falta de informações para contato, restando 23 crianças. Entre elas quatro eram da regional Barreiro, três regional Venda Nova, uma da regional Norte e uma da regional Centro-Sul. Foram então realizadas outras nove entrevistas.

A partir do banco de dados foram identificadas as crianças e coletada as informações da ficha de notificação como nome, endereço, telefone e data da notificação.

A pesquisadora entrou em contato telefônico a partir do número disponível na ficha de notificação e identificou o cuidador primário pela criança. Sendo então feita a apresentação da pesquisa e das credenciais da pesquisadora, realizou-se o convite para participação da criança e do cuidador primário. Foi feita a leitura dos termos TCLE para o cuidador (APÊNDICE B) e TALE para a criança (APÊNDICE C). O consentimento foi obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão do TCLE e TALE foi enviada por meio eletrônico ou por correios, conforme preferência do participante.

Tendo a criança e o cuidador primário consentido a participação agendou-se melhor dia e horário para realização da entrevista por vídeo chamada. A coleta de dados (Quadro 2) por videochamada é uma técnica utilizada quando o entrevistado não pode estar presente, além disso o vídeo permite a captura de uma maior quantidade de aspectos e detalhes do que aqueles apreendidos em notas de campo. A gravação em vídeo permite a observação refletida de situações transitórias (MERCADO, 2012; PINHEIRO, KAKEHASHI, ANGELO, 2005). Outros estudos realizaram a coleta de dados por meio de chamadas de vídeo, com

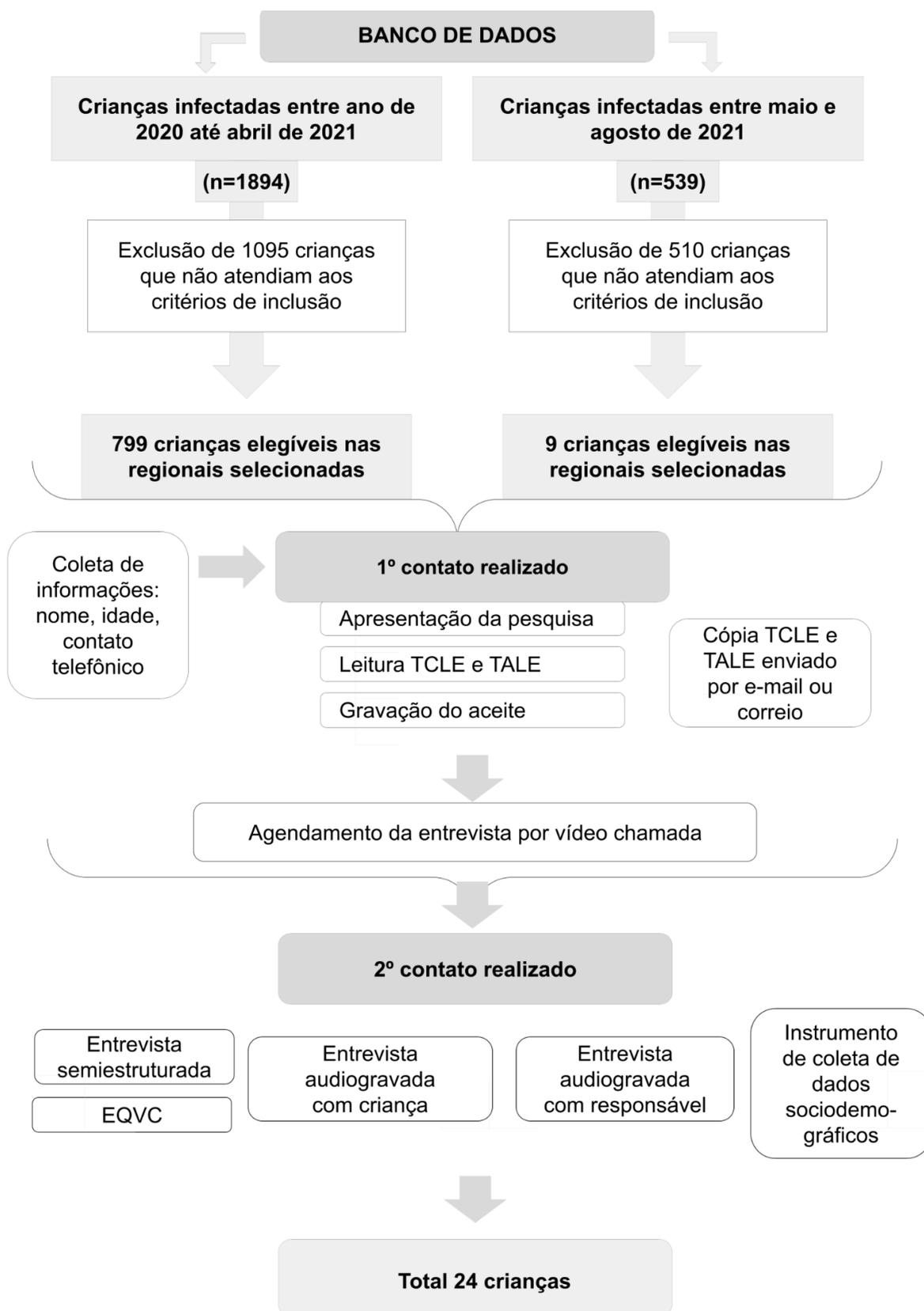
consentimento do entrevistado e sem perda da qualidade dos dados (PENA E REMOALDO, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

Durante o convite para participar da pesquisa e antes do início da entrevista, foi acordado entre o cuidado primário e a pesquisadora que para garantir dados fidedignos e para a criança não se sentir constrangida ou coagida durante a entrevista ela deveria permanecer sozinha no cômodo. Nenhum responsável apresentou objeções. Dessa forma as entrevistas aconteceram de maneira individual tanto para a criança, quanto para o cuidador.

A fim de avaliar aspectos individuais, coletivos e de condições de vida, o inquérito elaborado é identificado como Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE D) e tem duração média de 10 minutos de aplicação. Na entrevista com a criança foi aplicado o instrumento Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptado para criança (APÊNDICE E). Foi incorporada à coleta de dados a escala EQVC (ANEXO E) na entrevista com a criança.

A coleta de dados foi interrompida quando a pesquisadora identificou que os participantes entrevistados até então apresentavam diversidade em relação à caracterização e condições de vida, e especialmente, quando interpretou-se que os dados coletados até então estavam relacionados com o propósito e objetivos da análise (CLARKE; BRAUN, 2021). Esta definição foi feita a partir da análise preliminar dos dados produzidos e validados por uma segunda pesquisadora.

Figura 2- Fluxograma de coleta de dados.



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quadro 2- Apresentação dos instrumentos de coleta de dados e sua relação com as dimensões de investigação.

| <b>Dimensão explorada</b>  | <b>Instrumento de coleta de dados</b>   |
|--|---|
| <b>Aspectos individuais da criança e do familiar</b>   | Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE D) - baseado nos determinantes sociais de saúde. Respondente: cuidador primário  |
| <b>Social e comunitário</b>  | Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE D) - baseado nos determinantes sociais de saúde. Respondente: cuidador primário  |
| <b>Saúde e serviços de saúde, educação, condições de trabalho, meio ambiente e habitação</b> | Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE D) - baseado nos determinantes sociais de saúde. Aplicado ao cuidador primário.  |
| <b>Qualidade de vida da criança</b>  | Escala de avaliação da qualidade de vida da criança EQVC - (ANEXO E) - Aplicado a criança.<br>Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptada ao seu entendimento (APÊNDICE E) - Aplicado a criança. |
| <b>Repercussões do Distanciamento social</b>   | Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptada ao seu entendimento (APÊNDICE E) - Aplicado a criança.   |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

## 5.6 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra e em sequência submetidas a análise temática do tipo dedutiva (BRAUN; CLARKE, 2021). Trata-se de abordagem interpretativa facilmente acessível e teoricamente flexível à análise de dados qualitativos que facilita a identificação e análise de padrões ou temas em um determinado conjunto de dados. Destaca-se que neste tipo de análise o papel ativo do pesquisador na produção de conhecimento (BRAUN; CLARKE, 2021).

A transcrição das entrevistas aconteceu por meio do *Software Inqscribe®*, que possui recursos de manejo do áudio de maneira mais prática. Os nomes dos participantes foram substituídos pelas iniciais C (criança), M (mãe), P (pai) e T (tia), seguidas pelo número da entrevista. O nome de outras pessoas citadas pelas crianças foi codificadas utilizando a

primeira letra do nome da pessoa mencionada. Assim como os participantes, as instituições e serviços também foram codificadas no decorrer do texto, obedecendo a ordem em que foram sendo mencionadas pelos participantes durante a coleta dos dados.

Foi utilizada uma codificação baseada na proposta de Marcuschi (1986), conforme Quadro 3 abaixo, para expressar entonação, repetição de vogais, pausas e interrupções, identificadas nas falas dos participantes.

Quadro 3 - Codificação utilizada na transcrição das entrevistas.

| Sinais    | Significados  |
|-----------|---|
| (+)       | Pausas e silêncios.   |
| ( )       | Utilizado para marcar dúvida em relação à parte da fala não compreendida. Usa-se a expressão inaudível ou escreve-se o que se supõe ter ouvido entre os parênteses. |
| /         | Marca o momento em que o entrevistado corta a unidade da fala repentinamente.   |
| MAIÚSCULA | Sílaba ou palavras pronunciadas com ênfase ou acento mais forte que o habitual.   |
| ::        | Alongamento de vogal  |
| (( ))     | Comentários do pesquisador  |
| ----      | Representa a pronúncia de uma palavra sílaba por sílaba.  |
| [...]     | O uso de reticências no início e no final de uma transcrição indica que se está transcrevendo apenas um trecho.   |

Fonte: Adaptado de Marcuschi (1986).

Posteriormente, a entrevista transcrita foi transferida para o *Microsoft Word*. Os áudios das entrevistas somaram o total de 11 horas, 31 minutos e 2 segundos e suas respectivas transcrições renderam um corpus de 166 páginas de entrevistas que foram analisadas. Esses arquivos foram armazenados em disco rígido e nuvem de dados *online*, protegidos por senha. Em seguida os documentos foram importados para o *software* MAXQDA® versão 20.0 para a organização dos dados, codificação e apoio para análise (MAXQDA®, 2020).

A análise dos dados ocorreu seguindo as seguintes etapas (Quadro 4): transcrição das entrevistas audiogravadas, leitura, desenvolvimento de um sistema de códigos e codificação das entrevistas.

Essa análise seguiu seis passos que facilitam identificar aspectos importantes dessa análise temática:

1) a familiarização dos dados e escrita de notas de familiarização: Esta primeira fase se deu a partir da escuta das entrevistas audiogravadas e posterior transcrição, leitura e releitura das mesmas. Trata-se de um processo de grande aproximação com o material e anotação de aspectos identificados como relevantes para responder à pergunta de pesquisa.

2) codificação sistemática de dados: Nesta fase os dados foram trabalhados sistematicamente e foram identificados aspectos interessantes e poderiam, posteriormente, compor o desenvolvimento dos temas. Dessa forma, todas as entrevistas foram lidas e a partir das situações em comum que elas apresentavam e baseado no conceito de QV foram formando os códigos. Definiu-se um total de seis códigos principais e onze subcódigos, que constituíram o que se denominou de sistema de códigos<sup>7</sup>. A partir da criação desse sistema, foi desenvolvido o livro de códigos, que foi produzido com os significados e situações nas quais cada um dos códigos poderia ser utilizado (Quadro 5), iniciou-se o processo de codificação. Inicialmente foram codificadas cinco entrevistas por duas pesquisadoras atribuindo os códigos definidos aos trechos do texto que guardavam relação com eles. As pesquisadoras realizaram esta codificação inicial por cegamento, as quais foram posteriormente comparadas, obtendo-se uma concordância de 0,32 pelo índice de Kappa. Para o cálculo desse índice, foi utilizada a ferramenta de análise de concordância intercodificadores do *software* MAXQDA®.

As discrepâncias nas codificações foram discutidas com uma terceira pesquisadora cotejando com as definições realizadas no dicionário de códigos. Foi uma etapa de alinhamento conceitual e clarificação de definições que, se mantidas, poderiam comprometer a análise dos dados. Finalizado o alinhamento conceitual, as pesquisadoras procederam a nova codificação cegada. Nesta etapa verificou-se um índice de Kappa de 0,76 para a concordância intercodificadores (CICCHETTI, 1994). As demais codificações foram feitas por somente uma pesquisadora e as dúvidas que surgiam quanto a aplicação dos códigos foram discutidas com a orientadora.

3) geração de temas a partir de dados codificados e identificação de padrões: A partir da codificação de todas as entrevistas iniciou-se o processo de identificação de padrão entre os segmentos codificados. Esses padrões entre os códigos (elemento dos dados que pode ser

---

<sup>7</sup> O Sistema de códigos ou Estrutura de códigos descreve todos os códigos e subcódigos, que podem ser ordenados de forma hierárquica (MAXQDA, 2018).

avaliado de maneira significativa com relação ao fenômeno) precederam a criação dos temas (dimensão concreta que vem dados e se forma unidades de análise).

4) desenvolvimento e revisão de temas: Aqui revisou-se os temas em potencial. Foi investigado se os temas definidos anteriormente de fato cabiam como tema ou se eram apenas códigos que em semelhança e conjunto de dados poderiam compor um tema maior. Assim, os temas foram repensados. Após finalizar as codificações das entrevistas, fez-se uma revisão, buscando-se verificar a homogeneidade dos temas (homogeneidade: consistência interna nas categorias/temas; heterogeneidade: comparação externa entre as categorias/temas) que compunham cada um dos códigos e também a sua heterogeneidade quando comparadas entre si. Posteriormente foi exportado do do *Software* MAXQDA®<sup>8</sup> um arquivo em formato *Microsoft Word*®<sup>9</sup> com os fragmentos de discursos organizados de acordo com os seus respectivos temas.

5) refinamento dos dados: Nesta fase os temas e subtemas são nomeados, e o conjunto de dados que compõe os temas e subtemas foram detalhados e expressos de maneira descritiva para responder à pergunta de pesquisa. A partir da leitura e análise de cada agrupamento, foram criadas matrizes utilizando-se do referencial adotado de QV. Essas matrizes foram construídas com base nas facetas de cada domínio da QV e organizadas de modo a expressar e definir o tempo cronológico em que foi a situação informada pela criança dizia respeito. Sendo assim, foi definida uma categoria maior “Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na Qualidade de Vida das crianças” e esta foi seguida por quatro subcategorias: a) repercussões no bem-estar físico; b) repercussões no bem-estar psicológico e espiritual; c) repercussões no bem-estar social; e d) repercussões no meio ambiente.

6) escrita deste relatório: A escrita deste relatório de pesquisa foi realizada considerando o desenho da pesquisa qualitativa e especialmente a fluidez da análise. Este material começou a ser produzido ainda no desenvolvimento da investigação, sendo atualizado a cada decisão analítica e metodológica. Isto permitiu manter em evidência os diferentes movimentos investigativos realizados em resposta às indagações surgidas durante o processo.

---

<sup>8</sup> MAXQDA® é um *software* para análise de dados qualitativos e métodos mistos em pesquisas acadêmicas, científicas e comerciais (MAXQDA, 2020).

<sup>9</sup> O *Microsoft Word*® é um processador de texto produzido pela *Microsoft Office*® (MICROSOFT WORD, 2016).

Quadro 4 - Fases da produção de dados e análise temática.

| <b>Fases do estudo</b>   |   |
|--|---|
| <b>Fase</b>  | <b>Ação</b>   |
| Entrevistas em profundidade  | Perguntas orientadas pelo conceito de QV, conforme definido pela OMS (WHOQOL GROUP, 1994). Abordou aspectos relacionados a dimensões física, psicológica, social e meio ambiente.   |
| 1. Familiarização dos pesquisadores com o dado coletado                      | Escuta ativa dos áudios, transcrição, leitura e releitura dos dados, anotando ideias iniciais (ideias gerais + ideias específicas para codificação)   |
| 2. Codificação sistemática de dados  | Dados foram trabalhados sistematicamente e foram identificados aspectos interessantes e poderiam, posteriormente, compor o desenvolvimento dos temas.<br>Exemplo:<br>E: E você acha que a pandemia melhorou ou piorou sua qualidade de vida?<br>Entrevista C12 - A criança relata que sua QV piorou e ela justifica isso com a diminuição da renda e do poder de compra da família:<br>“Piorou... Eu acho que é porque as coisas do supermercado aumentou, ai como ta bem caro e minha mãe até falou que o salário dela abaixou assim, ta um pouco difícil para comprar essas coisas assim. E isso não quer dizer não compra, a gente compra, mas a gente não compra igual antes que a gente comprava mais que o necessário...Antes a gente comprava uma coisinha pra mim e agora a gente vai e uma coisa que a gente compra pra mim é um biscoito e uma fruta, por exemplo”<br>Código para este fragmento:<br>“Recursos Financeiros” |
| 2.1 Codificação  | Realizada por mais de um pesquisador para a validação entre os codificadores. Quando divergentes, discutiu-se as codificações, buscando-se o consenso, até obter um índice kappa de 0,76 (CICCHETTI, , 1994).   |
| 3. Geração de temas a partir de dados codificados e identificação de padrões | Padrões entre os códigos precederam a criação dos temas.<br>Códigos “Ambiente domiciliar / familiar”, “Recursos Financeiros”, “Oportunidades de recreação e Lazer” a partir do conceito de QV integraram o Tema: Repercussões no meio-ambiente.   |
| 4. Desenvolvimento e revisão de temas  | Extraídos da categoria "Percepção de sua vida e avaliação da Qualidade de vida" o tema e subtemas de acordo com o conceito da QV.   |
| 5. Refinamento dos dados   | A partir da leitura e análise de cada agrupamento, foi definida uma categoria empírica e quatro subcategorias que serão apresentadas nos resultados deste estudo, sendo elas:<br>“Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na Qualidade de Vida das crianças.”<br>a) repercussões no bem-estar físico;<br>b) repercussões no bem-estar psicológico e espiritual;<br>c) repercussões no bem-estar social;<br>d) repercussões no ambiente.  |
| 1. Produção de um relatório  | Seleção de extratos das falas dos participantes relacionados à QV, análise e discussão.   |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quadro 5- Livro de Códigos.

| <b>LIVRO DE CÓDIGOS</b>   |   |
|---|---|
| <b>Informações sobre a COVID-19 e pandemia</b>  |   |
| Informações que a criança possui sobre o coronavírus ou a pandemia em si. Inclui falas sobre a doença, medidas de prevenção e como as crianças adquiriram as informações sobre o coronavírus. |   |
| <b>Percepção de sua vida e avaliação da Qualidade de vida</b>   |   |
| Como a criança considera sua vida no momento, o que precisa mudar, o que precisa para ser feliz. Inclui também discursos sobre a qualidade de vida, e as repercussões da pandemia sobre ela.  |   |
| <b>Bem-estar físico</b>   |   |
| Relatos sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade; atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho               |   |
| <b>Exposição a dispositivos eletrônicos</b>   | Relatos sobre o uso de dispositivos eletrônicos, rotina de uso desses aparelhos e percepção da criança sobre utilização deles. Inclui necessidade do uso deles para estudos, comunicação com os amigos.                         |
| <b>Possibilidade de exercícios físicos</b>  | Relatos das crianças sobre possibilidades, ou não, de exercício físico e esporte ou oportunidades de atividades ao ar livre. Estratégias que a família utilizou para promover oportunidade dessas atividades para as crianças.  |
| <b>Condição de saúde e necessidades de cuidado</b>  | Relatos de sintomas decorrentes da infecção pelo coronavírus. Segmentos que relatam alguma rotina ou necessidade de cuidados de saúde em decorrência da pandemia ou já existente na vida das crianças, mesmo antes da pandemia. |
| <b>Bem-estar psicológico e espiritual</b>   |   |
| Sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos; espiritualidade/religião/ crenças pessoais.                  |   |
| <b>Espiritualidade</b>  | Relatos sobre a fé, igreja, Deus ou divindade. Inclui segmentos que falem de como a crença ajudou a superar algo ou dificuldade de acesso a instituições religiosas devido ao fechamento dos estabelecimentos.                  |
| <b>Processo de aprendizagem</b>   | Relatos sobre dificuldades ou diferenças percebidas na aprendizagem durante a pandemia e o ensino a distância.  |
| <b>Sentimentos</b>  | Trata-se de sentimentos ou opiniões (negativas ou positivas) sobre a infecção ou a pandemia em geral.   |

|   |  |
|---|--|
|   | Podem ser sentimentos negativos, como tristeza, raiva, ansiedade, medo e preocupação ou sentimentos positivos, como alegria e felicidade. Inclui também pensamentos sobre a necessidade de distanciamento social (foi bom, ruim, chato, divertido, legal)                            |
| <b>Bem-estar social</b>   |  |
| Relações pessoais, convivência ou suporte ou apoio social.  |  |
| <b>Relações pessoais</b>  | Segmentos em que a criança descreve sua relação com seus amigos ou com a família.<br>Ex: "eu pude ficar mais tempo com minha mãe, e isso me deixava feliz"/ "eu e minha irmã ficamos tempo juntos"   |
| <b>Socialização</b>   | Relatos sobre as dificuldades ou oportunidades de socialização em decorrência da pandemia, seja com amigos ou família.<br>Ex: "não consegui ver meus amigos, pois a escola fechou" / "eu pude jogar com meus amigos <i>online</i> " / "consegui encontrar com meus amigos do prédio" |
| <b>Repercussões no Meio ambiente</b>  |  |
| Define-se como segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação em/e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte. |  |
| <b>Ambiente domiciliar / familiar</b>   | Mudança, ou não, no ambiente domiciliar, estrutura familiar, harmonia, relações com o núcleo familiar. Inclui relato de mudanças de casa, discussões, óbitos na família.   |
| <b>Recursos financeiros</b>   | Relatos sobre possíveis mudanças na situação financeira repercutindo na vida das crianças  |
| <b>Oportunidades de recreação e Lazer</b>   | Relatos de oportunidades ou não de recreação e lazer como brincadeira, cinemas, passeios, descanso. Seja em família, com amigos, ou sozinho.   |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Com o objetivo de caracterizar a amostra, os dados quantitativos produzidos por meio dos questionários e das escalas de avaliação foram submetidos a análise estatística descritiva e utilizados em complementaridade aos dados qualitativos coletados.

### 5.7 Validade da análise dos dados

No desenvolvimento deste trabalho, buscou-se cumprir os critérios de credibilidade, confiabilidade e confirmabilidade conforme proposto por Lincoln e Guba, (1985). As ações adotadas para atender esses critérios foram desenvolvidas em todas as etapas deste estudo.

Para garantia da veracidade dos resultados da pesquisa, estabeleceu-se a confiança nos resultados baseado no delineamento do estudo, nos participantes e no contexto (GUBA; LINCOLN, 1989). Para certificação da credibilidade, utilizou-se da entrevista com as crianças, mas também com os responsáveis, de modo que algumas informações foram confirmadas a partir de diferentes fontes desses dados. Além disso, a transcrição dos áudios e confirmação da equivalência entre a entrevista audiogravada e posteriormente transcrita, a elaboração do dicionário de códigos, a validação intercodificador, a discussão de casos discrepantes, a condução da entrevista, o registro de todas as etapas da pesquisa para auditabilidade e o detalhamento das realidades das crianças a partir da descrição de cada contexto possibilita a transferibilidade. Essa técnica é feita a partir da triangulação dos dados (LINCOLN; GUBA, 1985). Além disso, os dados também foram analisados por dois pesquisadores. Essa triangulação de pesquisadores investigando os mesmos dados pode trazer percepções diferentes, e quando discutidas e alinhadas conceitualmente podem fortalecer a integridade dos resultados.

O critério de confiabilidade também foi possível de ser alcançado por meio da concordância entre os codificadores, já descrita neste trabalho. Para atestar o fato de que os dados podem ser rastreados às fontes originais e de que o processo para sintetizar os dados para chegar à conclusão possa ser confirmado (GUBA; LINCOLN, 1989), o desenho deste estudo foi descrito passo a passo, sendo apresentados fluxograma de coleta de dados, bem como uma análise individual de cada participante e seus contextos de vida. Além disso, os dados coletados foram tratados, organizados e armazenados de maneira que possam ser facilmente acessados e confirmados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Caracterização das crianças, suas famílias e condições de vida

Informações referentes às crianças, seus responsáveis e às suas condições de vida foram coletadas com a finalidade de caracterizar os participantes desta pesquisa, sintomas apresentados pelas crianças durante a infecção pelo novo coronavírus, condições de vida das crianças e suas famílias e avaliação da QV pela EQVC. Essas informações serão apresentadas nesta parte inicial dos resultados e retomadas durante a análise sempre que oportuno.

#### 6.1.1 Caracterização das crianças

Como pode ser observado na Tabela 1, foram entrevistadas 24 crianças, com idade entre 7 e 9 anos, 11 meses e 29 dias. Dessas crianças a maioria era do sexo feminino (62,5 %). Metade das crianças participantes foram declaradas pelos pais como brancas, enquanto 29,16% (7) eram pardas, três eram pretas (12,5%), uma indígena (4,16%) e uma amarela (4,16%). A presença de sintomas pela infecção pelo novo coronavírus, foi referida por 21 crianças (87,5%) tendo sido citados febre por 12 (50%) das crianças, coriza 5 (20,83%) cefaleia 8 (33,33%), inapetência 1 (4,16%) tosse 3 (12,5%), alterações na pele 2 (8,33%), distúrbio gustativo 6 (25%), distúrbio olfativo 2 (8,33%), alterações gastrointestinais 2 (8,33%), dispneia 3 (12,5%) e mialgia 2 (8,33%). Das crianças entrevistadas 7 (29,16%) tinham algum tipo de comorbidade, sendo as mais comuns entre elas foram asma e bronquite.

A mediana do tempo decorrido entre a data da notificação da infecção da criança pelo SARS-CoV-2 até a data da entrevista foi de 140,5 dias. em relação à data da notificação a idade mínima na ocasião foi de 7 anos, 2 meses e 20 dias e a idade máxima 9 anos, 3 meses e 15 dias. em relação à idade das crianças no momento da entrevista a idade mínima foi de 7 anos e 8 meses e a idade máxima 9 anos, 10 meses e 6 dias.

Durante a pandemia, segundo relato dos responsáveis, treze crianças (59,16%) apresentaram alguma alteração no comportamento. As mudanças referidas pelos cuidadores foram ansiedade, alteração no apetite, no padrão do sono, irritabilidade, mudanças de humor e indisposição. Além disso, também foram mencionadas mudanças no desempenho escolar como desatenção, queda das notas, regressão, dificuldade de leitura e escrita e problemas de concentração em 20 crianças (83,33%). em relação à instituição de ensino, nove crianças (37,5%) estudavam em escola pública e quinze (62,5%) estudavam em instituições privadas.

Das nove crianças que estudaram em instituição pública, sete (29,16%) delas não tiveram aulas *online* durante a pandemia, por isso estudaram por meio de apostilas.

Tabela 1 - Informações individuais da criança e avaliação da QV, Belo Horizonte - 2021.

(continua)

| Criança | Idade no momento da infecção | Idade no momento da entrevista | Sexo* | Raça/cor | Sintomas                                   | Comorbidade  | Tempo diagnóstico/ entrevista (dias) | Mudança de comportamento | Desempenho escolar | Instituição de ensino | ERE      | EQVC** |
|---------|------------------------------|--------------------------------|-------|----------|--|--------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------|--------|
| C1      | 7a, 7m, 11d                  | 8a, 2m, 29d                    | F     | indígena | não  | não          | 230                                  | não                      | melhorou           | pública               | apostila | 48     |
| C2      | 7a, 4m, 13d                  | 7a, 6m, 29d                    | M     | parda    | não  | não          | 77                                   | não                      | S/A                | privada               | online   | 60     |
| C3      | 8a, 6m, 6d                   | 9a, 4m, 18d                    | M     | preta    | febre; coriza                              | asma         | 316                                  | não                      | piorou             | pública               | online   | 46     |
| C4      | 8a, 4m, 8d                   | 9a, 2m, 28d                    | F     | branca   | cefaléia                                   | não          | 324                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 43     |
| C5      | 8a, 16 dias                  | 8a, 4m, 21d                    | F     | branca   | febre; coriza;<br>cefaléia;<br>inapetência | não          | 125                                  | não                      | piorou             | privada               | online   | 39     |
| C6      | 7a, 3m, 16d                  | 7a, 7m, 6d                     | F     | preta    | tosse                                      | não          | 112                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 45     |
| C7      | 8a, 4m, 16d                  | 8a, 9m, 2d                     | M     | parda    | febre; alterações de pele                  | não          | 136                                  | não                      | piorou             | pública               | apostila | 45     |
| C8      | 9a, 1m, 17d                  | 9a, 6m, 5d                     | M     | branca   | febre; coriza                              | bronquite    | 138                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 46     |
| C9      | 8a, 11m, 8d                  | 9a, 4m, 16d                    | F     | parda    | febre; distúrbios gustativos               | não          | 158                                  | não                      | piorou             | pública               | online   | 50     |
| C10     | 9a, 3m, 15d                  | 9a, 10m, 6d                    | F     | branca   | dispnéia; tosse;<br>mialgia                | asma         | 203                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 59     |
| C11     | 8a, 3m, 1d                   | 8a, 8m, 3d                     | M     | branca   | não  | dislipidemia | 152                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 48     |
| C12     | 8a, 10m, 7d                  | 9a, 28d                        | F     | parda    | tosse; coriza                              | não          | 82                                   | sim                      | piorou             | privada               | online   | 54     |
| C13     | 9a, 3m, 11d                  | 9a, 6m, 10d                    | F     | branca   | febre; cefaléia;<br>distúrbio gustativo    | não          | 90                                   | não                      | S/A                | privada               | online   | 60     |
| C14     | 7a, 2m, 20d                  | 7a, 8m                         | M     | branca   | cefaléia                                   | não          | 161                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 41     |

Tabela 1 - Informações individuais da criança e avaliação da QV, Belo Horizonte - 2021.

(conclusão)

| Criança | Idade* no momento da infecção | Idade* no momento da entrevista | Sexo** | Raça/cor | Sintomas                                    | Comorbidade  | Tempo diagnóstico/ entrevista (dias) | Mudança de comportamento | Desempenho escolar | Instituição de ensino | ERE      | EQVC*** |
|---------|-------------------------------|---------------------------------|--------|----------|---|--------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------|---------|
| C15     | 7a, 4m, 26d                   | 8a, 3m, 13d                     | F      | parda    | febre; distúrbios gustativos                | não          | 321                                  | sim                      | piorou             | pública               | apostila | 52      |
| C16     | 7a, 2m, 28d                   | 7a, 5m, 27d                     | M      | branca   | alterações gastrointestinais                | não          | 90                                   | não                      | S/A                | privada               | online   | 63      |
| C17     | 8a, 10m, 15d                  | 9a, 2m, 25d                     | M      | branca   | febre; cefaléia; distúrbio gustativo        | bronquite    | 133                                  | não                      | S/A                | privada               | online   | 60      |
| C18     | 8a, 10m, 2d                   | 9a, 3, 24d                      | F      | parda    | febre; dispnéia; cefaléia                   | não          | 175                                  | sim                      | piorou             | pública               | apostila | 49      |
| C19     | 8a, 10m, 26d                  | 9a, 3m, 9d                      | F      | amarela  | distúrbios gustativos, distúrbios olfativos | não          | 136                                  | não                      | piorou             | pública               | apostila | 56      |
| C20     | 9a, 1m, 14d                   | 9a, 5m, 28d                     | M      | parda    | alterações gastrointestinais e de pele      | não          | 136                                  | sim                      | piorou             | pública               | apostila | 53      |
| C21     | 8a, 10m, 4d                   | 9a, 2m, 2d                      | F      | branca   | mialgia                                     | hipolactasia | 121                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 53      |
| C22     | 7a, 4m, 16d                   | 7a, 10m, 17d                    | F      | preta    | febre; tosse; coriza; cefaléia              | não          | 185                                  | sim                      | piorou             | pública               | apostila | 48      |
| C23     | 8a, 7m, 16d                   | 9a, 1m, 17d                     | F      | branca   | cefaléia; distúrbios gustativos, olfativos  | Talassemia   | 185                                  | sim                      | piorou             | privada               | online   | 58      |
| C24     | 8a, 9m, 4d                    | 9a, 1m, 24d                     | F      | branca   | febre; dispnéia                             | não          | 143                                  | não                      | piorou             | privada               | online   | 50      |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

\* Idade organizada em a: anos; m: meses; d: dias | \*\* F - feminino; M - masculino

\*\*\* Escore &lt; ou = a 48 referem a Baixa QV; &gt;48 refere boa QV.

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos cuidadores primários de crianças infectadas pelo SARS-CoV-2, Belo Horizonte - 2021.

(continua)

| Participante | Parentesco | Idade | Raça/cor | Condição de trabalho atual | Situação conjugal | Escolaridade  | Religião   |
|--------------|------------|-------|----------|----------------------------|-------------------|---|------------|
| P1           | pai        | 36    | parda    | sim                        | solteiro          | ensino médio completo e ensino superior incompleto    | não possui |
| P2           | pai        | 43    | parda    | sim                        | casado            | ensino superior completo                              | católico   |
| M3           | mãe        | 43    | preta    | não                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |
| M4           | mãe        | 43    | branca   | sim                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |
| M5           | mãe        | 32    | branca   | sim                        | solteira          | ensino superior completo                              | evangélico |
| M6           | mãe        | 38    | preta    | sim                        | casada            | ensino superior completo                              | evangélico |
| M7           | mãe        | 48    | parda    | não                        | divorciada        | ensino fundamental completo e ensino médio incompleto | católico   |
| T8           | tia        | 39    | branca   | sim                        | casada            | ensino superior completo                              | evangélico |
| M9           | mãe        | 34    | parda    | não                        | solteira          | ensino médio completo e ensino superior incompleto    | católico   |
| M10          | mãe        | 42    | parda    | sim                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto    | evangélico |
| M11          | mãe        | 39    | parda    | sim                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |
| M12          | mãe        | 42    | parda    | não                        | casada            | ensino fundamental completo e ensino médio incompleto | católico   |
| M13          | mãe        | 43    | branca   | não                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |
| M14          | mãe        | 42    | branca   | sim                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |
| M15          | mãe        | 40    | parda    | sim                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto    | católico   |
| M16          | mãe        | 43    | branca   | não                        | casada            | ensino superior completo                              | católico   |

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos cuidadores primários de crianças infectadas pelo coronavírus, Belo Horizonte - 2021.  
(conclusão)

| Participante | Parentesco | Idade | Raça/cor | Condição de trabalho atual | Situação conjugal | Escolaridade                                       | Religião   |
|--------------|------------|-------|----------|----------------------------|-------------------|--|------------|
| M17          | mãe        | 49    | parda    | sim                        | casada            | ensino superior completo                           | não possui |
| M18          | mãe        | 31    | amarela  | sim                        | solteira          | ensino superior completo                           | católico   |
| M19          | mãe        | 33    | branca   | sim                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto | católico   |
| M20          | mãe        | 50    | parda    | não                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto | católico   |
| M21          | mãe        | 28    | branca   | sim                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto | católico   |
| M22          | mãe        | 27    | preta    | sim                        | solteira          | ensino médio completo e ensino superior incompleto | católico   |
| M23          | mãe        | 39    | branca   | sim                        | casada            | ensino superior completo                           | católico   |
| M24          | mãe        | 45    | branca   | sim                        | casada            | ensino médio completo e ensino superior incompleto | católico   |

Fonte - elaborado pela autora (2022).

Tabela 3 - Condições de vida das crianças infectadas por COVID-19 e suas famílias relacionadas a variáveis socioeconômicas, Belo Horizonte, 2021.

(continua)

| Participante | Moradia | Nº de cômodos | Estratificação da renda*       | Moradores | Renda per capita | Auxílio Emergencial | Dificuldade financeira na pandemia | Vivenciou separação dos pais | Óbito na família | Testemunhou violência | IVS     |
|--------------|---------|---------------|--------------------------------|-----------|------------------|---------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|---------|
| C1           | própria | 6             | entre 10 e 20 salários mínimos | 3         | 4666.66          | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo   |
| C2           | própria | 8             | entre 10 e 20 salários mínimos | 4         | 5000             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo   |
| C3           | própria | 8             | entre 5 e 10 salários          | 3         | 4000             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | médio   |
| C4           | própria | 8             | mais de 20 salários            | 4         | 7500             | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | baixo   |
| C5           | própria | 5             | entre 10 e 20 salários mínimos | 2         | 7500             | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | baixo   |
| C6           | própria | 5             | entre 5 e 10 salários          | 3         | 4000             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | médio   |
| C7           | alugada | 8             | entre 2 e 5 salários           | 4         | 750              | sim                 | com alguma frequência              | sim                          | não              | não                   | baixo   |
| C8           | alugada | 4             | entre 2 e 5 salários           | 4         | 950              | sim                 | muito frequentemente               | não                          | não              | sim                   | Médio   |
| C9           | cedida  | 7             | entre 1 e 2 salários           | 3         | 700              | sim                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | médio   |
| C10          | própria | 5             | entre 2 e 5 salários           | 4         | 1500             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | médio   |
| C11          | própria | 7             | entre 5 e 10 salários          | 3         | 3333.33          | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | elevado |
| C12          | própria | 5             | entre 2 e 5 salários           | 3         | 1666.66          | sim                 | muito frequentemente               | não                          | sim              | não                   | médio   |
| C13          | própria | 8             | entre 10 e 20 salários mínimos | 4         | 4500             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo   |
| C14          | própria | 6             | não informou                   | 4         | SI               | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo   |

Tabela 3 - Condições de vida das crianças infectadas por COVID-19 e suas famílias relacionadas a variáveis socioeconômicas, Belo Horizonte, 2021.

(conclusão)

| Participante | Moradia | Nº de cômodos | Estratificação da renda        | Moradores | Renda per capita | Auxílio Emergencial | Dificuldade financeira na pandemia | Vivenciou separação dos pais | Óbito na família | Testemunhou violência | IVS           |
|--------------|---------|---------------|--------------------------------|-----------|------------------|---------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|---------------|
| C15          | alugada | 5             | entre 2 e 5 salários           | 3         | 1000             | sim                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | elevado       |
| C16          | própria | 8             | entre 10 e 20 salários mínimos | 4         | 4500             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo         |
| C17          | própria | 5             | mais de 20 salários            | 5         | SI               | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | baixo         |
| C18          | própria | 6             | entre 2 e 5 salários           | 6         | 666.66           | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | elevado       |
| C19          | cedida  | 4             | entre 2 e 5 salários           | 3         | 1000             | não                 | nunca                              | não                          | sim              | não                   | elevado       |
| C20          | própria | 8             | entre 5 e 10 salários          | 4         | 1500             | não                 | com alguma frequência              | não                          | sim              | não                   | baixo         |
| C21          | cedida  | 8             | entre 2 e 5 salários           | 4         | 1250             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | muito elevado |
| C22          | própria | 8             | entre 1 e 2 salários           | 2         | 950              | não                 | nunca                              | sim                          | não              | sim                   | elevado       |
| C23          | própria | 8             | entre 10 e 20 salários mínimos | 4         | 5000             | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo         |
| C24          | própria | 8             | mais de 20 salários            | 3         | 8333.33          | não                 | nunca                              | não                          | não              | não                   | baixo         |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

\* Salário mínimo atual no Brasil: R\$ 1212,00

Na aplicação da EQVC, o menor escore obtido na escala foi 39 e o maior 63, a mediana encontrada foi 50 [46-57]. Quando considerado o ponto de corte da escala, dez crianças (41,66%) tiveram escore menor que 48, indicando uma pior QV.

### **6.1.2 Caracterização dos responsáveis das crianças**

Como indicado na Tabela 2, participaram das entrevistas 24 responsáveis das crianças, sendo 21 (87,5%) mães. A média de idade desses participantes foi de 40 anos. em relação à raça cor, dez responsáveis se declararam brancos, dez pardos, três (12,5%) eram pretos e um amarelo (4,16%). A maioria dos responsáveis eram casados (n=17, 70,83%) e treze (59,16%) possuíam ensino superior completo. Entre os cuidadores, 22 afirmaram possuir uma religião, sendo que 70,83% deles eram católicos.

### **6.1.3 Condições de vida das crianças**

A Tabela 3 mostra informações referentes a condições sociodemográficas das crianças e suas famílias. em relação à moradia, 18 crianças (75%) vivem em imóvel próprio, três (12,5%) em imóvel alugado e três (12,5%) vivem em imóvel cedido. Encontrou-se uma média de 3,65 moradores por domicílio. A média do número de cômodos em suas residências foi de 6,63. A mediana da renda familiar é de R\$8000,00 [3800,00=18000,00], entretanto, ao analisarmos a renda per capita familiar pode-se identificar famílias vivendo com menos de setecentos reais por pessoa, o que indica menos que um salário-mínimo atual no país. Cinco famílias (20,83%) receberam o Auxílio emergencial disponibilizado pelo governo durante a pandemia e quatro famílias (16,66%) indicaram que tiveram algum tipo de dificuldade financeira durante o mesmo período.

Durante a pandemia, duas crianças vivenciaram a separação dos pais, nove (37,5%) tiveram óbito de pessoa da família como avós, tios, tias e primas e duas crianças presenciaram situação de violência dentro ou fora do domicílio.

## **6.2 Quem são as crianças e suas famílias?**

O *script* utilizado para construir a apresentação de cada participante teve como seqüência as respostas das crianças nas entrevistas conduzidas pelo roteiro semiestruturado. Nesse sentido, as informações foram extraídas das entrevistas com crianças, do instrumento

de coleta de dados sociodemográficos aplicados ao cuidador primário e diário de campo da pesquisadora. Os títulos das apresentações abaixo são segmentos retirados das entrevistas das respectivas crianças.

**Criança 1: “a gente não pode sair na rua e a gente não pode ver nosso vô, nossa vô.”**

A entrevista foi realizada por videochamada com C1 e seu pai P1. C1 é uma criança do sexo feminino, tem 8 anos, se declara indígena e está cursando o 3º ano do ensino fundamental. Durante a infecção pelo SARS-CoV-2, C1 apresentou-se assintomática, e além dela seu pai, P1, também foi infectado. Ele possui 36 anos, é pardo, solteiro e é Assessor Parlamentar. C1 não possui nenhuma comorbidade, nenhuma demanda de saúde ou educacional além do que é necessário para crianças de sua mesma idade. Não possui nenhuma alteração de comportamento ou dificuldade de aprendizagem. Estuda em escola pública, e durante a pandemia, a instituição não disponibilizou aulas *online*, sendo assim, a criança estudou com uso de apostilas disponibilizadas pela escola. Para acompanhar o aprendizado, o pai contrata uma professora particular para apoiar a criança no ensino. P1 relata mudança no desempenho acadêmico de C1 para melhor, justamente devido ao início das aulas com professora particular. C1 vivia com a mãe, porém, no início da pandemia mudou-se e desde então mora com P1 e sua companheira. Na entrevista com C1, quando perguntada sobre o que é o coronavírus, a criança responde ser uma doença que mata todas as pessoas e que aprendeu sobre isso com seu pai. Soube dizer de algumas medidas sanitárias como uso de máscara e álcool em gel. Em sua experiência de infecção pelo vírus, C1 relata sobre a necessidade de confinamento durante 15 dias, porém, ela manteve uma rotina normal dentro de casa nesse período. Sobre o distanciamento social imposto pela pandemia, em seu discurso C1 traz algumas repercussões em sua vida, como a necessidade de estudar em casa e relata gostar da experiência. Em sua entrevista, C1 fala sobre a impossibilidade de realizar passeios ao parque, cinema, *shoppings* e viagem para a praia. Além disso, a criança diz que não brinca mais com os amigos como brincava antes e nem visita seus avós e relata sobre sentimentos de tristeza em seu discurso. C1 possui um tablet que usa para estudar e brincar. Utiliza também o dispositivo para conversar e jogar com os amigos. Em determinado período da pandemia, C1 não conseguiu realizar nenhum exercício, entretanto na época da entrevista ela já realizava algumas atividades físicas ao ar livre.

Completa dizendo que durante os dias em que estava infectada pelo vírus sentiu medo de passar para outras pessoas. Relata ter uma boa QV, entretanto reconhece que a pandemia piorou sua QV por não poder realizar as mesmas atividades de lazer que antes.

**Criança 2: “É eu tenho uma vida boa!”**

A entrevista foi realizada com C2 e seu pai, P2. C2 é masculino, pardo e possui 7 anos e está cursando o 2º ano. Durante a infecção pelo novo coronavírus, o C2 se manteve assintomático. C2 vive com seu pai P2, sua mãe e irmão, que também foram infectados pelo vírus. P2, 43 anos, pardo, casado, engenheiro, respondeu o questionário estruturado e segundo o mesmo não houve mudanças de comportamento ou no desempenho escolar de C2. C2 não possui nenhuma comorbidade ou alterações de crescimento e desenvolvimento. Estuda em escola particular, não recebe bolsa e durante a pandemia esteve em ERE por meio de aulas *online* síncronas. Em sua entrevista, C2 relatou que o novo coronavírus é um vírus que infectou metade da cidade e que tira olfato e paladar das pessoas. Soube dizer também algumas medidas sanitárias de prevenção da infecção, como não sair de casa e manter distanciamento social. No momento da entrevista, C2 já havia retornado às aulas presenciais em um modelo denominado bolha (em cada semana iria meninos ou meninas). Sobre o fato de ter sido infectado pelo vírus da COVID-19, C2 não menciona nenhuma mudança em sua rotina ou em sua família. Considerou ruim o fechamento de escolas, parques e outros estabelecimentos, pois ele relata ter tido vontade de voltar para escola por não conseguir se divertir com seus amigos. Além disso, ele menciona não ter tido oportunidade de praticar esportes durante um tempo, porém, atualmente voltou às suas aulas de natação, judô e futebol na Instituição esportiva 1. Sobre a aula remota, C2 menciona ter gostado menos, porém, conseguiu realizar as atividades propostas pela escola. Frequentemente C2 relata sobre a vontade que sentia de voltar para escola, e ficou triste pelos estabelecimentos terem fechado. Antes das aulas voltarem, C2 não conseguiu se encontrar e nem conversar com os amigos. Usou computador para realizar suas aulas, mas também para ver imagens e desenhar, porém, o uso era mais voltado ao estudo. Para ter uma boa vida, C2 menciona que precisa de amigos e família e considera ter uma vida boa. E que tem uma boa QV, apesar disso relata que a pandemia piorou a QV pois não conseguia mais ver os amigos, fora a aula *online*.

**Criança 3: “É uma doença que está matando muitas pessoas no mundo todo.”**

Realizada entrevista com C3 e sua mãe M3 por videochamada. C3 é masculino, preto, possui 9 anos e está no 4º ano do ensino fundamental. É asmático e faz uso contínuo de salbutamol. Vive com sua mãe, M3 e seu pai. Possui irmãos mais velhos que não moram mais com ele. Quando foi diagnosticado com COVID-19, C3 apresentou febre e coriza, mas não precisou de atendimento médico. Além da criança, sua mãe e seu pai também foram infectados. M3 é preta, casada, do lar, e possui 43 anos. Mencionou que em 2019, C3 precisou de acompanhamento psicopedagógico devido à queda no aprendizado, porém, não necessita mais de nenhum acompanhamento de saúde ou educacional. Além disso, informou que durante a pandemia não houve mudança comportamental da criança, porém, o desempenho escolar sofreu devido à falta de atenção e dificuldade de C3 focar na aula. Ao ser perguntado sobre a COVID-19, C3 relata que se trata de uma doença que está matando muitas pessoas em todo o mundo, e obteve essa informação assistindo ao jornal e com seus pais. Mencionou ainda algumas medidas de prevenção da doença. C3 relata, que ao ser infectado pelo novo coronavírus ficou muito mal durante dois dias, com febre e sintomas gripais, entretanto não menciona nenhuma mudança em sua rotina ou vida durante esse período de infecção. Conta que tiveram alguns momentos em que o mesmo teve medo que sua avó, que também teve Covid-19, morresse. Sobre ter se infectado, C3 menciona medo, porém, não soube explicar o motivo. Sobre o distanciamento social e o fechamento dos estabelecimentos e instituições, C3 relata que achou certo, pois esses lugares são os que mais aglomeram pessoas, entretanto não gostou muito, pois ele não podia sair. Para se divertir, entretanto, a criança relata que frequentava a casa de sua avó e podia aprender a andar de bicicleta, porém, não conseguia se divertir da mesma maneira, como quando comparado no período pré-pandemia, pois, na sua opinião mudou o contato com as pessoas e a possibilidade de sair. As aulas de C3 durante a pandemia aconteceram no modelo ERE. Ele relata não ter gostado, pela dificuldade de prestar atenção na aula e prefere estudar presencialmente. Além disso, expõe a dificuldade de realizar as lições de casa, e contava com a ajuda dos pais continuamente para apoiá-lo no dever. C3 possui celular e computador e utiliza ambos para estudar e brincar. Em seu discurso conta que desde o início da pandemia aumentou o tempo em que tem ficado no celular. Além disso, utilizou o *Whatsapp*<sup>10</sup> para conversar com seus amigos e jogar *online*. Antes da pandemia,

---

<sup>10</sup> *WhatsApp*<sup>®</sup> é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. (<https://www.whatsapp.com>)

C3 praticava natação e *Muay thai*<sup>11</sup>, com as restrições ele passou a praticar *muay thai* na cobertura do apartamento com seu pai. Na época da entrevista, o esporte já tinha voltado. Quando perguntado sobre o que acha dos dias desde o início da pandemia, C3 relata preferir vida antes, por não precisar usar máscara e nem ter todos os cuidados demandados atualmente. C3 reconhece, hoje, ter uma vida boa, e identifica que para sua vida melhorar a pandemia de COVID-19 deve acabar. Quando perguntado sobre a QV, não soube dizer o que era, porém, após explicado C3 considera ter uma boa QV, e revela que não houve impacto pela pandemia.

**Criança 4: “Depois que eu curei eu não tive mais nada.”**

Realizada entrevista com C4 e sua mãe, M4. C4, sexo feminino, branca, 9 anos, cursando o 4º ano. Não possui comorbidade e não usa medicação contínua. Ao ser infectada pelo novo coronavírus, C4 apresentou cefaléia e não necessitou de atendimento médico. Vive com sua mãe M4, seu pai e irmão. Todos foram infectados. M4 é dentista, branca, casada e possui 43 anos. Relata que durante a pandemia C4 ficou mais ansiosa e o desempenho escolar da criança também mudou, a criança ficou mais dispersa, escrevendo pouco e apresentando dificuldade na caligrafia. Na época da entrevista C4 já havia retornado às aulas presenciais. Quando perguntada sobre o que é o coronavírus, C4 relata ser um vírus em que a pessoa pode ou não apresentar sintomas e que para prevenir a infecção deve-se usar máscara, respeitar o distanciamento social e lavar as mãos. Conta que aprendeu sobre o coronavírus na televisão e com seus pais. Quando se infectou, C4 menciona ter sentido dor de cabeça todas as noites e fraqueza. Não se recorda sobre o que teve que fazer de diferente quando ficou doente e relata que nada mudou em sua família desde então. Sobre as medidas restritivas e fechamentos dos estabelecimentos, C4 achou ruim, pois não tinha muitas opções do que fazer caso saísse de casa. Além disso, durante a pandemia quis sair, andar de bicicleta, ir às lojas, cinema e não era possível. Conta ainda não ter conseguido se divertir na pandemia da mesma maneira que se divertia antes, pois tudo antes da pandemia era bom, podia sair para festas e cinema e atualmente é preciso usar máscara. Essa situação a deixava triste e com raiva, pois, segundo C4, em sua casa não havia tantas opções de atividades. Para ela, esses sentimentos acontecem pela falta de contato com outras pessoas. O que ajudou C4 a ficar feliz foi desenhar, inclusive ela refere que melhorou muito seus desenhos desde o início da quarentena. C4 sente falta dos

---

<sup>11</sup> Muay thai ou boxe tailandês, é uma arte marcial originária da Tailândia, onde é considerado desporto nacional (VAIL, 2014).

amigos, desde o início da pandemia ela se encontrou somente com os amigos do prédio. Conta que com os outros colegas conseguem conversar e brincar por videochamada, porém, não gosta da experiência, pois prefere conversar presencialmente. Durante a pandemia as aulas foram remotas, e C4 refere uma experiência negativa, por ser difícil prestar atenção. Para o estudo, conversar com os colegas e jogar, C4 utiliza computador e celular, e relata passar mais tempo nesses dispositivos desde o início da pandemia, porém, ela reconhece que o tempo exacerbado de tela não faz bem. Durante toda a pandemia, C4 relata ter conseguido praticar exercícios físicos, ela faz natação e ginástica, e para se cuidar usa máscara. C4 considera ter uma boa QV, porém, indica que piorou com a pandemia. Entretanto, não soube explicar o motivo.

**Criança 5: “*Eu tenho muito medo de pegar de novo, tenho medo de alguém pegar.*”**

Realizado entrevista por vídeo chamada com C5 e sua mãe M5. C5, sexo feminino, branca, 8 anos, cursando o 3º ano. Não possui nenhum problema de saúde e não faz uso de medicação contínua. Ao ser infectada pelo novo coronavírus, C5 apresentou coriza, cefaléia, inapetência e precisou de atendimento médico apenas por teleatendimento. A criança vive com sua mãe M5 e intercala passando dias também na casa de sua avó, onde mora a avó, um tio e uma tia, porém, a maioria de seus dias é na casa de sua mãe. Todos os membros familiares foram acometidos pela COVID-19. Na família de C5, sua tia-avó foi acometida pela forma grave da doença e faleceu e a data coincidiu com o aniversário da criança. A mãe de C5, M5 é empresária, branca, solteira, e tem 32 anos. Ela relata que durante a pandemia, o fechamento do comércio tornou a pandemia ainda mais difícil para a família. M5 não percebeu nenhuma mudança no comportamento de sua filha durante a pandemia, porém, relata uma queda no desempenho escolar, por estar aprendendo menos. C5 faz acompanhamento psicológico, segundo a mãe, pela criança não viver com o pai. Na época da entrevista C5 estava estudando pelo modelo ERE e as aulas de sua escola ainda não tinham retornado. Ela estuda em uma escola privada e não recebe bolsa. Quando perguntada sobre o coronavírus, C5 diz ser uma doença que afeta crianças, adultos e idosos e pode inclusive matar. Para prevenir a infecção, a criança cita que se deve evitar aglomerações, lavar a mão, usar álcool em gel e sair apenas se necessário. Segundo ela, aprendeu sobre o coronavírus no jornal e com sua avó, que sinaliza sempre ao tio que ele não deve sair de casa. Quando ficou doente pelo vírus, C5 relata ter ficado em casa e não ter ficado perto de ninguém. Sentia muita

dor de cabeça, não queria comer, o nariz ficava escorrendo e teve um dia de febre. Menciona ainda que teve que lavar as mãos e passar álcool em gel várias vezes ao dia. Além disso, à época da infecção C5 perdeu sua tia-avó durante a pandemia, e relata ter ficado bem triste com a situação. Sobre o fechamento das escolas, parques e outros estabelecimentos, C5 refere que concordou com a medida, caso contrário, muitas pessoas iriam se infectar nesses lugares. Dessa forma, impedida de sair para os lugares que gostava, C5 conta que ficou em casa brincando com as primas que a visitam ocasionalmente, ou vendo filmes, arrumando guarda-roupa, brincando e passando um tempo com seus animais de estimação. Entretanto, mesmo com essas atividades ela não conseguiu se divertir completamente, como fazia antes. Isso porque C5 achava mais legal quando podia ir para escola e permanecer lá durante toda a tarde e seguir com a rotina que fazia antes ao chegar em casa. A escola é o que C5 sente mais falta, gostava do momento do recreio, de ficar com os amigos e das aulas de educação física. Refere sentir falta também de sua professora. Com as aulas *online* C5 não tem gostado muito, isso porque segundo ela não dá para aprender e relata alguns desafios das aulas *online* como, por exemplo, a professora não conseguir ouvir direito o que os alunos falam, alunos com microfone aberto atrapalhando a aula e conversas paralelas no chat, o que dificultava acompanhar a aula. Tentando superar esses desafios, a criança conta que durante as aulas tentava prestar atenção na professora e não ligar para os colegas conversando, além disso, tentava falar mais alto para a professora escutar. Nas atividades escolares, C5 encontrava também certa dificuldade e contava em algumas situações com a ajuda de sua mãe. Para estudar C5 utiliza o computador. É o único dispositivo de tela que ela tem disponível e o utiliza também para brincar e ler histórias em quadrinho. Menciona que tem ficado mais tempo no computador durante a pandemia e acha ruim às vezes, pois para ela isso pode causar problemas de visão e até deixar cego. Desde o início da pandemia C5 não conseguiu realizar algumas atividades das quais gostava, como, por exemplo, ir para escola, passear com seus animais de estimação e ir ao parque. Não podendo realizar essas atividades, C5 se distrai em casa, às vezes mexendo no computador, vendo televisão, brincando, ou ficando com seus animais. A única atividade física que C5 consegue realizar é correr no quintal de casa e poucas vezes consegue ir até a pracinha próxima de sua casa. em relação à quarentena, C5 relata sentimentos como tristeza e raiva por não poder ir para escola ou sair para onde deseja e por ter que usar a máscara, pois segundo a criança a deixa sufocada e sem ar. Para C5 esses sentimentos acontecem porque as pessoas ficam muito presas e sozinhas, sem falar com ninguém durante a pandemia. Em sua família, C5 conta que sua avó esteve constantemente

brigando com seu tio, por se desentenderem em relação aos cuidados com a pandemia. Depois que ficou doente, ela tem medo de pegar o vírus de novo e outra pessoa da sua família morrer e sente-se mais triste desde a infecção. Acha sua vida meio entediante e chata por não se divertir da mesma maneira. Além disso, o contato que conseguia manter com os amigos era através do telefone de sua mãe M5, caso contrário só via suas amigas durante a aula *online*. Para ser uma criança feliz, C5 deseja que o coronavírus acabe, para que possa voltar para escola, sair para os lugares e que não existam mais mortes ou doenças. A criança refere que QV é que algumas pessoas têm menos condições de vida e outras têm mais. Menciona QV como ter dinheiro para comprar alimentos, ter trabalho e felicidade. Considera ter uma boa QV, porém, reconhece que a pandemia piorou essa qualidade e justifica que está difícil ganhar dinheiro e pelo excesso de brigas. Como sua mãe é empresária, C5 relata que ninguém tem comprado nada com o coronavírus, justamente por também não terem trabalho e não conseguir gastar dinheiro e que isso está dificultando a aquisição de dinheiro em sua família.

***Criança 6: “Na minha família algumas pessoas estão ficando com corona e passando pra outras pessoas.”***

Realizada entrevista por vídeo chamada com C6 e sua mãe M6. C6 é do sexo feminino, preta, possui 7 anos e cursa o 2º ano. Não possui comorbidades e não necessita de medicação de uso contínuo. Em sua infecção por COVID-19, C6 apresentou tosse e não necessitou de atendimento médico. A criança vive com seu pai e sua mãe, que também foram infectados. Segundo M6, P6 precisou ficar internado por alguns dias pois durante a infecção desenvolveu um quadro de convulsão, mas se recuperou bem. M6, é Educadora Física, possui 38 anos, é preta e casada. Relata que durante a pandemia C6 ficou mais ansiosa e seu desempenho escolar diminuiu, pois C6 tem tido dificuldades de concentração. No momento da entrevista havia 15 dias que as aulas de C6 haviam retornado presencialmente. Antes disso, estava estudando *online* em aula remota, sua escola é particular e não recebe bolsa. Sobre o coronavírus, C6 conta que é um vírus que está fazendo muitas pessoas ficarem mal, deixando-as internadas no hospital e por vezes elas podem morrer. em relação à prevenção, a C6 menciona algumas medidas sanitárias como lavagem das mãos, uso de máscaras e distanciamento, conta ter aprendido sobre a pandemia com sua mãe e seu pai. Quando ficou doente pelo vírus, C6 queixou-se apenas de tosse e conta que nesse período precisou usar máscara e ficar longe da avó ao visitá-la, mas que o restante da rotina foi normal. Ao ser

perguntada sobre sua opinião em relação ao fechamento das escolas e outros estabelecimentos, C6 não achou muito legal, pois lugares como o zoológico que ela gostava de passear, estavam fechados. Além disso, a criança conta não poder visitar sua melhor amiga e nem frequentar a escola. Para C6 a escola foi o que ela mais sentiu falta, de estudar e brincar no recreio. Achou a experiência de estudar *online* diferente. Aproveitava o intervalo da aula para jogar no celular ou conversar com os amigos. Conta que não teve dificuldade no dever de casa e sua mãe ajudava a realizar as atividades. C6, possui celular e usa o computador de sua mãe às vezes e utilizava os aparelhos para estudo e para se divertir. Com o celular conseguiu conversar com os amigos. Acredita que desde o início da pandemia tem ficado mais no celular do que brincando com seus brinquedos, e acha isso legal pois o celular tem diversos jogos que C6 gosta. Relata que durante a pandemia sua mãe tem estado brava, justificando que tem aprontado ao tentar se divertir. em relação à atividade física, a criança ficou um tempo sem praticar exercícios, porém, nos últimos meses já consegue realizar exercícios com sua mãe. Relata que gosta mais dos seus dias antes da pandemia pois podia passear. Com o início da pandemia, C6 e sua família conseguem ir algumas vezes à praça pública próxima de sua casa. C6 conta que quando se infectou pelo vírus, inicialmente, ficou triste, depois passou a achar normal. Teve medo de morrer, assim como via milhares de pessoas morrendo e com medo de passar para o restante da família. Para ser feliz, C6 conta que precisa jogar no celular e brincar, mas não precisa de felicidade porque já nasceu feliz. Para ela, possui uma boa QV, pois quando quer comprar uma comida o pai compra. Entretanto, agora, algumas pessoas de sua família estão ficando doentes e passando para outras pessoas.

**Criança 7: “*não dá pra sair de casa.*”**

Realizado entrevista com a criança C7 e sua mãe M7. C7, sexo masculino, 8 anos, pardo, cursando o 3º ano. A criança não possui nenhum problema de saúde e não usa medicação contínua. Com a infecção pelo SARS-CoV-2 ele teve febre, manchas pelo corpo e precisou ser atendido no Centro de Saúde de referência. Além de C7, sua mãe M7, irmã, pai, avós, todos também foram infectados. M7 tem 48 anos, é cozinheira e atualmente está desempregada, branca e legalmente casada, porém, está em processo de separação do pai de C7, ela conta que a separação dos dois se deu durante a pandemia. C7 mora com a mãe e outros dois irmãos, eles vivem no mesmo lote que os avós, todos foram infectados. Em sua casa, atualmente somente uma pessoa trabalha (irmão). A família conseguiu o benefício da

cesta básica e quatro parcelas do auxílio emergencial disponibilizado pelo governo. A aula presencial de C7 não tinha retornado no momento da entrevista e a mãe tinha receio de que retornasse por medo da infecção pelo vírus. Durante a pandemia, a criança estudou por apostilas que a mãe buscava e entregava na escola. M7 não percebeu mudanças no comportamento de C7 durante a pandemia, entretanto conta que o desempenho escolar não é a mesma coisa. Como a criança estuda por apostila, a mãe não tem tempo de ajudar totalmente no aprendizado, pois ela tem que trabalhar. Sobre o coronavírus, o C7 conta que é um vírus que infecta e mata as pessoas. Para ele, uma maneira de prevenir a infecção é se vacinar, ficar em casa e usar a máscara. Sobre os estabelecimentos fechados, o C7 achou ruim, pois o bar onde ele comprava um salgadinho que gosta estava fechado. Além disso, não tem restaurante. Conta que consegue se divertir da mesma forma, pois faz uso do celular. Achou o modelo de estudo a distância legal e relata não ter tido dificuldade. em relação à não poder fazer o que deseja durante a pandemia, a criança refere não ter sentimentos como tristeza ou raiva, para ele o que ajuda a ficar feliz é o celular que ele usa para jogar. Conta que desde que começou a pandemia tem passado mais tempo no celular e acha isso legal. Durante a quarentena C7 fez ginástica na sala de sua casa. Para brincar ele conseguiu se encontrar com sua prima durante a pandemia e os dois jogam e brincam no celular.

C7 refere que sua vida é boa e desde que pegou o vírus se sente normal e não sentiu medo. Para ter uma vida legal, C7 menciona que precisa de brincar e que para sua vida melhorar ele deseja que a COVID-19 acabe. C7 relata que possui uma boa QV, porém, a pandemia piorou pois não dá para sair de casa.

**Criança 8: “Eu achava que em 2021 o coronavírus ia acabar e eu achei que eu ia fazer uma megafesta pra todo mundo que perdeu parentes.”**

Realizada a entrevista com a criança C8 e sua tia T8. C8 é do sexo masculino, branco, 9 anos e está cursando o 4º ano. C8 possui bronquite e faz uso contínuo de salbutamol e corticoide. Em sua infecção pelo coronavírus apresentou sintomas como febre e coriza, precisou de atendimento médico sem necessidade de internação. Além dele, outras 2 tias também foram infectadas. C8 foi cuidado pela avó materna desde o nascimento até os 4 anos, quando a avó faleceu. Desde então ele mora e é cuidado pelas tias que são responsáveis por seu cuidado. A tia T8 mora no apartamento vizinho e é quem cuida de C8, pois as outras tias são idosas, uma delas, inclusive, é acamada. T8 é psicóloga, casada, branca e possui 39 anos.

Relata que durante a pandemia C8 passou a comer mais e o desempenho escolar piorou, passou a ter desinteresse e desatenção. No momento da entrevista as aulas da escola de C8 já tinham voltado ao modelo presencial, entretanto ele ainda estava em ERE com aulas *online* e não tinha pretensão de voltar ao modelo presencial. Para o C8, em relação ao coronavírus, ele conta que algumas pessoas agem como se fosse uma gripe, e que apesar dos sintomas semelhantes, a COVID-19 mata muita gente, não tem cura e se espalhou para o mundo todo. Quando perguntado como aprendeu sobre a pandemia, C8 conta que é muito esperto, sabe muito sobre ciências e assiste a diversos vídeos sobre o assunto e às vezes vê na televisão. Para prevenir a infecção, o C8 menciona a importância de evitar sair na rua, usar álcool, lavar as mãos com sabão, evitar contato com pessoas sintomáticas, usar máscara e o distanciamento social. Conta que quando foi infectado pelo coronavírus usou máscara o tempo todo e evitou contato. Nesse período C8 relata que utilizou o computador e assistiu televisão, e que precisou dormir separado de sua tia. em relação à infecção refere ter se sentido triste e com raiva. Sentiu raiva das pessoas que transmitiram o vírus, de não ter havido um bloqueio para evitar a propagação entre os países e para isso relata que não deviam ter deixado os aviões passarem entre os países. C8, em sua entrevista, conta que desde que ficou doente pelo vírus nunca mais foi para casa de seu pai, pois segundo ele, o pai está mal informado, acha que o coronavírus já acabou. Sobre o fechamento das escolas e outros estabelecimentos, o C8 não concorda com a volta às aulas obrigatoriamente, pois segundo ele as crianças ainda não foram vacinadas. Além disso, ele sente-se mais seguro assistindo às aulas *online*. em relação à essa experiência C8 conta não aprender quase nada e conta que o que ele aprendeu de verdade é no computador. Menciona utilizar o computador para assistir vídeos, jogar e traduzir textos em inglês. Não considera que tenha ficado mais tempo em tela durante a pandemia, pois seu pai tem o acompanhado para andar de patinete na rua quase sempre. Com a pandemia, C8 conta que não conseguiu ir no aniversário de sua prima, pois o mesmo foi cancelado e relata que sentiu-se triste com a situação. Achava que em 2021 o coronavírus iria acabar e teria uma grande festa para todas as pessoas que perderam parentes. Conta que ainda tinha esperança, entretanto agora acha que isso nunca vai acabar. Ficar em casa, sem poder brincar pode deixar a pessoa chateada e com raiva. C8 conta que, quando estava infectado, uma amiga de seu prédio o chamava frequentemente para brincar, mas ele ficava com medo de dizer que estava com COVID-19 e ela nunca mais querer brincar com ele, por isso C8 resolveu não contar e dizia à amiga que suas tias não o deixavam sair. Para se divertir na pandemia, C8 relata usar a imaginação, imagina estar fazendo outras coisas. Como exercício ele anda de patinete na rua,

joga tênis e se protege usando máscara. C8 prefere seus dias antes da pandemia. Segundo ele, antes fazia mais passeios, além disso agora tem muitos cuidados como usar máscara e álcool em gel. Somado a isto, C8 conta que o deixa triste ver tantas pessoas morrendo pelo coronavírus. Para ser uma criança feliz, C8 diz que gosta muito de suas tias, família, mas celular, brincadeiras, computador e televisão também o fazem feliz. Para sua vida melhorar ele gostaria que o coronavírus acabasse, pois ver as pessoas morrendo e não poder fazer nada o deixa triste. Ele conta que faz oração e diz que as pessoas devem colaborar. C8 entende QV como ter saúde, uma vida feliz, com amigos e significa uma vida com qualidade. Quando perguntado, ele considera ter uma boa QV, mas conta que a pandemia piorou sua QV por ter que usar máscara e ter mais obrigações.

**Criança 9: “*eu to com muita saudade das minhas amigas...*”**

Realizada entrevista com a criança C9 e sua mãe M9. C9 tem 9 anos, é parda e cursa o 4º ano. Não possui nenhum problema de saúde, porém, sua mãe relata que ela usa calmante manipulado, prescrito pelo médico e vitamina D. Ela mora com sua mãe M9, 34 anos, parda, solteira e desempregada e com a companheira de sua mãe. Atualmente apenas a companheira de M9 trabalha, e C9 recebe como benefício a pensão alimentícia de seu pai. Além disso, M9 recebeu um mês de Auxílio Emergencial do Governo. Quando C9 teve COVID-19 apresentou sintomas como febre e distúrbios gustativos e não necessitou de atendimento médico. Outros familiares também foram infectados e um tio de C9 faleceu em decorrência da doença. M9 faz acompanhamento no CAPS de sua regional para tratamento de sua ansiedade e depressão. Durante a pandemia, M9 não percebeu mudanças no comportamento de C9, entretanto, com o estudo a distância por meio de aulas remotas e apostilas, considera que C9 teve mais dificuldade de aprendizado e está escrevendo errado. Em sua entrevista, C9 conta que o coronavírus é uma doença que dominou o mundo e pode deixar as pessoas internadas ou até mesmo matar. E indica alguns cuidados como usar álcool em gel, máscara e ir para rua apenas se necessário. Além disso, ainda sobre o coronavírus, C9 conta que não pode mais ir à escola, ver os amigos, abraçar e relata estar com muita saudade de suas amigas, que só tinha contato durante as aulas por vídeo da escola. Em seu discurso, C9 relata que durante a infecção pelo coronavírus ficou com muito medo de morrer e chegou a pensar que não iria melhorar. Conta que quando sua tia teve COVID-19 ficou muito triste, pois não podia abraçá-la. E durante esse período de infecção refere que passou por um “isolamento total”. Não podia sair e ninguém

podia visitá-la em casa e quando vinham, ela precisava ficar dentro do quarto. Nesse contexto de confinamento, pela infecção, C9 ficava em seu quarto brincando no celular ou com suas bonecas. Para C9, nada mudou em sua família desde a infecção. Sobre o fechamento das escolas e dos estabelecimentos ela menciona ter ficado triste. A igreja que frequenta fechou por um tempo, durante a pandemia, entretanto, no momento da entrevista, já havia voltado a funcionar e C9 e sua família vão à igreja toda sexta-feira. Ela conta que ama ir à igreja, pois sente alegria e a ajuda a ficar feliz. Durante a pandemia, C9 não conseguiu se divertir como antes. Ela relata que ficava sem brincar com os amigos da escola, e em casa só tinha ela, não podia ter outras crianças. Entretanto, algumas vezes conseguia brincar com uma amiga na área comum do prédio e conseguia se divertir. C9 conta que quis ir ao Zoológico, e com o início da pandemia não conseguiu ir e isso a deixava triste. Para ficar feliz, em alguns momentos ela conseguia ir em um parquinho que tem próximo de sua casa. Além disso, conta que sua tia ia ao supermercado e comprava pipoca de microondas e ela assistia desenhos, fingindo estar no cinema. Sobre estudar a distância, C9 achou muito complicado. Segundo ela, a maioria das vezes tinha atividades que não sabia fazer. Quando tinha dúvidas falava com M9, caso não conseguissem resolver mandavam mensagem para a professora, que ajudava. C9 possui um celular que usa para ver vídeos e mexer nas redes sociais e usa o celular de sua mãe para estudar. Conta que tem ficado mais tempo usando este dispositivo desde o início da pandemia, e conta que quando o celular descarrega ela vai direto para televisão. Quando perguntada se conseguiu realizar exercícios físicos durante a pandemia, C9 conta que baixou um aplicativo para perder gordura em seu celular e que com ele faz alguns exercícios em casa. Além disso, segundo ela, perto do CRAS que sua mãe frequenta possui um campo com academia e ela aproveitou para realizar exercícios. Ademais, ela leva seu animal de estimação para tomar sol caminhando pelo prédio. Refere que todas essas atividades ela faz de máscara. C9 gostava de sua vida mais antes da pandemia, pois gostava de brincar e sair. Conta que nada mudou em sua vida desde a infecção pelo vírus, mas que sentiu medo pois, no início, viu a situação de pandemia como uma “guerra mundial”. Para ser feliz C9 precisa de amor e carinho. Segundo ela, possui uma boa QV, porém, não soube dizer porquê e nem se a pandemia melhorou ou piorou essa QV.

**Criança 10: “a gente tomou mais cuidado pra não ter o risco de pegar de novo.”**

Realizada entrevista com C10 e M10. C10 tem 9 anos, sexo feminino, branca e cursa o 4º ano. A criança é asmática e possui relato de retirada de pólipos displásicos no intestino, além disso, possui histórico familiar de câncer de intestino. Faz uso contínuo de salbutamol, clenil e avamys. Realiza acompanhamento regular com pneumologista e gastroenterologista. Durante a pandemia foi levada a emergência mais de 2 vezes devido à crise asmática. Além disso, no momento, precisou realizar exames de acompanhamento, que não foram possíveis de serem agendados devido ao distanciamento social. Ao ser diagnosticada com COVID-19, C10 apresentou dispnéia, tosse, mialgia, sibilo e precisou ir ao pronto atendimento, em que foi realizado Raio-x identificando vidro fosco, com 25% de comprometimento pulmonar, entretanto a criança não precisou ser internada e foi orientada a tratar em domicílio. C10 vive com sua mãe M10, seu pai e irmão. Todos foram infectados pelo coronavírus e estavam assintomáticos. M10, 42 anos, parda, casada, Técnica de Enfermagem, conta que durante a pandemia percebeu C10 mais indispostas e o desempenho escolar diminuiu, citando desatenção, desinteresse, e queda das notas. C10 estuda em escola particular, recebe bolsa parcial de 50%, durante a pandemia estudou no modelo ERE e no momento da entrevista as aulas presenciais já haviam retornado. Sobre o coronavírus, C10 conta que é um vírus que pode provocar falta de ar, febre e gripe e que, em seu caso, teve ainda dor no pulmão. Para medidas de prevenção da infecção, C10 cita o distanciamento, uso de máscara, álcool em gel, evitar aglomerações e lavagem das mãos. Conta que quando ficou doente pelo vírus não saía de casa e ficou separada do restante da família, menciona ter sentido muita falta de ar, tosse e o nariz ficava muito seco. Desde que ficou doente pelo coronavírus, C10 conta que ela e seus familiares passaram a ter mais cuidado, especialmente sua mãe M10 que é profissional da saúde, começou a ficar mais atenta. Em relação ao fechamento das escolas e outros estabelecimentos, C10 conta não ter gostado muito. Menciona que muitas vezes ficou triste, pois gostava de sair, porém, entendeu a necessidade. Além disso, mesmo com o distanciamento social, C10 considera que conseguiu se divertir da mesma forma, fazendo chamadas de vídeo com os amigos, vendo séries e filmes. Sobre o ensino ERE, C10 teve aulas *online* e não achou muito legal. Para ela foi difícil compreender o conteúdo, além de se deparar com desafios de conexão e falhas de microfone. Em caso de dúvidas, C10 mandava mensagem no chat das aulas, no *Whatsapp*® de sua professora ou contava com o apoio de uma professora particular que seus pais contrataram para ajudá-la. C10 conta que, quando queria fazer algo e não podia pela pandemia ela e sua família tentaram criar estratégias, como, por exemplo, caso ela quisesse ir ao cinema, ela assistia filme *online*, ou quando queria tomar

um sorvete comprava no caminhão de sorvete que passava em frente sua casa. Com as aulas presenciais de volta, C10 conta que achou muito bom, por passar um tempo com os amigos, mas também porque entende melhor os conteúdos. Para ela, a parte ruim é ter que usar a máscara o tempo todo durante as aulas. Para C10, o que a ajuda a ficar feliz é conversar com seu irmão. Além disso, ela conta que seus pais tentaram fazer de tudo para que ela pudesse se divertir e não ficasse tanto tempo na internet, e que ela prefere brincar do que ficar na internet. Entretanto com a pandemia, C10 conta que tem passado bastante tempo em tela, mas que por vezes brinca sozinha. Quando perguntada sobre exercícios físicos durante a pandemia, C10 conta que na aula *online*, a disciplina de Educação Física os estimulava a treinar, pular corda e realizar outros exercícios. C10 tem gostado mais dos seus dias desde o início da pandemia, pois está passando mais tempo com a família. Mas consegue ver pontos negativos, como não poder mais sair, ver toda a família, amigos e dificuldade no aprendizado causados pela pandemia. Durante a pandemia teve medo de ficar internada e entubada. Para ser uma criança feliz, C10 conta que precisa de amor, carinho e diversão e considera ter uma vida boa. Quando perguntada sobre sua QV, C10 relata ter uma boa QV, porém, conta que a pandemia piorou pois muitas coisas mudaram como a escola e os passeios.

***Criança 11: “Uma doença que pegam pessoas, que podem levar ao hospital ou também ficar em repouso em casa.”***

Realizada entrevista com C11 e sua mãe M11. C11 é do sexo masculino, 8 anos, branco e cursa o 3º ano. Possui histórico de dislipidemia, porém, não usa medicação contínua. Quando infectado pelo coronavírus, o C11 apresentou-se assintomático. Além dele, sua mãe M11, seu pai, avós e tias também foram infectados pela doença. C11 perdeu a avó paterna e uma tia em função da COVID-19. Sua mãe, M11, 39 anos, relações públicas, casada e parda, também foi assintomática. M11 conta que durante a pandemia percebeu C11 mais ansioso e sem energia, além disso, a criança apresentou uma regressão do desempenho escolar, as notas caíram e C11 teve mais dificuldade. A criança estuda em colégio particular que durante a pandemia teve aulas *online* no modelo ERE. No momento da entrevista, as aulas da escola de C11 já haviam voltado presencialmente parcialmente, entretanto a criança não havia retornado. Quando perguntado sobre o coronavírus, o C11 conta ser uma doença que pode deixar pessoas se recuperando em casa ou precisarem de hospital e para prevenir, C11 diz que é preciso ficar em casa e ficar tomando os remédios. Conta, que quando ficou doente pela

COVID-19 parou um pouco de estudar e não pode sair para nenhum lugar. Sobre a necessidade de diversos estabelecimentos ficarem fechados durante a pandemia, C11 relatou que sentiu uma tristeza e felicidade. Tristeza por não poder passear e felicidade pois ia ajudar a acabar com o vírus. Mesmo com as medidas de distanciamento, C11 considera que conseguiu se divertir da mesma forma. Relata que ficava no quarto vendo televisão e brincando do tablet. em relação à experiência do ERE, C11 a definiu como chata, pois para ele a escola é para estudar e casa deveria ser para ficar livre. Conta ainda que teve mais dificuldade. Além disso, após descobrir que o 3º ano escolar possui reprovação, menciona ficar mais nervoso e tirar menos pontos nas provas. C11 conta que durante a pandemia quis viajar, ir para clubes e piscinas e devido ao cenário de distanciamento não pode realizar essas atividades. Sobre essa situação mencionou ficar triste, mas realizava atividades como assistir televisão e jogar o ajudam a ficar feliz. A criança conta que durante a pandemia seu pai e sua mãe brigaram muito, e para ele isso acontece porque eles possuem opiniões diferentes. Em relação ao uso de dispositivos eletrônicos, C11 tem acesso a televisão, celular e tablet e usa para estudar e para jogar. Conta que gosta de brincadeiras tradicionais, mas que também gosta de brincar e jogar com esses dispositivos. Durante a pandemia C11 não praticou esportes, uma vez que a natação que fazia parou devido à situação do coronavírus. Entretanto, a família de C11 possui um sítio em que ele consegue se reunir com o primo, podem brincar ao ar livre e nadar na piscina do local. C11 gosta mais da vida após a pandemia. Segundo ele, antes precisava usar o celular de sua mãe, por isso, não brincava quando queria. Por outro lado, agora ele possui o próprio tablet e pode brincar à vontade. Entretanto, ele consegue identificar coisas que gostava no período anterior a pandemia como poder viajar. Durante a infecção pelo vírus, C11 conta que ficou com medo de ir para o hospital e medo de M11 morrer. Ele conta que a maioria de seus parentes precisou ficar internado e que sua avó morreu. Relata que com seus pais vacinados ele ficou mais tranquilo, pois dessa forma, ele como criança fica mais seguro. Para brincar com os amigos, C11 encontrava os colegas em jogos *online*, e gostou da experiência, porém, relata que às vezes a ligação caía, atrapalhando a brincadeira. Para ser uma criança feliz, C11 menciona que precisa de televisão, jogar, brincar e conversar *online* e menciona que nada precisa melhorar em sua vida. Segundo C11, ele possui uma boa qualidade de vida, e a pandemia piorou essa qualidade pois não pode ver os amigos presencialmente.

**Criança 12: “O coronavírus é um vírus do mal, que veio pra... deixar a gente de quarentena. E é um vírus muito contagioso e muito perigoso.”**

Realizada entrevista com a criança C12 e sua mãe M12. C12, sexo feminino, 9 anos, parda, cursando o 4º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Quando infectada pelo coronavírus apresentou tosse e coriza e não precisou de atendimento em nenhum serviço de saúde. Além de C12, seu pai e sua mãe, M12, também foram infectados. Nenhum deles apresentou a forma grave da doença. M12 possui 42 anos, é diarista autônoma, parda e casada. Conta que durante a pandemia sua demanda de trabalho diminuiu drasticamente e que a renda familiar tem sido majoritariamente de responsabilidade do marido, pai de C12. M12, conta ainda que percebeu em C12 ansiedade, agitação e inapetência desde o início da pandemia. Além disso, menciona que o aprendizado da criança diminuiu e está mais disperso. No momento da entrevista, as aulas presenciais de C12 ainda não haviam começado. Para C12, o coronavírus é um mal que se iniciou para deixar as pessoas em quarentena, além de ser um vírus muito contagioso e perigoso, que deixa as pessoas doentes e em risco de morrer. Para se proteger, C12 cita algumas medidas como uso de álcool em gel e máscara. Quando infectada pelo vírus, C12 teve que se manter isolada e conta que foi uma experiência ruim, pois não pode fazer nada além de utilizar o telefone. Para ela, nada mudou em sua família desde a infecção. Sobre a necessidade de alguns estabelecimentos precisarem ficar fechados, C12 menciona ter sido muito chato, pois não podia sair, só podia brincar sempre das mesmas coisas e sentiu muita falta dos colegas de escola. Para conversar com eles durante a pandemia, aproveitava o intervalo das aulas *online* e jogava *online*. Em relação ao ERE achou a experiência chata e não conseguiu aprender tão bem o conteúdo. Quando tinha alguma dificuldade pedia ajuda à professora ou à sua mãe. C12 conta que no período de pandemia sentiu raiva, pois não podia ver os colegas, brincar ou conversar. Para passar a raiva, a criança conta que às vezes ia para o sítio da família e lá conseguia brincar com os amigos da rua e andar de bicicleta. C12 relata que para ser feliz precisa do amor de seus pais e de toda sua família, a quem é muito apegada. em relação à dispositivos eletrônicos, C12 tem acesso a computador, tablet e celular, e os utilizou para assistir às aulas, mas também para jogar. Para ela, durante a pandemia tem ficado mais tempo sob uso desses aparelhos e acha isso chato, pois, segundo C12 é preciso aproveitar a natureza e a vida. Sobre realizar atividades ao ar livre e exercícios físicos, C12 tem conseguido andar de bicicleta na rua do sítio de sua família e andar a cavalo. A atividade que C12 mais gosta é andar a cavalo, pois

segundo ela é o que a faz relaxar. C12 conta que desde que pegou o vírus se sente mais triste, tem medo de se infectar novamente e desenvolver um quadro mais grave. Além disso, tem medo de precisar se isolar das pessoas que gosta, especialmente de sua mãe. Outro medo de C12 é de que a pandemia dure para sempre. Para ser uma criança feliz, C12 diz que precisa do fim do vírus. Considera que possui uma boa QV, mas identifica que a pandemia piorou pois o poder de compra de sua família diminuiu e ela teve essa percepção na compra de supermercado. Conta que o que mais gosta nessa pandemia é que pode ficar mais tempo junto de sua mãe, coisa que antes da pandemia não era possível, pelos horários de trabalho de M12. Para pandemias futuras, C12 dá duas dicas: que as pessoas parem de se aglomerar e que os chineses parem de comer morcegos.

**Criança 13: “Ele é... um bichinho, uma doença.”**

Entrevista realizada com a criança C13 e sua mãe M13. C13 é do sexo feminino, branca, 9 anos, cursando o 4º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção pelo coronavírus apresentou sintomas como febre, cefaleia e distúrbios gustativos. Não necessitou de atendimento médico. C13 vive com sua mãe, M13, seu pai e irmão. Todos foram infectados e nenhum deles desenvolveu a forma grave da doença. M13, tem 43 anos, é branca, casada e advogada, porém, tirou os dois últimos anos para cuidar das crianças, sendo o marido o único a trabalhar na família. Durante a pandemia, M13 não percebeu mudanças no comportamento ou desempenho escolar de C13. A criança estuda em colégio particular e não recebe bolsa. No momento da entrevista havia cerca de um mês que tinha retornado às aulas presenciais. Quando perguntada sobre o que é o coronavírus, C13 diz ser um “bichinho” que faz as pessoas ficarem doentes e que para evitar a infecção as pessoas precisam usar máscara, álcool em gel e higienizar as mãos. C13 conta que quando foi infectada pelo vírus se sentiu triste e teve medo de morrer. Para ela, desde a infecção nada mudou em sua família. Sobre o fechamento dos estabelecimentos em geral, C13 se sentiu triste por não poder ir ao parque ou ao *shopping*. Além disso, menciona ter sentido falta da escola. Para se divertir C13, conta que ligava para uma amiga do prédio e as duas se encontravam para brincar. Em relação ao ERE, C13 não gostou e descreveu a experiência como “chata”. Segundo ela, conseguia aprender a matéria, mas às vezes tinha dificuldades e contava com sua mãe para a ajudar. Para C13, durante a pandemia ela conseguiu se divertir como antes, porém, não conseguiu realizar algumas coisas como ir ao *shopping*, parque e

escola. O que a ajuda a ficar feliz é brincar, estudar e ir para escola. Sobre o uso de tecnologias na pandemia, C13 teve acesso ao computador, tablet e celular, e utilizou-os para brincar e estudar. Ficou mais tempo nesses dispositivos durante a pandemia do que no período pré-epidêmico, e achou isso bom. C13 vive em um apartamento com piscina e espaço ao ar livre, dessa forma conseguiu nadar, jogar futebol e realizar outras brincadeiras. Apesar disso, preferia sua vida antes da pandemia, segundo ela, antes não tinha risco de morrer, além disso, antes podia sair para diversos lugares. C13 considera que tem uma boa qualidade de vida.

**Criança 14: *“Eu ainda tenho medo. Meu amigo L, ele ta com umas primas que ta com coronavírus, ai eu to com medo de pegar também.”***

Realizada entrevista com C14 e sua mãe M14. C14, sexo masculino, branco, 7 anos, cursando o 2º ano. A criança não possui nenhum problema de saúde e não usa medicação contínua. Possui uma desordem no processamento auditivo e por esse motivo faz acompanhamento fonoaudiológico. Vive com sua mãe M14, seu pai e o irmão. Apenas C14 e seu pai tiveram resultados positivos, entretanto toda família apresentou sintomas. Os pais de C14 optaram por não contar à criança sobre o diagnóstico da COVID-19. Para M14, a situação poderia deixar a criança ansiosa, considerando que o único sintoma apresentado por C14 durante a infecção foi a cefaléia. M14, possui 42 anos, é branca, casada e é advogada da união. Durante a pandemia, percebeu C14 mais ansioso, além disso, relatou prejuízo no desempenho escolar do filho. Para ela, a criança teve dificuldade de manter a atenção nas aulas e foi necessário contratar um professor particular. C14 estuda em uma escola particular, não possui bolsa e no momento da entrevista já havia retornado ao estudo presencial. Para o C14, o coronavírus é um vírus que fica em vários lugares e que a pessoa se infecta encostando no mesmo lugar que pessoas infectadas estiveram. Para se proteger, ele menciona a importância de manter distância social. Segundo C14, desde o início da pandemia muitas coisas mudaram em sua família: não podem mais viajar e para descer no prédio onde mora necessita marcar horário. C14 define essa situação como “chata” e com isso, para se divertir ele brinca e assiste televisão. Quando C14 quis fazer algo e devido à pandemia não foi possível se sentiu triste. Em relação aos estudos, definiu a experiência do ERE como “diferente”, pois ficava longe dos colegas e estudava sozinho. Prefere o ensino presencial, porém, percebeu pontos positivos na aula *online*, pois em algumas matérias ele tinha mais

silêncio para prestar atenção. Sobre o fechamento dos estabelecimentos, C14 conta que se sentiu triste e ler o ajudava a ficar feliz. Nesta pandemia tem usado tablet para estudar, jogar e assistir desenhos. C14 considera estar passando mais tempo utilizando o aparelho durante a pandemia por não ter muito o que fazer, porém, considera a situação ruim, pois provoca dores de cabeça. Durante a pandemia, conseguiu realizar alguns exercícios na quadra do prédio e para isso ficou de máscara o tempo todo. C14 conta que tem muito medo da COVID-19. Considera ter uma boa vida e cita que para melhorar precisa que o coronavírus acabe. Diz possuir uma boa QV, porém, a pandemia tem melhorado e piorado essa qualidade. Para ele melhorou, pois as pessoas estão se vacinando, entretanto ainda tem pessoas se infectando.

**Criança 15: *“Eu queria sair e não podia porque tinha que ficar protegida do vírus.”***

Realizada entrevista com a criança C15 e sua mãe M15. C15, sexo feminino, parda, 8 anos, cursando o 3º ano. A criança não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção por COVID-19, C15 apresentou febre e distúrbios gustativos e não precisou de atendimento médico. Vive com sua mãe, M15, e seu pai. M15, 40 anos, parda, casada, é auxiliar de serviços gerais e está cursando a faculdade. Conta que C15 tem dificuldade de aprendizado e durante a pandemia precisou contratar uma professora particular para acompanhar a criança nas atividades escolares, pois não tinha tempo para auxiliá-la. C15 estuda em escola pública e durante a pandemia não teve aula remota, dessa forma o ensino foi a distância por meio de apostilas. M15 percebeu sua filha dispersa nesse período e relata retrocesso no desempenho escolar. No momento da entrevista, as aulas de C15 haviam retornado no sistema de “bolha”. Segundo C15, o coronavírus é um vírus que não dá para ver e que faz mal e para evitar a infecção é preciso se proteger, usar máscara, lavar as mãos e usar álcool em gel. Conta que quando se infectou solicitou muito sua mãe pois se sentiu mal e teve que tomar um remédio do qual não gostou. Além disso queria sair e não podia pois tinha que ficar protegida. Para ela, o que mudou em sua família foi a experiência de ficar em distanciamento e ter que usar máscara. Sobre o fechamento dos estabelecimentos, C15 não gostou e para se divertir brincou com os amigos que moram próximo dela, entretanto disse que para brincar se mantinha distante deles por jogos no celular. C15 sente falta da escola. Menciona que na pandemia a mãe instalou um jogo para estudos em seu celular, gostou de estudar em casa, porém, não conseguiu aprender como antes da pandemia. Desde o início da pandemia, C15 quis viajar e não pode, porém, não considera que tenha ficado triste, chateado

ou com raiva, com essa situação. Possui acesso ao celular e utiliza para os estudos e jogos e na pandemia considera estar ficando mais tempo em tela. C15 acha essa situação ruim, pois sente saudade de brincar com os amigos da escola. Durante a pandemia não conseguiu realizar exercícios, e prefere sua vida antes. Segundo ela, com o início da pandemia tudo começou a ficar chato por não poder ficar próxima dos amigos. C15 diz ter uma boa qualidade de vida, apesar disso percebe que a pandemia piorou essa qualidade.

**Criança 16: “*é um bichinho que tem uma doença bem forte.*”**

Entrevista realizada com a criança C16 e sua mãe M16. C16 é do sexo masculino, branco, 7 anos, cursando o 2º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção pelo coronavírus apresentou diarreia e vômito. Não necessitou de atendimento médico. C16 vive com sua mãe, M16, seu pai e irmã. Todos foram infectados e nenhum deles desenvolveu a forma grave da doença. M16, tem 43 anos, é branca, casada e advogada, porém, tirou os dois últimos anos para cuidar das crianças, sendo o marido o único a trabalhar na família. Durante a pandemia, M16 não percebeu mudanças no comportamento ou desempenho escolar de C16. Para M16, a pandemia trouxe pontos positivos em sua família, especialmente para C16. Ela conta que ela e o marido sempre trabalharam fora, e os filhos passavam o dia integralmente na escola desde o maternal. Com a quarentena, o pai de C16 passou a trabalhar no modelo Home Office, e ela parou a carreira para ficar com as crianças. Mudaram para uma casa com piscina, área de lazer e espaço ao ar livre, adotaram animais de estimação por isso consideraram que as crianças puderam aproveitar mais a vida, a casa e desfrutar de momentos em família. C16 constantemente agradecia ao coronavírus por ter o pai e a mãe em casa. C16 estuda em colégio particular, não recebe bolsa. No momento da entrevista havia cerca de um mês que tinha retornado às aulas presenciais. Sobre o coronavírus, C16 diz ser um “bichinho” que possui uma doença bem forte e que faz as pessoas ficarem doentes. Para prevenir é preciso passar álcool em gel e lavar as mãos com água e sabão. A criança conta que, quando se infectou com o vírus, se sentiu mal e teve medo de morrer. Segundo C16, ele supera o medo brincando. Conta ainda, que depois que se infectou não pode comer muito doce. Em relação ao fechamento dos estabelecimentos, C16 definiu a situação como “chata”, pois não podia ir a lugar algum. Sobre a experiência de estudar pelo modelo ERE ele achou bem legal. Para ele, conseguiu aprender da mesma maneira que antes, entretanto teve algumas dificuldades e contava com sua mãe M16 para

resolvê-las. Utilizou aparelhos eletrônicos principalmente para brincar, mas conta que prefere outros brinquedos ao celular, computador e tablet. Quando perguntado sobre a experiência do distanciamento social, C16 relatou sentimento de raiva frente à situação. Sobre exercícios físicos, C16 conseguiu jogar bola e brincar em casa. Segundo ele, se divertir, porém, conseguia se divertir mais antes da pandemia, pois podia descer para área comum do prédio e brincar com outras crianças. C16 considera ter uma boa QV.

**Criança 17: “*Ele deixa a pessoa com dor de cabeça... febre... é... várias coisas.*”**

Realizada entrevista com a criança C17, sua mãe M17 e seu pai P17. C17 é do sexo masculino, branco, 9 anos e cursa o 3º ano. Possui bronquite e ambliopia, necessitando de acompanhamento anual com oftalmologista. Não usa medicação contínua. Quando infectado pelo vírus C17 apresentou febre, distúrbios gustativos, cefaléia e diarreia. Não precisou de atendimento médico, e na época estava viajando com sua família para a praia. C17 vive com sua mãe M17, seu pai P17, sua irmã e a ajudante da família. Além da criança, seu pai e sua mãe também foram contaminados pelo vírus. P17 tem 52 anos, é pardo, casado e funcionário público. M17 tem 49 anos, é branca, casada e engenheira civil. Para os dois C17 não apresentou mudança de comportamento ou quedas no desempenho escolar durante a pandemia. C17 estuda em colégio particular, não recebe bolsa e no momento da entrevista havia retornado às aulas presenciais. Para C17 o coronavírus é um vírus que passa de pessoa para pessoa e pode causar sintomas como dor de cabeça e febre e para prevenir é necessário usar máscara e manter o distanciamento. Quando infectado pelo coronavírus, C17 conta ter sentido muita dor de cabeça, enjoo. E durante esse período não pôde realizar atividades que tinha o hábito de fazer, como ir para praia, tomar picolé, dentre outras. Sobre o fechamento dos estabelecimentos sentiu falta de algumas atividades escolares, porém, conta que se divertiu do mesmo jeito jogando no computador, brincando com os amigos do prédio, dentre outras atividades. Além disso, conseguiu realizar exercícios em casa durante a pandemia. Em relação ao ERE, C17 o define como “horrível” e teve algumas dificuldades de aprendizagem, devido ao mau funcionamento da tecnologia, o que tornou a experiência mais difícil. C17 conta que sentiu falta de conviver com os amigos, ir ao cinema e realizar outras atividades que gosta. Consequia conversar e brincar com os amigos por videochamada e brincavam cada um em sua casa como se estivessem no mesmo lugar. Entretanto, para C17, essa experiência foi menos divertida, mas entendia que muita gente não conseguia conversar.

A criança diz ter se sentido com raiva diversas vezes, por ter que ficar isolado e perder contato com várias pessoas. Além disso, muitas pessoas morreram. Quando se sentia assim, tentava se distrair com jogos, televisão e brincadeiras. Para C17, a pandemia gerou mais brigas em sua casa e para ele a causa disso é a rotina, como, por exemplo, ficar na aula *online*, e logo começa uma briga. C17 tem acesso a alguns dispositivos eletrônicos e menciona ter facilidade para utilizá-los. Faz uso para brincar e estudar e durante a pandemia tem passado mais tempo em tela e acha isso ruim, pois as pessoas perdem contato com o mundo. Ele gostava mais de seus dias antes da pandemia, pois podia sair de casa, não utilizar máscara e realizar esportes. Desde que foi infectado, sente-se mais triste, mas não sabe dizer o motivo. Teve medo de pegar COVID-19 novamente. Segundo C17, possui uma ótima qualidade de vida, porém, acha que a pandemia influenciou no contato com amigos e parentes.

**Criança 18:** *“Eu acho que o coronavírus é uma bola invisível, que ninguém consegue ver que espalha vírus pelo mundo inteiro.”*

Realizada entrevista com a criança C18 e sua mãe, M18. C18 é do sexo feminino, parda, 9 anos e cursa o 3º ano. Não possui problemas de saúde e não usa medicação contínua. Durante a infecção pelo coronavírus apresentou febre, dispneia, tosse e cefaléia. Necessitou de atendimento médico, porém, sem necessidade de internação. Vive com a mãe M18 e os irmãos mais novos, e reveza ficando algumas semanas na casa de seu pai. Além de C18, toda sua família paterna também se infectou. M18, 31 anos, se declara amarela, é solteira e trabalha como agente de saúde. Relata que C18 durante a pandemia ficou desatenta, esquecida e o desempenho escolar caiu. Sobre o coronavírus, o C18 diz ser uma bola invisível que espalha o vírus e pode matar, fazendo as pessoas passarem mal e por vezes as deixam internadas em estado grave. Relata ainda alguns cuidados necessários para prevenção como distanciamento, higiene das mãos e uso de máscaras. Conta que quando se infectou passou muito mal e precisou ficar longe de todo mundo. Em relação ao fechamento dos estabelecimentos, C18 disse que gostou pois foi uma maneira de impedir as pessoas de se aglomerarem. C18 estuda em escola pública e durante a pandemia estudou por meio de apostilas. Relata gostar do ensino a distância, porém, preferia o ensino presencial, pois no ERE esquece o conteúdo rapidamente. Conta estar se divertindo mais durante a pandemia, pois não gasta mais o tempo indo para escola. Antes da pandemia ia aos parques para brincar, mas o que mais sente falta é a escola. Ficou triste por não poder ver algumas pessoas durante

a pandemia. C18 tem um computador que usa para brincar e estudar. Conta que devido aos estudos tem passado mais tempo em uso do dispositivo, mas acha que faz mal para as vistas. Durante a pandemia começou a andar de bicicleta. Gosta mais de seus dias agora pois vê com mais frequência as pessoas de sua família, pois começaram a trabalhar em casa. Quando estava infectada, C18 conta que sentiu medo de morrer, entretanto atualmente não tem mais esse medo. Relata que, durante a pandemia, quando queria brincar conseguia ir na casa de algum amigo e não tinha nenhum cuidado ou proteção contra o vírus nessas situações. C18, se considera desatenta e conta que esquece muito as coisas. Considera ter uma boa QV, mas diz que a pandemia piorou essa qualidade pois antes comia melhor. Segundo C18, sua alimentação mudou devido ao dinheiro da família que diminuiu durante a pandemia.

***Criança 19: “Então o que eu queria mesmo é que o Brasil tá passando né? Não teria pandemia”***

Realizada entrevista com a criança C19 e sua mãe M19. C19 é do sexo feminino, 9 anos, amarela, cursa o 4º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção pelo coronavírus, C19 apresentou distúrbios gustativos e olfativos. Vive com sua mãe M19 e seu pai, ambos também foram infectados. Os dois estão trabalhando atualmente e C19 recebeu cesta básica pela prefeitura. Na família de C19, muitas pessoas tiveram diagnóstico positivo para COVID-19 e seus avós e um primo faleceram pela doença. M19 possui 33 anos, é branca, casada, vendedora e está cursando ensino superior. Para ela, durante a pandemia não percebeu mudanças no comportamento de C19, entretanto a criança apresentou uma queda no desempenho escolar, dificuldade de leitura e ortografia. C19 estuda em um colégio público e durante a pandemia não teve acesso a aulas remotas, estudando exclusivamente por apostilas. No momento da entrevista as aulas presenciais haviam retornado há duas semanas. Segundo C19, o coronavírus é uma doença que tomou toda humanidade e conta que muitas pessoas de sua família morreram. Menciona ainda que a situação foi muito difícil pois era muito próxima desses familiares e ainda sente saudades. Para prevenir o coronavírus, o C19 aponta aspectos como distanciamento, higienização das mãos, uso de álcool e máscara. A criança conta que quando foi infectada ficou dentro de casa e quando saía era sempre de máscara. Na casa de sua avó e tios, por exemplo, onde não tinha o hábito de utilizar a máscara, foi necessário fazê-lo. Sobre o fechamento dos estabelecimentos, C19 achou ruim pois gostava de frequentar a escola e também não gostou

de estudar em casa. Para C19 a pior parte foi ter que estudar por meio de apostilas, sem aula remota. Teve muitas dificuldades na matéria, menciona ter ficado muito tempo parada, diminuiu a leitura e a escrita. Durante a pandemia relata não poder brincar com os amigos da escola e ter sentido falta de sair sem máscara. C19 considera que não conseguiu se divertir da mesma forma durante a pandemia, devido à impossibilidade de sair para outros lugares. Para C19 é muito triste não poder fazer o que gostaria. Menciona que o que a fez ficar feliz nesse período foi um brinquedo que ganhou de seus pais. C19 tem acesso a celular, computador e tablet, e utilizou para estudar e também para brincar. Conta que nessa pandemia ficou muito tempo no celular, mas considera que crianças na idade dela não deveriam ter o aparelho pois pode causar distrações. Sobre exercícios físicos, C19 praticou natação e conta que o esporte ficou parado por apenas um mês. Relata que esse mês parada a deixou abalada por gostar muito do esporte. C19 prefere sua vida antes da pandemia, pois não tinha perdido os familiares, não precisava usar máscaras e a aula era presencial. Conta que ainda está abalada pela infecção. Sentiu medo de perder seus pais e ainda tem o mesmo medo. Durante a pandemia conversou com os amigos pelo celular, mas não conseguiu brincar com eles por isso não gostou da experiência. Para sua vida melhorar, C19 diz que precisa mudar a situação do Brasil e melhorar a pandemia. Segundo ela possui uma boa QV, porém, conta que a pandemia piorou essa qualidade pois não consegue fazer tudo que fazia.

**Criança 20:** *“Aprendi na escola que qualidade de vida é ficar higienizado, né e não ter contato com as pessoas pra não pegar o vírus.”*

Realizada entrevista com a criança C20 e sua mãe M20. C20, sexo masculino, pardo, 9 anos e cursa o 4º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção por COVID-19, C20 apresentou sintomas como febre, vômito e alergia de pele. Segundo sua mãe, M20, essa alergia persistiu após o controle da infecção e atualmente a pele de C20 é mais frágil e desidratada. Necessitou de atendimento médico, sem necessidade de internação. C20 vive com sua mãe M20, seu pai P20 e a irmã mais velha. Seus pais também foram infectados. M20, 50 anos, parda, casada e do lar. Conta que a avó paterna de C20 faleceu de COVID-19 e P20 está muito abalado e não consegue falar sobre o assunto. Percebeu que o apetite de C20 aumentou durante a pandemia e identificou ganho de peso da criança. Teve mais dificuldade na escola. C20 estuda em escola pública e durante a pandemia estudou apostilas e exercícios *online*. A irmã acompanhou os estudos de C20 e o ajudou nas

atividades. A aula presencial, no momento da entrevista, havia voltado há cerca de 2 meses. Sobre o novo coronavírus, C20 diz ser um vírus que pode causar febre, dor de cabeça, falta de ar e pode ser fatal. Para prevenção C20 cita a quarentena e higienização das mãos. A criança conta que ao se infectar se sentiu bem mal, teve febre e não pode sair de casa. Para ele o que mudou foi sua pele que ficou mais frágil. Conta que ficou bem mal com os estabelecimentos fechados e não podendo sair. em relação à estudar por meio de apostilas achou a experiência estranha. Tinha dificuldades nos exercícios e contava com a ajuda da irmã. C20 prefere estudar presencialmente pois tinha os amigos e com a professora considera a explicação melhor. Para C20, ele não conseguiu se divertir da mesma forma, porém, também conseguia se divertir em casa jogando bola e brincando. Conta que sentiu falta da escola e que diversas vezes se sentiu triste por causa da quarentena, mas jogar bola e ficar com a família o ajudava a se sentir melhor. C20 tem acesso ao celular e notebook e os utilizava para brincar e estudar. Conta que desde o início da pandemia tem passado mais tempo em uso desses aparelhos. Além disso, brincava e jogava bola com sua irmã e fazia natação, conseguiu conversar com os amigos pelo *WhatsApp*® e achou a experiência chata. A criança diz que gostava mais de sua vida no período pré-epidêmico por não precisar ficar de máscara e poder sair mais. Sente-se mais triste desde que foi infectado por ter perdido sua avó, além disso sua pele está mais sensível devido à alergia. C20 conta, que devido à perda da avó fica mais com sua família para lidar com a tristeza que sente. Quando foi infectado sentiu medo de ficar doente para sempre. Considera ter uma boa QV, porém, acha que a pandemia piorou essa QV.

**Criança 21:** *“o coronavírus é um vírus que pode ser transmitido através da saliva ou contato assim e se alguma pessoa pode ou morrer ou sentir muito mal.”*

Realizada entrevista com a criança C21 e sua mãe M21. C21, é do sexo feminino, branca, 9 anos, cursando o 4º ano. A criança possui hipolactasia e não usa medicação contínua. Sua mãe relata que há 2 anos, C21 fez acompanhamento psicológico pois a criança estava muito sentimental. Durante a infecção pelo coronavírus a criança apresentou como sintomas dores fortes em membros inferiores e não necessitou de acompanhamento médico. À época da infecção, a M21 estava grávida de 7 meses do filho mais novo e ela e o marido também foram infectados. Nenhum deles desenvolveu a forma grave da doença. M21 percebeu sua filha mais ansiosa e relata que ela passou a se alimentar mais e alterou o padrão de sono (está dormindo mais) durante a pandemia. Além disso, relata que o desempenho

escolar mudou, pois C21 estava desatenta aos estudos. C21 estuda em um colégio particular, recebe uma bolsa de 40%, e durante a pandemia estudou no modelo ERE. No momento da entrevista já havia retornado ao estudo presencial. Para C21, o coronavírus é um vírus que pode ser transmitido através da saliva ou contato e pode deixar a pessoa mal ou até mesmo causar a morte. Menciona o uso do álcool e máscara para prevenção da infecção. Conta que ao ser infectada teve dor nas pernas e um pouco de dor de cabeça, porém, depois se sentiu normal. Além disso, teve que ficar 14 dias sem estar próxima de outras pessoas, para não as contaminar. Quando isso aconteceu, C21 se sentiu muito chateada, pois os primos estavam na cidade e não podia brincar com eles, além disso, o confinamento a deixou longe de sua família. Nesse período, para se divertir ela jogou à distância com suas primas, ficou na companhia de sua mãe, de seu pai e de seu irmão, que na época estava na barriga de sua mãe. Desde a infecção relata que o que mudou foi o fato de terem que usar máscaras. Para C21, o fechamento dos estabelecimentos foi ruim, porém, ajudou as pessoas a não ficarem doentes. Apesar de não poder sair, conseguiu se divertir com sua família. Gostou da experiência de estudar via remota, porém, achou ruim estar longe da escola e dos colegas, além de achar mais fácil de entender o conteúdo pessoalmente. Por esse motivo, gosta mais de estudar presencial. C21 conta ainda, que durante o ERE a luz de sua casa acabava e isso prejudicava a aula. Outro desafio era o excesso de conversas no chat que atrapalhavam a aula. C21 conta que quis passear, ir ao *shopping*, sair na rua sem máscara e por causa da pandemia não podia. Quando isso aconteceu ela respeitou, mas ficou com raiva da pandemia ter chegado ao Brasil. Para ajudá-la a ficar feliz, ela conversa com os pais, ora e respira fundo. C21 tem acesso ao computador e celular e usa os dois para estudar e brincar. Passou mais tempo nesses dispositivos durante a pandemia, e acha este fato ruim, pois pode deixá-la com dor de cabeça. Sobre a possibilidade de realizar exercícios físicos durante a pandemia, C21 conta que nas aulas de educação física o professor conseguia propor atividades físicas. C21 gostava mais de seus dias antes da pandemia, especialmente por não necessitar usar máscara. Ela conta que não sentiu medo, pois orou e leu a bíblia e isso a ajudou a não ter medo. Para conversar e brincar com seus amigos durante a pandemia, C21 disse usarem o *WhatsApp*® e plataforma de videochamadas. Define a experiência como legal, porém, relata que a ligação por vezes caía, o que a dificultava. Ademais, não dava para brincar sem ser pelo aplicativo. Para C21, ela tem uma boa QV, pois os pais fazem de tudo por ela e pelo irmão e fazem diversas atividades de lazer. Para ela a pandemia melhorou a QV pois juntou mais a família.

**Criança 22: “*Eu gosto mais que não existe pandemia.*”**

Realizada entrevista com a criança C22 e sua mãe M22. C22 é do sexo feminino, preta, tem 7 anos e cursa o 2º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Durante a infecção pela COVID-19 apresentou febre, tosse e coriza, e não precisou de atendimento médico. C22 vive com sua mãe, M22. M22 tem 27 anos, é preta, solteira e trabalha como encarregada de caixa. Conta que se separou do pai de C22 durante a pandemia, e que a criança presenciou violência física e verbal do pai contra a mãe. M22 percebeu o aumento do apetite de sua filha durante a pandemia e relata que o rendimento escolar caiu e necessitou contratar uma professora particular, pois com o trabalho não conseguiu ajudar a criança nos deveres escolares. C22 estuda em colégio público e durante a pandemia estudou por meio de apostilas. Na época da entrevista as aulas presenciais de C22 já haviam retornado. C22 não soube dizer o que era o coronavírus ou a pandemia. Conta que quando se infectou sentiu apenas dor de cabeça e não teve que fazer nada de diferente. Em relação ao fechamento dos estabelecimentos, ela se sentiu triste, pois gostaria de ter ido nos lugares. Para se divertir, C22 contou ter brincado de boneca, com sua mãe e com seu cachorro de estimação. Segundo ela, conseguiu se divertir da mesma maneira que antes. Menciona ainda que achou o modelo de estudo legal na pandemia, porém, se sentiu triste pois queria ir para escola, pois sentiu falta da professora e dos colegas. Para C22, foi fácil aprender as disciplinas na pandemia. Teve acesso ao celular que usava para brincar e estudar, porém, diz não ser bom passar tanto tempo em uso do aparelho pois pode levar a pessoa a usar óculos. Não realizou nenhum exercício físico durante a pandemia, mas conta que sentiu falta. Gostava mais dos seus dias quando não existia a pandemia, pois agora tem que ficar longe de todo mundo. C22 conta que quando teve o vírus sentiu medo de ficar com coronavírus para sempre. Na pandemia se encontrou com os amigos, porém, contou que brincou longe de todos. Este fato a fez sentir triste, mas contou que tinha sua mãe para alegrá-la. Para C22 ser feliz ela diz que precisa de Jesus, Deus e Maria. Menciona que isso ajude ela a ficar feliz. Quando teve COVID-19, relata que rezou para eles a ajudarem. C22 diz ter uma boa qualidade de vida, pois todo dia para ela é muito alegre. Em sua opinião a pandemia melhorou, pois, a escola voltou, entretanto, piorou por ter de ver as pessoas usando máscara.

**Criança 23: “*não poder ver todas as pessoas da família, me deixava triste.*”**

Realizada entrevista com a criança C23 e sua mãe M23. C23 é do sexo feminino, branca, 9 anos, cursa o 4º ano. Possui talassemia e faz uso contínuo de ácido fólico, sulfato ferroso e vitamina D, e faz acompanhamento com hematologista. M23 relata que a criança se cansa facilmente em atividades físicas. Durante a infecção pelo coronavírus, apresentou cefaléia, distúrbios gustativos, distúrbios olfativos e mialgia, porém, não precisou de atendimento médico. C23 mora com a mãe M23, o pai e a irmã mais nova. Os pais também foram infectados pelo coronavírus, porém, não desenvolveram a forma grave da doença. M23, 39 anos, branca e casada. Conta que durante a pandemia percebeu C23 mais irritada, humor instável, e dificuldade de aprendizado. C23 estuda em escola particular, não recebe bolsa. Durante a pandemia estudou no modelo ERE e no momento da entrevista as aulas presenciais já haviam retornado. Para a criança, o coronavírus é uma doença que está matando as pessoas no mundo todo e as deixa muito preocupadas. Para prevenir relata a importância de ficar em casa, se cuidar e usar a máscara. Conta que quando se infectou sentiu muita dor de cabeça e dor no corpo. Menciona que durante esse tempo não conseguiu encontrar as pessoas. Para C23 nada mudou em sua família desde a infecção. Em relação ao fechamento dos estabelecimentos achou triste, pois queria ter se encontrado com as pessoas para se divertir e passar o tempo, mas entendeu a necessidade, para evitar contaminar ainda mais pessoas. C23 conta que durante o ERE teve dificuldade de entender a matéria, e contava com a família para ajudá-la. Acredita aprender melhor no presencial. Conta que depois da aula *online* ficava com muita dor de cabeça. A criança diz não ter conseguido se divertir da mesma maneira que antes da pandemia, porém, brincou um pouco sozinha, brincava com a família e assistia televisão. Durante a pandemia se sentia triste, conta que às vezes chorava pela saúde das pessoas. Para ficar feliz contava com sua mãe e o irmãozinho que havia acabado de nascer. Para estudar no modelo ERE usava o computador e celular para estudar, jogar e ouvir música. Tem certeza que ficou mais tempo usando esses aparelhos durante a pandemia e acha isso ruim, pois pode perder a visão e causar dor de cabeça. Não conseguiu realizar muitos exercícios físicos durante a pandemia, em alguns momentos conseguiu correr próximo a sua casa, sempre usando máscara. Gostava mais dos seus dias antes da pandemia, pois não precisava utilizar máscaras, podia sair e ser livre. Conta que quando foi infectada sentiu medo, sentia pressão por estar doente. Relata que às vezes volta triste da escola, não sabe dizer o porquê. Para brincar e conversar com os amigos utilizou a internet, e achou a experiência ruim

pois não podiam se encontrar e ver a pessoa e não poder tocar. Para ser uma criança feliz, C23 precisa brincar e ter amor. Para ela tem uma boa QV, pois tem casa, comida, família, faz amizade facilmente e tem muitos amigos. Segundo C23, a pandemia piorou a qualidade de vida por ter mais saudade e não poder encontrar toda família.

**Criança 24: “*Meu medo passou, mas agora minha mãe não toma cuidado, porque não usa máscara na rua.*”**

Realizada entrevista com a criança C24 e sua mãe M24. C24, sexo feminino, branca, 9 anos, cursa o 4º ano. Não possui comorbidades e não usa medicação contínua. Quando infectada pelo coronavírus, C24 apresentou como sintomas febre e dispneia, porém, não precisou de atendimento médico. Vive com a mãe M24 e seu pai em um condomínio. Segundo a mãe da criança, C24 não sentiu muita diferença em sua vida durante a pandemia, especialmente porque no condomínio conseguia sair pelas ruas, brincar e se encontrar com amigas. A mãe e o pai de C24 também foram infectados, sem complicações. M24, 45 anos, branca, casada e administradora, não percebeu alterações no comportamento de C24, mas relata que a criança perdeu o interesse pelas aulas e não aprendeu da mesma maneira. C24 estuda em colégio particular, não recebe bolsa e durante a pandemia estudou pelo modelo ERE. No momento da entrevista as aulas presenciais de C24 já haviam retornado. A criança conta que o coronavírus é um vírus contagioso e pode causar a morte por isso é necessário uso de máscara e higienização das mãos. Quando foi infectada, contou que ficou com medo de morrer e preocupada e devido ao diagnóstico positivo não pude brincar com as amigas. Durante a pandemia conseguiu brincar com as amigas e em sua opinião nada mudou em sua família. Achou bom o fechamento dos estabelecimentos, uma vez que impediu as pessoas de ficarem nas ruas. Em relação ao ERE definiu a experiência como “horível, horroroso”, por não conseguir participar tão bem da aula. Para C24, não conseguiu aprender da mesma forma e teve mais dificuldade com o conteúdo. Para ajudá-la contava com sua mãe e com o apoio de uma professora particular contratada. No período da pandemia se sentiu triste quando não conseguia participar como gostaria da aula e com isso sentia raiva.

Segundo C24, conseguiu se divertir da mesma forma e a única coisa que não conseguiu fazer nesse período foi o Catecismo. C24 teve acesso ao tablet, computador e celular e usou para estudar e brincar e relata que na pandemia fez mais uso desses aparelhos do que o usual. Considera isso ruim pois a prejudica e deixa ansiosa. Por viver no condomínio

conseguiu brincar, correr, andar de bicicleta e conta não ter feito nada para se proteger. Prefere seus dias antes da pandemia, por não precisar usar máscara. Conta que a pandemia a deixou mais triste, pois não conseguia ver os amigos da escola, pois com eles só conseguia brincar pela internet e achou a experiência chata pois queria encontrar e abraçá-los. Conta que durante a pandemia rezar a ajudou a ficar bem e superar os medos. C24 considera ter uma boa QV, e não considera que a pandemia afetou a qualidade, porém, para a criança a aula remota atrapalhou a QV.

### **6.3 Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na qualidade de vida das crianças.**

Para esta categoria considerou-se relatos de como as crianças avaliavam suas vidas. Inclui discursos sobre a QV, e as repercussões da pandemia sobre o bem-estar físico, psicológico/espiritual, social e meio ambiente. Refere também as informações que as crianças possuem sobre o novo coronavírus, e a pandemia por ele causada. Para expressar as implicações identificadas nos discursos das crianças, os resultados dessa categoria foram construídos a partir de matrizes relacionadas a cada uma das dimensões da QV. Além disso, essas matrizes foram organizadas de modo a expressar aspectos temporais dessas repercussões (antes, durante e após o adoecimento pela COVID-19). Em alguma medida, a sua compreensão é resultante das representações construídas por elas à medida que vivenciaram situações e foram expostas a um conjunto diverso de informações sobre o SARS-Cov-2 e a COVID-19.

Todas as crianças que participaram deste estudo expressaram uma avaliação positiva da sua QV à época da coleta de dados. Elas relacionam essa avaliação positiva por terem boas famílias (o que elas consideram como pais que amam e fazem tudo por elas), amizade, brinquedos e presentes. Apesar dessa avaliação positiva, a maioria dos participantes preferia a maneira como viviam antes do início da pandemia de SARS-CoV-2. Isso fica evidente nas falas das crianças, ao relatarem os hábitos que possuíam àquela época, como a possibilidade de frequentar praças, sair, passear com o animal de estimação e brincar com os amigos. As restrições estavam relacionadas às mudanças nas atividades cotidianas dessas crianças e foram determinantes para a percepção que elas tinham de suas vidas. Para as crianças, deste estudo o dia a dia após a pandemia *“é meio entediante, chato, sem graça, sem nada pra fazer”* (C5), antes da pandemia *“fazia mais passeios”* (C8) e além disso, podia *“ir na escola, ir no shopping e na praça”* (C13) e *“ser livre e fazer mais coisas”* (C23). Para C15 e C16, o

principal motivo da preferência pelo tempo vivido antes da pandemia é não ter o mesmo contato que tinha com os amigos.

Quando não tinha pandemia, porque quando chegou começou a ficar chato, não posso ficar mais perto dos amigos. (C15 - 8 anos)

Antes da pandemia [...] Porque eu podia ir lá embaixo ((se referindo a área comum do prédio em que vive)), ficar com meus amiguinhos do prédio. (C16 - 7 anos)

Ah, eu gostava antes porque:: a escola:: (+) ela era normal. (C19 - 9 anos)

Portanto, em grande medida, os mesmos aspectos que as crianças utilizam para caracterizar o que representava uma QV positiva antes da pandemia, foram utilizados para caracterizar os prejuízos que tiveram em suas vidas com a interrupção de alguns hábitos e atividades durante a pandemia.

Quando C19 fala sobre a escola ser “*normal*” antes da pandemia, a criança se refere ao ensino presencial. A criança estuda em escola pública e durante a pandemia, com o ERE não teve acesso a aulas remotas, apenas estudos por meio de apostilas. Na fala de C9 identifica-se que para a criança parece óbvio a preferência de seus dias antes da pandemia. Para ela, é nítido que as restrições sociais impactaram na vida de todos.

Hã:: (+) acho que antes. Todo mundo acho que antes né? Eu acho que antes porque eu gostava de brincar muito, e gostava de sair, muito muito muito.[...] Quando não tinha nenhum lugar pra sair, eu ia com minha cachorra na rua. (C9 - 9 anos)

Ao serem perguntadas sobre o que precisam para serem felizes, as crianças mencionaram aspectos relacionados a brincadeiras, jogos, passeios, sentimentos de afeto (amor, carinho, atenção) e estar com familiares e amigos. Este tipo de elaboração foi feita para buscar capturar o que pode tornar mais positiva a sua QV. Isto evidencia-se por fragmentos como “*ir pra casa do vovô e da vovó, comer muito, ir ao shopping*” (C1), “*eu gosto muito das minhas tias, da minha família, mas outras coisas que me fazem feliz é celular, brincadeiras, computador, televisão*” (C8), “*amor, carinho e atenção*” (C21). A criança C22, menciona que para ser feliz precisa de “*Jesus, e Deus, e Maria, e minha mãe e meu pai*” (C22).

O fim das infecções pelo novo coronavírus também aparece nas falas das crianças como algo que as fariam felizes. Esse desejo está relacionado à possibilidade de voltar a exercer as mesmas atividades e oportunidades de lazer que tinham antes da pandemia, como na fala de C5, em que o fim do vírus significa poder “*voltar pra escola, sair pros lugares*”

(C5). A criança também expõe o desejo de que “*ninguém mais morra e que acabe todas as doenças*”. No caso de C5, vale ressaltar que ela viveu a experiência de óbito de uma familiar próxima em decorrência da COVID-19.

[...] que esse coronavírus acabe, que eu possa voltar pra escola, sair pros lugares. (+)  
Que ninguém mais morra e que acabe todas as doenças! Seria muito bom! (C5 - 8 anos)

Ah, deixa eu ve::r (+) eu não tenho o que reclamar, sabe? Minha vida é muito boa (+) meus pais me dão tudo que eu quero, me dão atenção. Então o que eu queria mesmo é que o Brasil tá passando né? Não teria pandemia. (C19 - 9 anos)

Outras crianças já se consideram felizes ou consideram que já têm o que precisam para a felicidade. Isso é identificado nos fragmentos em que elas relatam “*não preciso de mais nada*” (C14), “*porque eu tenho tudo*” (C18) e “*eu já sou muito feliz*” (C17 e C20). Sobre o que pode melhorar em suas vidas, 12 crianças responderam não haver nada para melhorar (C1, C2, C9, C10, C11, C12, C13, C16, C19, C21, C22, C23). Para C11, por exemplo, “*já tá bom demais!*” e para C23 “*tudo é ótimo*”. Para essas crianças elas já tem tudo que precisam, como brinquedos, amor e família.

Outras crianças citam necessidades de melhorias em suas vidas, como as relações familiares, no caso de C17, que menciona a relação com a irmã e C5 que menciona a relação com a avó. Além disso, aspectos do comportamento como “*que as pessoas parem de me irritar*” (C5) e que a própria criança tenha “*mais paciência*” (C4). Os aspectos citados por essas crianças estão relacionados a questões de suas personalidades e que impactam diretamente na maneira como lidam suas relações e situações do dia-a-dia.

Durante a pandemia, alguns responsáveis relatam mudança no comportamento das crianças. Entre essas mudanças destaca-se a agitação, ansiedade, mudanças no padrão de alimentação e do sono. Essas alterações têm potencial para refletir em como se dão as relações das crianças e suas famílias dentro do domicílio. Muitas dessas crianças, como, por exemplo, C4, C11, C12, C18, C23, relataram que não tem nada que precisa melhorar em suas vidas.

Para C3, C5, C7, C8 e C14, “*quando o coronavírus acabar*” (C3, C7, C14) será uma melhora em suas vidas. Isso porque com o fim do coronavírus elas têm aspirações de voltar às suas vidas “*normais*”. Para C8, o desejo do fim do SARS-CoV-2 é, novamente, justificado pelo sentimento de impotência que a criança sente frente ao contexto de mortes e infecções causadas pela pandemia e veiculado pelas mídias e meios de comunicação.

Eu queria que o coronavírus acabasse, porque ver na televisão tantas pessoas morrendo e eu não podendo fazer nada me deixa muito triste. (C8 - 9 anos)

À época da entrevista, o avô de C24 estava passando pelo enfrentamento de uma doença, e apresentou melhoras. Quando perguntada sobre o que poderia melhorar em sua vida, a criança citou a recuperação do avô. Ela conta que rezou pela melhora de seu avô nos momentos em que se sentiu mais preocupada.

O vovô estava doente e ele está melhor. Eu peço pro vovô ficar bem (+) Eu rezo [...] Eu e minha mãe a gente sempre reza e isso ajudou quando eu ficava mais preocupada. (C24 - 9 anos)

Para algumas dessas crianças a QV é determinada pela condição de vida de um indivíduo, e isso se evidencia por fragmentos em que as crianças dizem se tratar de uma “*vida com qualidade*” (C8), “*uma vida boa*” (C12 e C19), “*uma vida melhor*” (C12) e “*quando você tem coisas boas na vida*” (C24). As crianças também se referem a aspectos individuais como a saúde (C8) e “*pessoas que cuidam mais da sua vida assim*” (C11) e higiene (C20). Elas também apresentam em seus discursos a felicidade e amigos como uma vertente da QV.

Ter saúde (+) quando penso em qualidade de vida, é uma vida feliz, com amigos, com saúde. Significa a vida com qualidade. (C8 - 9 anos)

Qualidade de vida é uma qualidade da sua vida. (+) É quando você tem coisas boas na vida. (C24 - 9 anos)

Em sua fala, C20 refere a QV aos cuidados com o novo coronavírus. Nesse sentido, a criança relaciona a higienização, o distanciamento social, como uma maneira de não se infectar e garantir a QV, como é possível identificar no fragmento “*aprendi na escola que qualidade de vida é ficar higienizado, né e não ter contato com as pessoas pra não pegar o vírus*” (C20). Outras crianças deste estudo associam a QV a aspectos financeiros e de desigualdade. Isso é identificado nas falas de C5 e C19. Nesse sentido, essas crianças diferenciam pessoas que possuem uma boa QV, como aqueles que têm moradia e dinheiro, e pessoas sem uma boa QV, que teriam menos recursos financeiros.

Porque tem pessoas que moram na rua, tem uma vida pior, tem pessoas que têm muito dinheiro e são bem esnobes (+) Esnobando as pessoas [...] ter dinheiro para conseguir comprar os alimentos, trabalho, felicidade que é mais importante. (C5 - 8 anos)

Eu entendo é:: financeiramente. Porque tem algumas pessoas que vivem uma é:: (+) tem uma qualidade de vida boa, outras nem tanto. (C19 - 9 anos)

A pesquisadora definiu o conceito para todas as crianças participantes, mesmo para aquelas que disseram o que era QV, com uma linguagem clara, acessível e baseada no conceito da OMS. *“Qualidade de vida, é como nós percebemos, se temos ou não, alimento, moradia, saúde, roupas, felicidade, família e amigos que nos apoiam e se importam conosco. É ter oportunidade de sair, nos divertir e ter brinquedos. É ter dinheiro para comprar remédios caso seja necessário, caso fiquemos doentes, conseguir ir ao médico e nos cuidarmos”*. Após a explicação as crianças informaram se entenderam e se necessitavam de explicações mais claras. Após elas terem entendido, foi perguntado como elas avaliam e se a pandemia influenciou ou não em sua QV.

Todas as 24 crianças entrevistadas relataram ter uma QV satisfatória. porém, apesar da boa avaliação de todas essas crianças, ao serem perguntadas sobre as repercussões 13 delas identificaram piora, na QV, uma diz ter melhorado, para cinco crianças melhorou em alguns aspectos e piorou em outros e outras cinco crianças relatam não ter feito diferença. As justificativas das crianças sobre a avaliação de suas QV devem-se especialmente a questões relacionadas às suas relações familiares, com amigos e os recursos que elas têm acesso em suas vidas, como alimentos, brincadeiras e amor.

Essa avaliação que as crianças têm de sua QV se aproxima da satisfação que elas têm com a vida. Elas referem essa apreciação relacionando-a a questões positivas de sua vida, voltadas à família, amigos e lazer. Esses fatos são sinalizados pelos discursos das crianças que dizem ter uma boa QV *“porque eu tenho amigos, minha família eu sinto que me ama, hã... tudo que eu quero eu tenho”* (C19), *“eu quero comprar uma comida quinta-feira, meu pai compra domingo”* (C6), *“todo dia, pra mim o dia é muito alegre”* (C22). Em sua entrevista C21 conta que seus pais fazem tudo por ela e pelo irmão, e menciona a relação com outros familiares e as oportunidades de brincar, como aspectos que estão relacionados a sua boa QV e C23, menciona que ter uma casa, comida, amor e amizade é ter uma boa QV.

Sim, eu acho porque minha mãe e meu pai faz de tudo pra me dar tudo do bom e do melhor. Pra mim e pro meu irmão (+) e eles também brincam com a gente. Quase todo sábado a gente vê um filme, ai vou na casa da minha avó:: (+) Ai minha prima vem brincar comigo. Eu acho que eu tenho tudo disso. (C21 - 9 anos)

Porque eu tenho uma casa, comida, eu tenho amor pela família, eu faço amizade rápido e fácil e tenho muitos amigos. (C23 - 9 anos)

Em um sentido mais amplo da QV, pensando em outros aspectos voltados para limitação de atividades, recursos e socialização, quando as crianças comparam a vida antes e após a pandemia, elas são capazes de identificar piora em sua QV. Essas prejuízos percebidos em suas QV durante a pandemia, se deu pela necessidade de quarentena, impossibilidade de frequentar estabelecimentos, fechamento das escolas, necessidade do uso da máscara, o excesso de cuidados necessários para prevenção da pandemia, não poderem estar com os amigos presencialmente e a impossibilidade de contato com outros familiares. Esses impedimentos que as crianças enfrentam em decorrência da pandemia foram determinantes na avaliação que elas tiveram de sua QV, uma vez que para isso elas fizeram comparações da vida atualmente com a vida no período pré-epidêmico, o que pode ser identificado "*piorou, porque eu não posso mais sair, ir no shopping*" (C1) , "*não dá pra sair de casa*" (C7). Os passeios foram um dos aspectos mais relevantes para as crianças, e a possibilidade ou não de realizá-los foi uma das formas que as crianças utilizaram de mensurar a QV, como é caracterizado nos fragmentos "*muitas coisas mudaram...(...) a escola, os passeios né?*" e "*Ah, PIOROU! Porque tudo que eu fazia antes eu não faço tanto agora... os passeios*" (C19).

### **6.3.1 Repercussões no bem-estar físico**

Esta subcategoria (Quadro 6) compreende relatos de dor e desconforto (sensações físicas desagradáveis vividas pela criança e que interferiram em sua vida), energia e fadiga (energia, o entusiasmo e a resistência das crianças para realizar as tarefas necessárias da vida diária), sono e repouso (mudanças no sono e o descanso que podem mudar a QV das crianças), mobilidade (visão da criança sobre sua capacidade de ir de um lugar para outro, de se movimentar no domicílio ou para lugares que queira ir), atividades da vida diária (capacidade da criança de realizar as atividades que ela precisa no dia-a-dia), necessidades de cuidado ou de tratamentos (dependência da criança de cuidados em saúde) e capacidade de trabalho (o uso que a criança faz de sua energia para a sua ocupação). Esses aspectos são orientados pelo referencial teórico de QV definido pela WHO (1994).

Quadro 6 - Domínio Físico.

| Domínio Físico           |  |               |   |   |  |
|--------------------------|--|---------------|---|---|--|
| Facetas                  | Descrição  |               | Antes do adoecimento  | Durante o adoecimento   | Após o adoecimento   |
| <b>Dor e desconforto</b> | Explora as sensações físicas desagradáveis vividas pelas crianças e, em que medida estas sensações são angustiantes e interferem na vida.              | Oportunidades | Uso da máscara e a incorporação de outras medidas de prevenção do coronavírus (C8, C21, C22 e C24).   |   |  |
|                          |  | Prejuízos     | Máscara causa desconforto e incômodo.   |   |  |
|                          |  |               | -   | Cefaléia, tosse, febre, coriza nasal, distúrbios gustativos e olfativos, mialgia, diarreia, vômito e alterações de pele. dispnéia (C10, C18, C24), comprometimento pulmonar de 25%. | Alterações na pele e dermatites de repetição necessitando de assistência médica (C20). |
| <b>Sono e descanso</b>   | Mudanças no sono e o descanso que podem mudar a QV das crianças  | Oportunidades | -   | -   | -  |
|                          |  | Prejuízos     | -   | -   | -  |
| <b>Energia e fadiga</b>  | A energia, o entusiasmo e a resistência das crianças para realizar as tarefas necessárias da vida diária, bem como outras atividades como a recreação. | Oportunidades | -   | -   | -  |
|                          |  | Prejuízos     | Dias são entediante, chatos, sem graça e sem muita variedade de coisas a serem feitas   |   |  |
| <b>Mobilidade</b>        | Capacidade de ir de um lugar para outro, de se movimentar no domicílio ou para lugares que queira ir   | Oportunidades | -   | -   | -  |
|                          |  | Prejuízos     | Não poder encontrar com os amigos, ir ao <i>shopping</i> , ao parque de diversões, cinema e passear com o animal de estimação, por exemplo. |   |  |

|  |   |               |   |  |  |
|--|---|---------------|---|--|--|
|  |   |               |   | Precisaram ficar isoladas em seus quartos.   |  |
| <b>Atividades de vida diária</b>                     | Capacidade da criança de realizar as atividades que ela precisa no dia-a-dia.   | Oportunidades | Medidas de prevenção contra o SARS-CoV-2 como uso da máscara, lavagem das mãos e álcool em gel.   |  |  |
|  |   |               | O aumento do tempo de tela permite mais possibilidades de jogos e diversão.   |  |  |
|  |   |               | C11, C12, C24 praticar atividades físicas passou a ser possível por residirem em locais com acesso a espaços ao ar livre como sítios e praças de condomínio.        |  |  |
|  |   |               | Prática de exercícios em casa.  |  |  |
|  |   |               | -   | Sem mudanças em sua rotina diária para duas crianças.  | -  |
|  |   | Prejuízos     | Não poder encontrar com os amigos, ir ao shopping , ao parque de diversões, e cinema, por exemplo.  |  |  |
|  |   |               | Fechamento das escolas.   |  |  |
|  |   |               | Tempo aumentado de tela podendo provocar prejuízos à visão, educação, interação com a natureza, dor de cabeça, causa ansiedade e distância do mundo. (12 crianças). |  |  |
|  |   |               | Fechamento de locais para a prática de atividades físicas e esportivas.   |  |  |
|  |   |               | -   | Dormir distante da tia (C8), precisar ficar no quarto sem contato (C9), parar de estudar (C11), ficar exclusivamente ao telefone celular (C12), mudança de rotina com a família (C17). | -  |
| <b>Dependência de remédios ou assistência médica</b> | Dependência da criança de medicamentos e assistência médica, bem como intervenções em saúde que não são farmacológicas. | Oportunidades | -   | -  | A família passou a tomar mais cuidados para prevenir a infecção pelo SARS-CoV-2(C10).  |
|  |   | Prejuízos     | Maiores cuidados em relação à pandemia para crianças que já possuíam alguma comorbidade.  |  |  |
|  |   |               | -   | Ficar dentro do quarto, tomar remédio, não ter contato com outras pessoas e usar máscara onde geralmente não usavam.   | Alterações na pele e dermatites de repetição necessitando de assistência médica (C20). |
| <b>Capacidade de trabalho</b>                        | O uso que a criança faz de sua energia  | Oportunidades | -   | -  | -  |

|  |   |           |   |   |  |
|--|---|-----------|---|---|--|
|  | para o trabalho. "Trabalho" aqui é definido como qualquer grande atividade em que a pessoa está envolvida, como, por exemplo, o estudo. | Prejuízos | Estudo chato, estranho, complicado, e dificuldade de aprendizado. |   |  |
|  |   |           | Desmotivação e desatenção para estudar.                           |   |  |
|  |   |           |   | Interromper o estudo durante o período de infecção (C11). |  |

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Na faceta **atividades de vida diária** identifica-se que todas as crianças entrevistadas tiveram acesso a algum dispositivo eletrônico, como, por exemplo, computador, tablet ou celular, incorporando o uso desses aparelhos em suas rotinas. Todas as crianças entrevistadas possuíam disponibilidade desses aparelhos mesmo antes da pandemia, porém, para a maioria delas esse acesso aumentou devido à necessidade do ensino remoto. As crianças utilizam esses dispositivos *“pra quase tudo”* (C8), *“normalmente eu faço aula com ele”* (C4), *“eu usava pra estudar online quando começou as aulas e agora eu uso meu celular pra fazer aula.”* (C6), *“conversar com minha amiga M, com minha amiga B e também tinha amigo G e D.L.”* (C6), *“ver vídeo no Youtube®, pra ver Tiktok®, pra gravar vídeo no Instagram®”* (C9), *“às vezes para jogar algum jogo ou ver desenho”* (C14).

Destaca-se no discurso de C6, que mesmo tendo um celular, ela tem a necessidade do uso do computador para realizar outras atividades como desenhar e assistir vídeos e que, por mais que seu celular já tenha jogos, ela também quer adquirir outros jogos através do computador de sua mãe. Isso nos permite evidenciar que esses dispositivos tomam a maioria das brincadeiras e do tempo das crianças. Chama atenção que a ação de desenhar, por exemplo, poderia ser realizada sem um dispositivo eletrônico, apenas com folha e lápis, por exemplo, entretanto, a criança incorpora o aparelho eletrônico nessa atividade. Situação semelhante pode ser identificada na fala de C5, que relata usar o computador para ler historinhas, outra atividade que também é possível de ser feita fora do dispositivo.

Tenho celular mesmo, porque: o computador, minha mãe empresta uma vez pra eu desenhar/ tem um aplicativo pra desenhar. Pra desenhar e ver vídeos no *Youtube®*. Eu queria baixar joguinho no computador, mas eles não deixam. E tem um computador novo que eu to querendo. (C6 - 7 anos)

Por causa das aulas [...] E depois cansada eu brinco no computador e fico lendo umas historinhas da Turma da Mônica. (C5 - 8 anos)

Três crianças (C2, C8 e C22) consideraram que o tempo de tela, seja em uso de computador, celular, tablet ou televisão, não alterou. Isso pode ter sido devido ao fato de a criança ter horário de uso do computador estipulado pelos pais (C2), mesmo antes da pandemia ter um alto padrão de uso desses dispositivos (C8) ou pelo fato da criança optar por outras atividades de lazer fora desses aparelhos (C22).

Não mudou quase nada. Antigamente eu acho que era a mesma coisa. Meu pai tá vindo quase sempre andar de patinete comigo. Não mudou muita coisa não. (C8 - 9 anos)

As outras 21 crianças entrevistadas referem aumento do tempo de tela nos dispositivos eletrônicos. O contexto de restrição social, para as crianças as expõem ao maior uso de dispositivos tecnológicos, o que pode ser caracterizado nos discursos de C10, C11 e C14, que referem que o principal motivo do tempo de tela aumentado é não ter outras opções de atividade durante a pandemia e por ter ganhado o dispositivo para realizar as atividades escolares. C10 lida com problemas de saúde como bronquite e asma grave, por isso durante a pandemia os cuidados com a criança foram redobrados de modo que ela não teve contato com o mundo externo exceto pelo computador. A criança conta que tanto para brincar quanto para conversar com os amigos utilizou da tecnologia e sem ter outras opções de lazer teve consequente aumento no tempo de tela. No caso de C11, antes da pandemia não tinha um dispositivo próprio, por isso utilizava o celular de seus pais. Com o início das aulas a distância, a criança ganhou um tablet para estudo e com isso aumentou o tempo de tela, pois não precisa compartilhar o dispositivo com os familiares. C14 também relata não ter outras opções de atividade para fazer, inclusive porque no prédio onde mora para ele descer para brincar é preciso marcar horário, por isso a criança tem passado mais tempo em uso dos dispositivos eletrônicos. Entretanto, não são todas essas crianças que referem prejuízos em sua QV pelo uso aumento do tempo de tela.

Sim, porque eu não tenho mais coisa pra mim fazer né? Porque:: eu não posso sair.  
(+) Mas de vez em quando eu brinco sozinha mesmo. (C10 - 9 anos)

Quando a pandemia começou eu não tinha o *tablet*. Ai eu ficava no celular da minha mãe ou do meu pai::, mas agora que eu já tenho meu *tablet* ai eu fico jogando mais.  
(C11 - 8 anos)

[...] Eu acho que sim porque não tem muita coisa pra fazer. Eu acho meio ruim, as vezes eu fico com dor de cabeça. (C14 - 7 anos)

Para algumas dessas crianças, o tempo de tela aumentado é visto como algo positivo, como no caso de C6, que *“mais tempo no celular do que com os brinquedos”* e brincar no computador e celular *“porque lá tem mais joguinhos”*. Em contrapartida, a maioria delas vê pontos negativos no uso exacerbado dos dispositivos eletrônicos. Para essas crianças isso pode ser *“ruim porque não é bom ficar muito tempo na tela”* (C4), *“porque ficar o computador toda hora pode dar algum problema na visão, pode ficar cego”* (C5), *“pode ficar com uma dor de cabeça se ficar muito tempo na frente do computador”* (C21). Elas referem que *“é muito ruim as crianças ficarem só na internet”* (C10), e que ficar muito tempo nesses dispositivos, sem realizar outras atividades é *“chato, porque a gente tem que aproveitar a*

*natureza, aproveitar a vida, essas coisas assim e a gente não pode*” (C12), *“dá saudade de brincar com os amigos na escola.”* (C15), *“perde contato com o mundo”* (C17) e *“prejudica porque me deixa ansiosa”* (C24). A criança C19 menciona que para a criança o celular repercute negativamente, causando distração e prejuízos na educação, como é identificado em seu discurso.

A::h, eu acho (+) é assim, na verdade, criança assim da minha idade, até eu, nem deveria ter celular, porque o celular distrai muito as crianças. Igual muitas crianças, adolescentes deixam de estudar para mexer no celular (C19 - 9 anos).

Ainda sobre as repercussões nas atividades diárias, durante a pandemia algumas crianças relatam não ter tido oportunidade de realizar atividades físicas, seja em casa ou ao ar livre. No caso de C15 e C22 por exemplo, os responsáveis das duas crianças referem trabalhar e não conseguir disponibilizar tempo para ajudar as crianças em atividades escolares e isso pode também ser aplicado a impossibilidade dessas crianças realizarem atividade física. Outra criança impossibilitada de realizar atividades físicas é a C23, que possui talassemia. Segundo a M23, mãe de C23, a criança se cansa facilmente durante os exercícios, condição essa que já existia antes da pandemia pelo novo coronavírus.

Algumas crianças praticavam atividades físicas em Instituições esportivas que durante a pandemia precisaram ficar fechadas. Resultado disso, as crianças foram privadas dessas atividades, como C19, que refere que o período em que a natação foi interrompida foi difícil, e a deixou *“abalada”* por gostar da atividade.

Eu saí há pouco tempo, eu fazia natação. [...] eu acho que ficou parada por um mês e meio, por aí:: [...] Ah, eu gosto muito de água, eu sou muito:: (+) Sabe? Essas coisas (+) eu amo muito a água e eu fiquei muito abalada, porque eu amo muito água e eu tive que parar (C19 - 9 anos).

No hiato de funcionamento das instituições esportivas, as crianças e suas famílias também se organizaram para manter algumas das atividades dentro do domicílio, como é identificado na fala de C3, em que a criança conta ter praticado *muay thai* com seu pai em seu próprio apartamento, C6, que a mãe é educadora física e consegue realizar uma rotina de ginástica para a criança e C17 que diz que exercício físico é sua *“coisa favorita”* e consegue realizá-los na área comum do prédio e também dentro de casa, a partir de uma estrutura montada por seu pai.

Eu faço natação e *muay thai* e voltou só esse ano [...]Aí eu fiquei fazendo aqui em cima o *muay thai* ((na cobertura do apartamento)) [...] Eu fiquei fazendo com meu pai. [...] É, foi bom porque não tinha que lutar com os outros. (C3- 9 anos)

Quando começou não, mas no meio... agora eu já fiz. Ontem eu fiz exercício com minha mãe, (+) ginástica. Eu queria pegar peso porque eu sou forte, sabe? [...] Em casa mesmo porque algumas academia ali tá aberta, sabe? E minha mãe e meu pai não querem ir porque tem muita gente. (C6 - 7 anos)

Eu desci pra quadra pra jogar bola, eu nadei na piscina que tem no prédio. Exercício é minha coisa favorita [...] Eu tenho um trapézio aqui em casa, e meu pai montou uma “*estruturazinha*” pra mim aqui em casa que da pra por o trapézio, corda de escalar. (C17 - 9 anos)

Situação semelhante é identificada no relato de C11, em que a criança precisou interromper as aulas de natação devido à pandemia, mas continuou realizando a atividade no sítio da família. Portanto, evidencia-se que, mesmo que a atividade não esteja acontecendo na instituição habitual, a possibilidade de realizá-la, mesmo que no domicílio, é capaz de suprir a necessidade para a criança. Isso fica claro, por exemplo, na fala do C11 que relata estar aprendendo muitas coisas sobre natação sozinho, mesmo que no sítio da família.

Ter um local ao ar livre, como no caso do C11, C12 e C24 possibilita maiores oportunidades de exercício. Em seu discurso C12 também relata aproveitar as idas ao sítio da família para poder andar de bicicleta na rua sem se sentir insegura pelo novo coronavírus. Essa oportunidade de exercício físico em um local amplo e a céu aberto é algo positivo na faceta de atividades de vida diária para criança.

Eu parei a natação por causa da pandemia (+) eu fiquei com saudade de nadar. Mas eu já to aprendendo muitas coisas de nadar porque temos piscina aqui no sítio. Então eu to aprendendo as coisas assim, brincando. (C11 - 8 anos)

Andar de bicicleta, [...] eu vou pra rua no sítio e é isolado, ninguém passa lá, então não tem ninguém. Mas quando eu chego eu lavo minha mão, tomo banho direitinho, essas coisas. (C12 - 9 anos)

Em contrapartida, para outras crianças, a atividade física só foi possível dentro de casa, na área comum do prédio ou na rua de suas casas. Em seu discurso, C5 relata que o exercício que pratica é a corrida, porém, “*dentro de casa mesmo, no quintal*”. Para a criança essa prática é vista como uma possibilidade de exercício físico, porém, se faz importante questionar em que medida a criança consegue efetivamente se exercitar. Em outros casos, quando as atividades não são possíveis de serem feitas em casa, como no caso de C8 que mora em um apartamento de quatro cômodos com outras três pessoas, a criança precisa ir para rua de seu bairro para realizar exercícios, o que implica na presença de um adulto para vigilância da criança. em relação à C14, apesar de poder realizar as atividades dentro de seu apartamento, o prédio onde mora possui quadra que possibilita à criança a prática de

exercícios e estar com os amigos, reforça-se ainda que os horários para uso desta área comum são agendados e a criança conta usar máscara o tempo todo, o que garante maior segurança.

Uns dias eu desço pra jogar futebol, mas as vezes eu não desço [...] todo dia é: (+) às quatro horas fica aberto a quadra sem ninguém usar, aí eu aproveito e desço para jogar bola com meus amigos (C14 - 7 anos).

É importante ressaltar que no período específico de adoecimento essas crianças não conseguiram realizar atividades físicas, uma vez que a maioria delas passou esse período confinada no quarto, ou tendo contato apenas com as pessoas de sua própria casa. As principais necessidades de cuidado que as crianças enfrentaram enquanto estavam infectadas pelo vírus foi a necessidade de ficar em casa, uso da máscara e medidas sanitárias como lavar as mãos e utilizar álcool em gel, como verificado nos fragmentos que elas referem que tiveram de *“ficar dentro de casa por 15 dias e não sair”* (C1), *“não ter ninguém por perto”* (C5), *“fiquei de máscara, fiquei evitando contato”* (C8).

Mesmo sem sintomas, C12 conta que durante o período de infecção pelo vírus a criança também se manteve isolada de outras pessoas, ficando em contato apenas com sua mãe e seu pai.

Aham, eu tive que me manter isolada das pessoas (+) Assim só com minha família dentro de casa, sem sair. (C12 - 9 anos)

Causando **dor e desconforto e implicando na necessidade de cuidado**, durante o período de infecção pelo SARS-CoV-2 algumas crianças apresentaram sintomas comuns à COVID-19. Elas referiram *“dor de cabeça todas as noites”* (C4), *“tontura, dor no corpo, fraqueza”* (C4), *“não queria comer, nariz escorrendo e febre”* (C5). Elas contam a experiência de infecção a partir de relato de como se sentiram naqueles dias ou alguma necessidade de cuidado marcante naquele período, como C17, que além de citar a dor cabeça descreve a intensidade do sintoma, fornecendo exemplos do que para ele agravou a dor, *“eu não conseguia ficar olhando, não conseguia escutar nada muito alto porque a dor de cabeça já começava”*, *“eu acordei 6 horas da manhã MUITO enjoado”* (C17) e C15 que para contar sobre a experiência de adoecimento, relatou que *“ficava chamando minha mãe porque eu tava quase vomitando em cima da cama”* e que teve que tomar um *“remédio horrível”*.

A criança C9 cita que quando infectada pelo vírus sentiu febre, fraqueza, inapetência e para dizer dos distúrbios gustativos ela descreve a maneira como se lembra de sentir o alimento. Esse modo de dizer em que a criança cita *“parece que a comida tava sem sal”*, por

exemplo, é a forma como ela encontrou de expressar que a comida estava diferente da maneira como ela era acostumada e como ela conhece. Sobre as mudanças provocadas pela infecção, como algo positivo, C10 conta que a família passou a ter mais cuidado, especialmente sua mãe M10, que trabalha como técnica de enfermagem.

Eu senti febre, corpo mole, falta de paladar que eu comia a comida e não sentia gosto de nada. Parecia que tava comendo nada. E parece que a comida tava sem sal, sem nada. Só tava a comida e preparada sem sal, sem tempero nenhum, sem óleo, sem NADA. (C9 - 9 anos.

Ah sim, a gente tomou mais cuidado pra não ter o risco de pegar de novo, né? A minha mãe ficou mais atenta, que ela é da área da saúde né? Ai tomou mais cuidado do que antes. (C10 - 9 anos)

Para C20, o adoecimento por COVID-19 repercutiu em sua condição de saúde ao longo do tempo. Após a infecção a criança passou a apresentar dermatites de repetição, necessitando de acompanhamento médico. Para a criança essa foi a única mudança que houve em sua vida devido à adoecimento.

Minha pele ficou muito frágil mas a gente/ nossa família não mudou não. (C20- 9 anos)

Para algumas crianças a infecção pela COVID-19 não foram identificadas **mudanças em sua rotina**, inclusive durante o confinamento elas referem que *“eu fiz igual é quando eu acordo, tomo café, depois almoço, depois janto”* (C1), *“fiquei fazendo tudo que eu faço, assistindo computador, vendo televisão.”* (C8). Entretanto, elas também mencionam alguma mudança no contato com as pessoas, nos estudos ou em algum hábito diário, caracterizados por ter *“que dormir separado da minha tia”* (C8), *“ninguém podia vir aqui em casa e quando vinha eu tinha que ficar no meu quarto, com a porta fechada”* (C9) e *“parei um pouquinho de estudar”* (C11). No caso de C12, durante o período de infecção pelo novo coronavírus ficou *“só mexendo no telefone”* o que representa a limitação de atividades que a criança conseguia fazer dentro do domicílio, pois nesse momento estava confinada em seu quarto.

Para expressar as mudanças em suas rotinas ocasionadas pela infecção pelo vírus, as crianças mencionam interrupção em hábitos que tinham com a família, impossibilidade de encontrar pessoas e de conversar com a família como antes.

Eu não gostei muito, principalmente porque eu tipo:// normalmente a gente acordava cedo e ia:// sair pra comprar pão de queijo na padaria ou num hortifruti e isso a gente não podia fazer mais (+) só ficava em casa. (C17 - 9 anos)

Não podia encontrar pessoas e ficar conversando mais tempo com a família como antes. (C23 - 9 anos)

O uso da máscara foi uma prática incorporada na rotina das crianças que possibilitou a prevenção do vírus, mas em certa medida também representou desconforto para elas, tanto durante o adoecimento quanto em outros momentos.

Com a emergência da pandemia, novos hábitos passaram a fazer parte da vida cotidiana, como o uso de máscaras e a higienização frequente das mãos. O uso da máscara, em especial, é retratado como uma obrigação e um incômodo. Dessa forma, tanto o uso da máscara (C3, C8, C17, C19, C20, C21, C23, C24), o distanciamento (C20, C22), e a necessidade de outros cuidados sanitários (C8, C23) é apresentado como motivo para preferirem a vida antes da pandemia. Isso é identificado nos fragmentos em que mencionam que antes *“não precisava usar máscara, nem ter todos esses cuidados”* (C3), *“ficar passando álcool toda hora”* (C23) e *“podia sair nos lugares”* (C20).

((sobre gostar mais dos seus dias antes ou depois do início da pandemia)) antes da pandemia. [...] Agora tem que usar máscara, tem que fazer muitas coisas mais. Usar máscara, passar álcool em gel. Por que com esse tempo assim, eu me sinto: / ter que usar máscara, ter que ter mais obrigação:, eu sinto que piorou. (C8 - 9 anos)

Eu gostava quando não tinha pandemia. Porque, por causa da pandemia, a gente teve que ficar de máscara, aí eu preferia quando não tinha pandemia. (C21 - 9 anos)

Eu gosto mais de que não existe pandemia, por causa que tem que ficar longe de todo mundo. (C22 - 7 anos)

Para as crianças retornarem às atividades que realizavam antes da pandemia, como frequentar os estabelecimentos e praticar esporte, é preciso incorporar medidas de prevenção do SARS-CoV-2. Entre as medidas de prevenção, o uso da máscara foi abordado pela maioria das crianças como um fator de incômodo que gera desconforto e piora a vida durante a pandemia. As crianças entendem a importância do uso do objeto, porém, enxergam essa necessidade como uma obrigação ao qual foram condicionadas, como verifica-se nas expressões *“agora tem que usar”* (C8), *“a gente teve que ficar de máscara”* (C21). Além disso, elas demonstram o descontentamento e desconforto, como constata-se pela fala de C24 *“a vontade de queimar é grande”*, se referindo à máscara.

Antes da pandemia (+) Porque tipo:, antes, agora a gente sai pra rua e a gente precisa ficar de máscara o tempo todo. Eu vou também fazer judô e natação. Natação não precisa de máscara porque não dá, mas judô eu sufoco naquela máscara. Ai: é horrível! (C17 - 9 anos)

Antes. (+) Na verdade é porque agora a gente tem que ficar de máscara em todos os lugares (+) incomoda a máscara e tem que ficar passando álcool toda hora. Às vezes a gente esquece e prejudica. (C23 - 9 anos)

Nossa, essa é muito fácil: antes da pandemia! Porque a gente não precisava ficar com aquela máscara grudada na cara. [...] a vontade de queimar é grande! (C24 - 9 anos)

A **mobilidade** foi verificada na fala das crianças ao mencionarem aspectos sobre seus dias na pandemia de modo a comparar sua vida atual com o período pré-pandêmico. Elas referem que antes da pandemia “*fazia mais passeios*” (C8) e além disso, podia “*ir na escola, ir no shopping e na praça*” (C13) e “*ser livres e fazer mais coisas*” (C23). Para C15 e C16, o principal motivo da preferência pelo tempo vivido antes da pandemia é não ter o mesmo contato que tinha com os amigos.

Quando não tinha pandemia, porque quando chegou começou a ficar chato, não posso ficar mais perto dos amigos. (C15 - 8 anos)

Antes da pandemia [...] porque eu podia ir lá embaixo ((se referindo a área comum do prédio em que vive)), ficar com meus amiguinhos do prédio. (C16 - 7 anos)

Ah, eu gostava antes porque, [...] a escola:: ela era normal. (C19 - 9 anos)

A faceta **energia e fadiga** fica em evidência quando elas referem o dia-a-dia após a pandemia “*é meio entediante, chato, sem graça, sem nada pra fazer*” (C5) e “*chato*” (C12). Elas referem esses sentimentos pois, durante a pandemia não realizam tantas atividades quanto antes, por isso acham os dias mais tediosos e com pouca diversidade de atividades.

### ***6.3.2 Repercussões no bem-estar psicológico e espiritual***

Considerou-se nesta subcategoria (Quadro 7) sentimentos positivos (contentamento, equilíbrio, alívio, paz, felicidade, esperança, alegria e gozo das coisas boas da vida) ou negativos (desânimo, culpa, tristeza, choro, medo, desespero, nervosismo, ansiedade e falta de prazer na vida) autoestima (sentimentos positivos ou negativos sobre si mesmo), imagem corporal (visão da criança sobre seu corpo), aprendizado, memória e concentração (visão da criança sobre sua memória, pensamento, aprendizado e capacidade de concentração), espiritualidade/religião/ crenças pessoais (crenças pessoais da criança e como isso afeta sua QV).

Quadro 7 - Domínio Psicológico

| Domínio Psicológico                             |  |               |   |   |   |
|---|--|---------------|---|---|---|
| Facetas   | Descrição  |               | Antes do adoecimento  | Durante o adoecimento   | Após o adoecimento                                    |
| Sentimentos Positivos                           | Sentimentos positivos de contentamento, equilíbrio, alívio, paz, felicidade, esperança, alegria e gozo das coisas boas da vida.      | Oportunidades | Felicidade por ter amigos, família e dias alegres.  |   |   |
|   |  | Prejuízos     | -   | -   | Pessoas já estão se vacinando.                        |
| Pensamento, aprendizado, memória e concentração | Visão da criança sobre seu pensamento, aprendizagem, memória, concentração e capacidade de tomar decisões                            | Oportunidades | Facilidade no aprendizado com apoio de professor particular.  |   |   |
|   |  | Prejuízos     | Aula por apostila, com cuidador primário como tutor.  |   |   |
|   |  |               | Limitações da tecnologia durante as aulas <i>online</i>   |   |   |
|   |  |               | Dificuldade de aprendizado, na concentração, queda no rendimento escolar. Dificuldades do estudo a distância. Diminuiu leitura e escrita. |   |   |
|   |  |               | A criança precisou se ausentar das aulas <i>online</i> .  |   |   |
| Autoestima                                      | Sentimentos positivos ou negativos sobre si mesmo  | Oportunidades | -   | -   | -   |
|   |  | Prejuízos     | -   | -   | -   |
| Imagem e aparência corporal                     | Visão da criança sobre seu corpo. Se a aparência do corpo é vista em uma forma positiva ou negativa está incluída nesta faceta.      | Oportunidades | -   | -   | -   |
|   |  | Prejuízos     | Realiza exercício para perder gordura (C9).   |   |   |
| Sentimentos negativos                           | Sentimentos negativos, incluindo desânimo, culpa, tristeza, choro, medo, desespero, nervosismo, ansiedade e falta de prazer na vida. | Oportunidades | -   | -   | -   |
|   |  | Prejuízos     | Medo no início da pandemia.   | Medo de ter COVID-19 para sempre, de desenvolver sintomas graves, precisar de hospitalização e medo de morrer. Medo de infectar | Medo de se infectar novamente e de perder familiares. |

|   |   |               |   |  |  |
|---|---|---------------|---|--|--|
|   |   |               |   | outras pessoas.  |  |
|   |   |               | -   | Medo de contar para a amiga que estava infectado (C8).   | -  |
|   |   |               | -   | Crianças mais tristes desde a infecção pelo coronavírus. | Crianças mais tristes desde a infecção pelo coronavírus. |
|   |   |               | Tristeza pela morte das pessoas e dos familiares.   |  |  |
|   |   |               | Saudade dos amigos e familiares.  |  |  |
|   |   |               | Ansiedade em decorrência da dificuldade nos estudos.  |  |  |
|   |   |               | Tristeza e raiva devido ao fechamento dos estabelecimentos, necessidade de distanciamento, não poder frequentar a escola, ter que utilizar a máscara. |  |  |
| <b>Espiritualidade /religião/crenças pessoais</b> | Crenças pessoais da criança e como elas afetam a qualidade de vida. | Oportunidades | Crença e oração como ajuda nos momentos difíceis e de medo.   |  |  |
|   |   | Prejuízos     | Fechamento da igreja e interrupção do catecismo.  |  |  |

Fonte: elaborado pela autora (2022)

A faceta **espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais** também é identificada nas falas das crianças, entretanto o referencial da QV não diferencia esses aspectos. Dessa forma, para esta análise iremos adotar os conceitos de Espiritualidade como aquilo que envolve valores pessoais, relaciona-se profundamente com o sentido da vida e da existência, promove o crescimento pessoal, facilita a reflexão sobre experiências de vida, e ajuda na adaptação a novas condições de vida. A religiosidade foi tomada como a expressão da espiritualidade através de ritos e práticas religiosas que lhes proporcionam uma conexão com o Divino ou o Sagrado e por fim as crenças pessoais entendidas como as crenças e valores pessoais são o que as pessoas valorizam mais em suas vidas e impulsionam sua fé (DUARTE *et al.*, 2022).

A prática espiritual é identificada no discurso de crianças como na entrevista de C8 que fala sobre a importância de que todas as pessoas colaborem de alguma forma e que um dos recursos que utiliza é da oração. porém, a criança relata que para o fim da pandemia ele utiliza da oração como um recurso espiritual para ajudá-lo a passar por esse momento. Entretanto, C8 reconhece que mesmo com a oração as pessoas precisam se cuidar e colaborar para o fim da pandemia.

Eu acho, eu acho::/ eu faço oração, mas também todo mundo tem que colaborar. Eu acho que se a gente colaborar uma hora, daqui um tempo a gente consegue acabar com isso. (C8 - 9 anos)

Sobre o fechamento dos estabelecimentos devido à pandemia inclui-se o não funcionamento de igrejas e a interrupção do catecismo, ambas práticas religiosas que fazem parte da dimensão espiritual e referidas por C9 e C24. C9 conta que quando a igreja fechou precisou ficar um tempo sem ir, mas que desde que voltou a funcionar continua frequentando semanalmente com sua família e que “*ama ir pra igreja*”. A oração foi um recurso que C24 disse utilizar e que a ajudou quando se sentiu mais preocupada e que ajudou C21 a não sentir medo quando foi infectada pelo novo coronavírus.

A gente fica muito triste que não pode ir nas coisas né? Até que a igreja aqui não fechou não. Fechou um tempo, mas depois abriu de novo e a gente tá indo na igreja. Sexta feira, toda sexta feira a gente vai na igreja. Porque pra mim é muito bom, né? Quem não gosta de ir pra igreja? Eu AMO ir pra igreja! (C9 - 9 anos)

Senti falta do Catecismo. Eu acho gostoso de ir. [...] Eu rezo, eu e minha mãe a gente sempre reza e isso ajudou quando eu fiquei mais preocupada. (C24 - 9 anos)

((ao ser perguntada sobre sentir medo quando foi infectada pelo coronavírus)) Não. Porque eu orei. Aí eu leio a bíblia também e isso ajuda. (C21 - 9 anos)

A crença em um ser superior também é expressa por C22 que conta em sua entrevista que para ser feliz precisa de “*Jesus e Deus e Maria*” (C22). A criança também conta que quando estava infectada pelo novo coronavírus rezou por ajuda.

Outra repercussão identificada na vida das crianças diz respeito ao **aprendizado, memória e concentração**. Esta faceta foi construída especialmente pelas informações das crianças relacionadas às suas atividades escolares. Embora não tenha sido verificado se as situações descritas durante a pandemia ocorriam anteriormente, cabe serem consideradas por terem sido identificadas por elas neste contexto com maior expressão ou demandando a mobilização de algum recurso, como a ajuda de algum familiar ou a contratação de um profissional. As crianças mencionaram possíveis dificuldades relacionadas à realização das atividades escolares durante o ensino remoto. Mencionaram também se contavam, ou não, com o apoio de alguém para ajudá-los, como, por exemplo, C1, que conseguiu realizar as atividades enviadas pela escola e contava com uma professora particular. C2 conseguia realizar as atividades escolares e relatou não precisar da ajuda dos pais. C4, apesar de precisar empenhar-se para manter a atenção nas aulas, também não percebeu dificuldades em realizar as tarefas escolares. Por outro lado, a maioria das crianças informou ter tido dificuldade nas lições de casa, como, por exemplo, C3 que disse “*é eu tive um pouco de dificuldade*” (C3). Para C8, a dificuldade de aprendizagem está na apreensão do conteúdo, uma vez que a criança refere que “*esquece as coisas um pouco rápido*” (C8). C24 conta que “*quando tinha dificuldade em alguma matéria, a minha mãe tinha que contratar uma professora particular.*” (C24).

Quando C5 foi perguntada se era difícil acompanhar as aulas a criança refere muita dificuldade. Para ela, manter a atenção foi uma tarefa árdua e alguns momentos foram desafiadores como é possível identificar em sua fala. O descontentamento da criança também fica evidente ao ser enfática e elevar a voz para na palavra “MUITO” para destacar.

((sobre ser difícil acompanhar as aulas)) MUITO! É:: eu tentava prestar atenção na professora e não ligar pras pessoas conversando, e tentava falar bem alto pra ver se ela me escutava. [...] algumas delas eram impossíveis ((atividades escolares)), e ninguém me ajudava né? As vezes minha mãe. (C5 - 8 anos)

Quando a pandemia iniciou, C11 estava no segundo ano do ensino fundamental e sua escola adotou o ERE, porém, nesta fase escolar a instituição em que a criança estudava não reprovava o aluno. Em 2021, ao mudar para o terceiro ano, C11 descobriu que naquele momento existia a possibilidade de reprovação escolar e isso aumentou consideravelmente a

ansiedade da criança. Este fato foi relatado pela mãe M11, e também por C11 em seu discurso. Essa ansiedade repercutiu no aprendizado da criança e em seu desempenho escolar, o que fica evidente no discurso de C11 que começou a tirar menos pontos.

No segundo ano eu não tinha `bomba`, mas no terceiro ano quando eu descobri que tinha bomba eu comecei a fazer as provas nervoso. Comecei a tirar menos pontos que eu tirava. (C11 - 8 anos)

As crianças referem em seus discursos dificuldades de aprendizado relacionadas ao estudo em casa, não aprender diretamente com a professora e do uso de tecnologias para mediar os estudos, o que pode trazer uma complexidade adicional e comprometer a avaliação das crianças sobre essa experiência. C9 conta que a maioria das vezes o aprendizado foi “*complicado*” e C10 menciona que quando tinha dificuldades “*tinha vez que eu mandava no chat e eu pedia pra minha professora me mandar foto pelo Whatsapp®*”. C21 também refere em sua entrevista que na escola “*é mais fácil de entender, porque tinha vez que a internet caia, tinha vez que a luz acabava*” (C21).

É, eu achei muito complicado pra mim porque a maioria das vezes tinha coisas que eu não sabia e é muito complicado assim pra fazer as coisas se a gente não sabe fazer. (+) Eu falava com minha mãe, ou se minha mãe não conseguisse mandava mensagem pra minha professora e aí minha professora conseguia ajudar a gente. (C9 - 9 anos)

Algumas dificuldades, porque eu acho que a gente consegue entender quando você está vendo a professora e consegue tirar as dúvidas com ela. Eu tirava as dúvidas com a professora, mas mesmo assim era muito mais difícil de entender porque o microfone trava:va, meu áudio não funcionava, a câmera não abria. (C17 - 9 anos)

A criança C19 que não teve acesso a aulas remotas, refere que durante a pandemia diminuiu muito a leitura e a escrita por isso se deparou com muita dificuldade no aprendizado das matérias. Para tirar as dúvidas a criança contava com a ajuda dos pais, o que indica que durante a pandemia os familiares cumpriram papel importante no apoio escolar aos filhos, o que pode ser também percebido nas falas de outras crianças como C13 e C16 que também solicitaram a ajuda da mãe. Esse fato também foi desafiador para os pais e exigiu que despendessem tempo e preparo para apoiar as crianças no estudo.

Sim, MUITA! Porque nesse tempo que eu fiquei parada eu diminuí muito a leitura e a escrita. [...] Eu sempre perguntei à minha mãe e ao meu pai porque eu acho muito errado isso de pesquisar no *google*. (C19- 9 anos)

Nesta investigação, as crianças expressaram os seus **sentimentos** em relação ao seu modo de vida, à necessidade de distanciamento social, especialmente sobre o fechamento dos estabelecimentos, e sobre a infecção pelo coronavírus.

As crianças possuem uma apreciação positiva sobre as suas relações cotidianas com a família, amigos e as oportunidades de lazer. Esses fatos são sinalizados pelos discursos das crianças que dizem ter uma boa QV *“porque eu tenho amigos, minha família eu sinto que me ama, hã... tudo que eu quero eu tenho”* (C19), *“todo dia, pra mim o dia é muito alegre”* (C22). Em sua entrevista C21 ressalta o empenho dos pais para oferecerem *“tudo do bom e do melhor”* e *“eu quero comprar uma comida quinta-feira, meu pai compra domingo”* (C6) . Para C23, menciona que ter uma casa, comida, amor e amizade é ter uma boa QV. Considerando que os aspectos apresentados pelas crianças, em sua maioria dependem também de recursos financeiros, cabe destacar que a condição econômica de C6 e C23 se aproximam, sendo a renda per capita R\$4000,00 e R \$5000,00, respectivamente. C21, que também relata aspectos que dependem de recurso financeiro, possui renda per capita de R \$1250,00. As outras duas crianças, C19 e C22, possuem renda per capita de R \$1000,00 e R\$950,00, respectivamente.

Sim, eu acho porque minha mãe e meu pai faz de tudo pra me dar tudo do bom e do melhor. Pra mim e pro meu meu irmão (+) e eles também brincam com a gente. Quase todo sábado a gente vê um filme::, ai vou na casa da minha avó:: Ai minha prima vem brincar comigo. Eu acho que eu tenho tudo disso. (C21 - 9 anos)

Porque eu tenho uma casa, comida, eu tenho amor pela família, eu faço amizade rápido e fácil e tenho mui::tos amigos. (C23 - 9 anos)

Por outro lado, identifica-se **sentimentos negativos** em decorrência da pandemia e da infecção pelo vírus. Sentimentos como tristeza e raiva foram comuns a toda pandemia, entretanto o medo esteve em evidência no período de infecção pelo vírus. No discurso de C1, a criança conta que se sentiu *“triste”* e justifica a impossibilidade de frequentar os estabelecimentos e principalmente o impedimento de visitar sua avó. No dia da entrevista, C1 conta que foi a primeira vez desde o início da pandemia que foi visitar os avós, pois agora eles estavam vacinados. Para C6 o fechamento dos estabelecimentos não foi legal, isso porque *“porque eu gostava de passear no zoológico e várias coisas”* (C6). Além disso, com o distanciamento social, C6 também se sentiu triste por não poder brincar com a amiga.

Achei ruim, porque eu nunca mais fui ao parque. [...] Eu me senti um pouco triste, porque as coisas fecharam, eu não podia ir para casa da minha avó. (C1 - 8 anos)

Me senti triste quando eu ficava lá sozinha, querendo brincar com minha amiga N. Eu queria dormir na casa dela e não dava. (C6 - 7 anos)

Sentimentos semelhantes também foram mencionados por C2 e C4, as crianças acharam “ruim” e sentiram-se “triste” e com “raiva” devido ao fechamento dos estabelecimentos, especialmente por não poder voltar à escola. C2 relata que por não poder ver os amigos da escola não consegue se divertir como antes e C4 menciona ainda que sentiu “raiva porque não dava pra fazer nada em casa”.

Ruim! Porque eu queria voltar pra escola. Eu estou no segundo ano e eu não consigo me divertir com todos os amigos. Eu me senti um pouco triste, porque eu não podia voltar pra escola. (C2 - 7 anos)

Para C3, C5, C10, C18, C21 e C23 fica evidente que as crianças entendem a necessidade do fechamento dos estabelecimentos. Para elas foi importante o distanciamento social “*senão todas as pessoas ia ter ficado nesses lugares, aí muitas pessoas ia pegar o coronavírus*”. porém, no caso de C3, a criança também relata o descontentamento em não poder sair.

É:: eu achei certo e também não gostei muito porque a gente não pode sair e também não pode se aglomerar e esses são os lugares mais aglomerados. (C3 - 9 anos)

Ah eu achei:: / eu não gostei na verdade, né? Mas eu entendi! É pro bem das pessoas que não podia, e as pessoas não respeitam isso. [...] Que todo mundo aglomera, quando abre uma coisa, elas vão lá e vai todo mundo, de uma forma que não tem necessidade. (C10 - 9 anos)

C10, ao relatar que entende o fechamento dos estabelecimentos, mas que não gostou, também menciona o sentimento de tristeza por ter que mudar sua rotina e ficar em casa. Isso foi percebido no discurso de C13. A criança menciona além da tristeza, a saudade por ficar muito tempo sozinha, e conta que às vezes volta triste da escola, mesmo sem entender o motivo, o que indica que a pandemia pode ter repercussões importantes no bem-estar das crianças.

Eu fiquei muito triste porque não podia sair e eu sou uma pessoa que gosta muito de sair, eu não gosto de ficar dentro de casa sabe? Eu gosto mais de sair. (C10 - 9 anos)

Por causa da saudade, por causa de ficar muito tempo em casa e de ficar sozinho. [...] É, mas às vezes eu volto da escola triste:: (+) o porque, eu não sei. Às vezes por alguma coisa e às vezes sem motivo. (C13 - 9 anos)

C5 também menciona em sua entrevista sentimentos como tristeza e raiva referentes a necessidade de distanciamento, não poder frequentar a escola, ter que utilizar a máscara e

menciona que o distanciamento pode fazer a pessoa se sentir presa e sozinha. É importante atentar para o discurso de C5 que perdeu sua tia-avó por COVID-19 no dia de seu aniversário. A perda de um ente querido tornou a experiência ainda mais difícil para a criança. Situação semelhante também é evidenciada na fala de C19 que perdeu mais de um familiar em função da COVID-19 e C20 que perdeu sua avó. No caso de C20, a criança refere ainda que além da perda da avó se sente triste pela sensibilidade de sua pele desde a infecção pelo vírus.

Sim, bem triste e com muita raiva! Quando eu queria sair pra escola e não podia. E as vezes quando precisava sair mesmo usar máscara e isso sufoca a gente, deixa a gente sem ar. Porque não tinha como sair de casa, a gente fica muito preso, sozinho, não fala com ninguém. [...] A::h, porque não pode sair, não pode conversar com as pessoas, não pode abraçar, ficar perto. (C5 - 8 anos)

Primeiro por causa da minha vó, né? Faleceu, né? Faleceu por causa da Covid e agora minha pele tá muito sensível por conta da alergia. (C20 - 9 anos)

Em sua entrevista C8 conta que também se sentiu “triste” e com “raiva”. A criança refere descontentamento sobre os estabelecimentos que infringem as normas sanitárias e abrem as portas e sobre as diretrizes de volta às aulas presenciais mesmo quando as crianças ainda não tinham indicação de vacinação.

Agora começou a dizer que nada abre domingo, nada mesmo, mas mesmo assim ainda tem algumas coisas que abre. E mesmo:: / é:: / e sabe uma coisa que eu acho muito ruim? Que eu não aprovaria com certeza? Em agosto as aulas vão voltar obrigatoriamente. não deveria acontecer isso. O governador resolveu abrir tudo... escola... e as crianças nem vacinou ainda do covid porque não pode. Só por causa que vacinou acha que já pode liberar tudo. A aula com certeza vai voltar e eu fico com raiva porque vou ser obrigado a ir na escola sem querer. Eu gosto de ficar aqui *online* porque é mais seguro. (C8 - 9 anos)

Com o prolongamento da pandemia, C8 menciona ainda se sentir triste pois acreditava que em 2021 a pandemia já teria tido fim.

Não mudou muita coisa mas é meio triste. Eu achava que em 2021 o coronavírus ia acabar e eu achei que eu ia fazer uma mega festa pra todo mundo que perdeu parentes. Mas eu ainda estava com esperança, agora eu acho que isso nunca vai acabar. Pode demorar muito tempo, porque é uma coisa sem cura. (C8 - 9 anos)

Assim como C8, C17 também referiu que sentiu raiva várias vezes. Isso porque, com a pandemia por apresentar sintomas gripais, não pode ir ao clube com o restante da família. A criança refere que a pandemia isola e causa a morte de várias pessoas. Desde que pegou o vírus C17 refere estar mais triste, e segundo a criança “*pra falar sério eu não sei falar porque, mas eu sinto isso*” (C17). Aspectos semelhantes foram identificados na fala de C21.

Tipo, como se um dia eu tava gripado, eu queria ir pra um clube que minha irmã tava, tinha ido com meu pai. Tipo eu fiquei com muita raiva que eu não podia ir. Porque:: (+) a gente fica mais isolado, a gente perde contato com várias pessoas.. Várias pessoas morrem, falecem. (C17 - 9 anos)

Eu fiquei com raiva, por causa da Covid ter vindo pro Brasil. Porque a gente::, a gente queria sair, queria se divertir, aí chegou a doença e não podia porque senão a gente ia passar mal. E também acontece que algumas pessoas morrem, o que é triste. (C21- 9 anos)

C12, definiu o fechamento dos estabelecimentos como “*chato demais, muito chato*”. Para a criança o descontentamento com isolamento e fazer sempre as mesmas atividades em casa fica evidente em seu discurso, e é como a maneira expressa que seus dias foram entediantes. Além disso, a criança também expressa “raiva” por não poder estar com os colegas.

Chato demais! Muito chato! Porque você não podia fazer nada. Você não podia sair para brincar. Só ficava dentro de casa brincando com as mesmas coisas, fazendo as mesmas coisas (+) eu já me senti com muita raiva porque eu não tava com meus colegas eu não podia brincar, falar sobre o que eu gosto, essas coisas assim (C12 - 9 anos).

Quando perguntadas se em algum momento durante a infecção pelo coronavírus ou durante a pandemia sentiram medo, a maioria das crianças afirmaram que sim. Para muitas delas o principal medo era de morrer como no discurso de C9, C13, C16, C18 e C24. Para C9, esse medo vinha especialmente da maneira como a criança enxergava a pandemia, como uma “*guerra mundial*”.

Eu fiquei com muito medo (+) Do vírus né? Porque eu tenho muito medo de morrer, então né? Então, né, quando a minha tia ficou de Covid eu fiquei muito triste que não podia abraçar ela, né? É, eu senti medo porque eu:: é:: porque eu sentia medo né? Porque eu vi como uma guerra mundial e eu não sabia um pouco o que era e eu tinha 8 anos e eu não sabia né, o que que era isso. Pra mim era guerra mundial e era uma coisa que todo mundo morria. (C9 - 9 anos)

Fiquei com medo e preocupada de pegar o vírus e morrer. (C24 - 9 anos)

As crianças também relatam o medo de se infectar novamente, como C5, C12, C14 e C17. Este último justifica o medo especialmente por se recordar de momentos negativos que viveu quando estava infectado, como dor de cabeça, noite mal dormida e outros sintomas.

Ah, de coisas que eu já tenho medo normalmente e também de tipo pegar o Covid de novo e ficar com aquela dor de cabeça horrível! de novo acordar 3 horas da manhã e ficar com aquilo (+) Tipo, eu gripei várias vezes depois, mas por sorte não foi Covid. (C17 - 9 anos).

Eu ainda tenho medo. Meu amigo L, ele ta com umas primas que ta com coronavírus, aí eu to com medo de pegar também. (+) De acabar pegando coronavírus encostando em algum lugar. (C14 - 7 anos)

As crianças também referem o medo de desenvolverem a forma grave da doença e precisarem ser entubadas ou internadas, como relatado por C10 e C12.

É, eu tive isso, medo de ficar internada, entubada, eu sentia medo disso. (C10 - 9 anos)

Eu to mais triste assim, porque eu tenho medo de pegar de novo:: aí der alguma coisa mais rara assim (+) mais grave. E eu ter que me isolar das pessoas que eu gosto, ainda mais minha mãe e meu pai, porque se eu tenho que isolar da minha mãe eu morro. Eu e minha mãe é um grude ((risos)) [...] eu tenho medo de que isso dure para sempre. (C12 - 9 anos)

C11 também teve medo de ser hospitalizado, especialmente considerando que havia perdido a avó paterna pela COVID-19. Entretanto, a criança indica que esse medo diminuiu porque agora que seus familiares estão vacinados o mesmo se sente mais seguro. C5 que também teve a experiência de perder familiares relatou o medo de se infectar novamente e outros familiares morrerem.

Quando eu comecei o vírus eu fiquei com medo, assim... de ir pro hospital, mas aí depois agora que minha mãe, meu pai tomou a vacina igual a maioria das outras pessoas da minha família tomou eu fiquei mais tranquilo. Porque aí, as crianças, tipo eu e o E. aqui do sítio, R. a gente fica seguro. Eu acho que eu tive medo de minha mãe. A maioria dos parentes tava no hospital, aí ela também ficar/ fiquei com muito medo, porque pegou e minha vó morreu e meu tio G. (C11 - 8 anos)

Eu sinto medo de pegar de novo e de alguém morrer. Acho que estou um pouco mais triste. (C5 - 8 anos)

As crianças também referiram o medo de “*passar para outras pessoas*” (C1), especialmente familiares mais frágeis, como no caso de C3 “*minha vó teve covid também, aí eu fiquei com medo dela morrer*”. Para C21 e C22 o principal “*medo era ficar doente para sempre*”. Essa percepção também se deve ao pouco conhecimento que se tinha do vírus ao início da pandemia, além da necessidade de uma quarentena que durou mais do que se previa inicialmente.

Um medo diferente dos relatados até aqui foi referido por C8. Quando foi infectado pelo vírus, o medo da criança foi de ser estigmatizado. Com medo de perder a amiga que sempre brincava com ele, C8 teve medo de dizer que estava infectado e para se negar a brincar com ela o mesmo preferia dizer que sua tia era que não o permitia brincar.

A gente fica sem poder brincar, tipo, eu tenho uma amiga que mora aqui que é minha vizinha e ela ficou me chamando toda hora pra ir brincar lá embaixo, mas eu ficava com medo de contar pra ela e ela nunca mais quer brincar comigo. Então resolvi não contar, fiquei falando que era minhas tias que não deixavam. (C8 - 9 anos).

Algo que chama a atenção na fala de uma criança é a maneira como ela percebe sua **imagem corporal**, durante a pandemia. C9 refere que engordou durante a pandemia por isso a criança conta ter utilizado um aplicativo de celular que “*você perde gordura*” ou utilizar a academia da cidade. A importância da prática da atividade física para C9 fica evidente quando a criança fala que se sentiu mais leve. Entretanto, deve-se atentar também a sua fala que considera o exercício especialmente pensando na perda de peso. A criança em questão não tem sobrepeso, porém, tem acesso à diversas redes sociais, que reforçam padrões de beleza irreais. Este fato pode estar relacionado a maneira como C9 percebe sua autoimagem.

Dentro de casa. Eu baixei um aplicativo que você perde gordura. Porque eu tava com 37,38 e já passei pra 40. Aí eu consegui é... perder 1 kg. E no outro dia minha mãe foi no CRAS, eu aproveitei e perto do CRAS tinha o campo e tinha o exercício físico, aí eu fiquei lá praticando e cheguei em casa e tomei banho e eu me senti mais leve. (C9 - 9 anos)

### **6.3.3 Repercussões nas Relações Sociais**

Nesta subcategoria (Quadro 8) consideramos as relações pessoais (até que ponto a criança sente o companheirismo, o amor e o apoio que desejam das relações íntimas(s) em suas vidas. Os aspectos físicos de intimidade como o abraço e o contato também são incluídos) e apoio social (o quanto a criança sente o compromisso, a aprovação e a disponibilidade de assistência de familiares e amigos). Trouxemos segmentos em que a criança descreve sua relação com seus amigos ou com a família. Foi construída por fragmentos dos discursos nos quais as crianças relataram ter tido a oportunidade de se aproximar de algum parente, união da família ou a falta de contato com amigos, entre outras situações. Incluiu-se também relatos sobre as dificuldades ou oportunidades de socialização em decorrência da pandemia, seja com amigos ou com a própria família.

Quadro 8 - Domínio Relações Sociais

| Domínio Relações sociais |   |               |   |  |  |
|--------------------------|---|---------------|---|--|--|
| Facetas                  | Descrição   |               | Antes do adoecimento  | Durante o adoecimento  | Após o adoecimento   |
| Relações pessoais        | Até que ponto a criança o companheirismo, o amor e o apoio que desejam das relações íntimas(s) em suas vidas. Os aspectos físicos de intimidade como o abraço e o contato também são incluídos. | Oportunidades | Passar mais tempo com os pais.  |  |  |
|                          |   |               | Possibilidade de contato com familiares que antes não viam muito, devido ao trabalho <i>Homeoffice</i> .                  | -  | Possibilidade de contato com familiares que antes não viam muito, devido ao trabalho <i>Homeoffice</i> . |
|                          |   |               | Possibilidade de encontrar amigos, quando esses moravam no mesmo prédio ou condomínio.                                    | -  | Possibilidade de encontrar amigos, quando esses moravam no mesmo prédio ou condomínio.                   |
|                          |   |               | Contato com amigos por meio da <i>internet</i> .  |  |  |
|                          |   |               | Contato com os amigos durante as aulas <i>online</i> .  |  |  |
|                          |   | Prejuízos     | Crianças ficaram limitadas ao contato com o núcleo familiar.  |  |  |
|                          |   |               | Impossibilidade de encontrar com os amigos da escola. Saudade dos amigos.   |  |  |
|                          |   |               | Contato com amigos limitado ao uso da <i>internet</i> .   |  |  |
|                          |   |               | Impossibilidade de comunicação com pessoas fora do núcleo familiar, inclusive pela <i>internet</i> .                      |  |  |
|                          |   |               |   | Necessidade de ficar dentro do quarto, contato limitado inclusive com os responsáveis. |  |
| Suporte Social           | O quanto a criança sente o compromisso, a aprovação e a disponibilidade de assistência de familiares e amigos.  | Oportunidades | Pais criaram estratégias para as crianças se divertirem em casa.  |  |  |
|                          |   | Prejuízos     | Se sentia obrigada pelo pai a sair de casa para praticar esporte, enquanto tinha medo da COVID-19 e não se sentia seguro. | -  | -  |

Fonte: elaborado pela autora (2022)

No que diz respeito às **relações pessoais**, com o fechamento das escolas muitas crianças ficaram limitadas ao contato com seu núcleo familiar. C1 por exemplo, não teve como encontrar os amigos pessoalmente e a relação com eles se deu apenas via internet. Fora as pessoas que convivem no mesmo domicílio, algumas crianças tiveram a oportunidade de visitar outros parentes como C3 que mesmo durante a pandemia frequentava a casa da avó. C3 tem um amigo e durante a pandemia conversaram pelo *Whatsapp*® e jogavam *online* e situação semelhante foi identificada na fala de outras crianças, como C4 que devido ao fechamento da escola só conseguiu se encontrar com os amigos do prédio, por isso, também usou a tecnologia para manter contato com os colegas. C2 “*não via mais os amigos*”, e o único modo de contato com eles durante a pandemia foi por meio da tecnologia, inclusive alguns deles só se “*via na aula online*” (C2).

É, eu tenho um amigo, ele chama G, ele mora lá no bairro da minha avó. A gente conversava no *Whatsapp*® e a gente também jogava. (C3 - 9 anos)

Agora eu só encontro com os ((amigos)) do prédio, os outros amigos só de vez em quando que a gente fica conversando pelo:: Plataforma de vídeo chamada 1. E é ruim porque é bem melhor conversar presencialmente do que *online*. (C4 - 9 anos)

Há relatos de momentos em que as crianças contavam com a presença de sua família, porém, devido ao surto de COVID-19 não foi possível mesmo em datas importantes “*ninguém foi no meu aniversário né?*” (C17). Dessa forma, as crianças falam do distanciamento da família, e de dizerem da saudade que sentiram, entretanto C23 é a única que usa a palavra “*saudade*” em seu discurso.

Eu acho que com a qualidade da minha vida ela não mexeu muito. (+) Apesar de que:: um pouco em relação aos amigos, aos parentes (+) Porque tipo::, da parte da minha mãe, na quarentena ninguém foi no meu aniversário né? Eu me senti mal. (C17 - 9 anos)

Durante, ((a pandemia)) ela piorou ((qualidade de vida)), mas agora que está passando está voltando ao normal. [...] Piorou no sentido de saudade e não poder ver todas as pessoas da família, me deixava triste. (C23 - 9 anos)

A criança C6 também conta que, durante a pandemia, não pôde se encontrar com sua amiga N e dormir na casa dela como tinha costume, porém, como sua mãe tinha o celular da mãe de N, C6 conseguia conversar e brincar com a amiga, mantendo o contato mesmo que de longe. Situação semelhante também foi identificada na fala de C19 e C20. Ambas referem que não gostam de manter a comunicação pela distância.

Me senti triste quando eu ficava lá sozinha, querendo brincar com minha amiga N. (+) Eu queria dormir na casa dela e não dava. [...] Eu consegui conversar com ela porque minha mãe tem o número da mãe dela, aí a gente conversa um pouquinho pelo celular. E também (+) eu ficava triste porque não conseguia ir na casa da minha amiga B, sabe? Que eu via ela desde quando a gente tinha 5 meses. (C6 - 7 anos)

Sim, minhas colegas é:: da sala, só que agora elas ne::m (+) são muito da minha sala. [...] A gente conversava pelo celular, né? Pelo *Whatsapp*®. Eu não gostei nada, porque antes a gente ia na casa uma da outra, brincava: reunia todo mundo em aniversário. Hoje a gente só conversa mesmo pelo *Whatsapp*®. (C19 - 9 anos)

A gente brincou pelo *Whatsapp*® e brincar com os amigos a gente não brincou muito não. (+) Achei bem chato. Porque a gente não tinha contato mais. (C20 - 9 anos)

O uso da tecnologia para o contato das crianças com os colegas foi além da possibilidade de comunicação. Os dispositivos permitiram que as crianças brincassem e assistissem filmes e séries juntos. As crianças reinventaram suas atividades adaptando a realidade da pandemia, como pode ser evidenciado nos discursos de C10 e C11. Entretanto é importante ressaltar que as limitações referentes a esses dispositivos também apresentam ponto negativo na experiência de socialização entre as crianças na pandemia, uma vez que problemas, como, por exemplo, a falha na conexão pode comprometer a socialização e o momento de lazer dessas crianças. C15 utiliza em sua entrevista a expressão “*brincava à distanciamento*”. Essa é a maneira da criança dizer que consegue brincar com o primo, porém, por meio de jogos e celular. Na fala de C21, que também usava plataformas de vídeo chamada para conversar e brincar com os amigos, a criança expressa que essa relação à distância não era o suficiente para ter contato, o que fica evidente no fragmento “*o difícil foi, é porque a gente tava distante*”.

Eu brincava com meu irmão, eu e meus colegas a gente fazia chamada de vídeo pelo celular (+) é:: eu via série com eles, filme. (C10 - 9 anos)

Sim, os amigos da minha escola e sem ser da escola. Meu amigo que saiu da escola também, a gente ficava *online* jogando. [...] A gente joga *Among Us*®<sup>12</sup> que é um jogo tão legal que a gente fica rindo. [...] Eu gostei mas não tanto assim porque a ligação pode cai::r, mas agora que eu tenho o celular e o tablet eu posso jogar e ligar. (C11- 8 anos)

A gente ligava uns pros outros. (+) A gente fazia um grupo no *Whatsapp*® ou na Plataforma virtual 1 que é o aplicativo que a escola usa que eles deixa usar é:: privado aí a gente conversava. A gente brincava pelos jogos assim! Foi um pouco difícil mas também foi muito legal. O difícil foi, é porque a gente tava distante e também as vezes caia (( a ligação *online*)). (C21 - 9 anos)

---

<sup>12</sup> *Among Us*® é um jogo eletrônico *online*, dos gêneros jogo em grupo e sobrevivência (YORK, 2020).

Mesmo com a possibilidade da comunicação por via *online*, isso ainda não é suficiente para que essas crianças se sintam pertencentes a um grupo ou que sintam-se próximas umas das outras, como é identificado na fala de C24 que também utilizou a *internet* para conversar e brincar com os amigos.

Foi muito ruim, porque normalmente a gente se encontra e quer brincar, e algumas pessoas já tinham mais um pouco de saudade, mas outras dava mais saudade ainda. Porque eu vejo a pessoa e não posso tocar na pessoa. (C23 - 9 anos)

A possibilidade de conversar com os amigos e jogar via *internet*, como visto até aqui, ocuparam papel importante na interação que as crianças tiveram durante a pandemia, porém, não foram totalmente a única possibilidade de brincarem juntos que as crianças tiveram. C17 por exemplo conta que realizava chamadas de vídeo com os amigos e eles brincavam de bonecos, cada um em sua casa, porém, imaginando que estavam no mesmo lugar. Para C17, essa estratégia foi menos divertida do que brincar presencialmente, porém, a criança reconhecia que era o bastante considerando que algumas pessoas não conseguiam sequer conversar.

A gente entrava nessa reunião, na reunião da Plataforma virtual 2 e a gente conversava, a gente jogava pelo computador. (+) Eu fiquei muito tempo sem jogar pelo computador, mas foi porque eu comecei porque a tipo:: a gente brincava de boneco só que um na casa, como se estivessem no mesmo lugar. Eu acho que foi menos divertido, mas também foi bastante, porque pela época muita gente nem conseguia conversar né? (C17 - 9 anos)

Outras crianças ficaram limitadas ao contato com pessoas próximas e não conseguiram manter o convívio e nem mesmo a comunicação com outros colegas, como descrito por C5. Em seu relato a criança conta que não tinha como conversar com as amigas e apenas conseguia vê-las na aula *online*. Quando perguntada se durante as aulas remotas ou intervalos conseguia conversar com as amigas, C5 respondeu que “*não, nunca dava*”. A criança ficou a maioria do tempo durante a pandemia em contato com suas primas que iam à sua casa. Durante a pandemia, a restrição no contato com outras crianças e até mesmo outros adultos pode trazer repercussões importantes, especialmente porque as crianças sentem falta de socializar com os pares, o que pode ser identificado na fala de C5 quando a criança diz que sente falta da escola, dos amigos, das aulas de educação física e de professora. Em sua entrevista C9 também conta que só consegue o contato com as amigas da escola durante as chamadas da aula, diferente de C5, C9 e C12 conseguem aproveitar os intervalos para conversar com os colegas.

Na escola que eu conversava bastante com minhas amigas. Como não tinha o contato delas, só no telefone com minha mãe no grupo das mães eu não pude conversar com elas. Só via elas na aula *online*. Ai eu fiquei bem triste também. [...] Sinto mais falta da minha escola! Do recreio! Não, é os meus amigos::s (+) meus amigos! E das aulas de educação física e da minha professora! (C5 - 8 anos)

Não, porque eu consigo falar com elas, dar oi, só quando que em chamada de escola mesmo que tem todo mundo. (C9 - 9 anos)

Ah, eu aproveitava na hora do recreio da aula *online*. A professora deixava a aula aberta, aí quando eu terminava de lanche eu ia conversar com meus colegas porque sempre tinha alguém lá. [...] brincar não, mas a gente ficava conversando de jogos, sobre como a gente tava, essas coisas. (C12 - 9 anos)

O relato de C5 e C9 nos permite identificar que em uma situação em que não há possibilidade de interação, as relações pessoais das crianças também se fragilizam. A única relação que C9 conseguiu manter durante a pandemia foi com uma amiga que estuda na mesma sala e mora no mesmo prédio que ela.

Eu ficava sem brincar, com meus amiguinhos da escola porque na escola a gente brincava de pega pega, de pique esconde. E só tinha eu né? Dentro de casa, não podia vir ninguém. Eu só brincava no pátio aqui do meu prédio com uma amiga da escola, da mesma turma, ela mora no mesmo prédio. (+) ela mora no mesmo prédio que eu, estuda na mesma série e na mesma escola. Aí eu levava carrinho, boneca lá pra baixo, ela levava a dela:: A gente brincava. (C9 - 9 anos)

No caso de C8, por exemplo, a criança relata que tinha amigos na escola, porém, já não os considerava amigos. Para C8 seus amigos são os primos que ele tem mais contato.

Acho que não tenho muitos amigos não. (+) Amigos de escola eram os únicos, mas não considero muito amigos não. Meus amigos mesmo são meus primos que vejo mais. (C8 - 9 anos)

A escola é um momento que além da educação promove a convivência das crianças com seus pares e é um ambiente de interação e desenvolvimento para elas. As experiências que as crianças têm quando frequentavam a escola no modelo presencial confirmam como exercer as atividades no coletivo é importante para elas. Isso é possível de ser identificado na fala de C12, por exemplo, que conta o que ela mais gostava quando tinha aula presencial.

Na hora do recreio que a gente ficava brincando, também no final da aula a gente tinha que ficar esperando os pais chegarem aí sobrava lanche do recreio e a gente fazia um lanche coletivo:: na hora do recreio fazia lanche coletivo, essas coisas. (C12 - 9 anos)

Além da socialização ou não com os amigos, as crianças também relatam sobre a relação com outros familiares. No caso de C18, seus familiares mais distantes que ela não via

com frequência antes da pandemia, começaram a trabalhar no modelo remoto e passaram a visitar a criança mais frequentemente. Dentre as crianças participantes, C21 foi a única criança que expressou a melhora da QV.

Porque algumas pessoas da minha família eu não via muito antes, aí depois da Pandemia eles tão vindo mais aqui porque conseguem trabalhar de casa. (C18 - 9 anos)

Melhorou! Porque:: porque assim, juntou mais a família. Não mudou nada aqui em casa, mas eu ganhei mais presente de natal, foi muito legal! (C21 - 9 anos)

Sobre o **apoio social**, identifica-se que existem situações que elas percebem o suporte e apoio dos familiares, como na fala de C10 que os pais fizeram de tudo para que ela e o irmão se divertissem em segurança durante a pandemia. Em contrapartida, destaca-se a fala de C8, a criança menciona que depois que teve COVID-19 não foi mais à casa de seu pai, pois acredita que ele está desinformado e possui condutas de risco em relação à pandemia. A criança se sentia obrigada pelo pai a realizar esportes e sair de casa.

Depois que eu fiquei doente com o vírus eu nunca mais saí pra casa do meu pai. Nunca mais. Porque ele tá mal-informado, ele acha que o coronavírus já acabou. (+) Ele trabalha quase o dia inteiro, ele faz entrega e eu vejo ele muito pouco e quando eu vejo ele, ele quer me obrigar a fazer esporte mesmo eu não querendo. Eu gosto as vezes mas teve um dia que tava com baixo astral e eu não conseguia fazer direito ele puxou meu braço e doeu muito. Ele me obrigou a usar os brinquedos que eu não queria que tava com covid, ficou me empurrando na rua pra eu correr e eu tava cansado. (C8 - 9 anos)

#### **6.3.4 Repercussões no Meio-ambiente**

Define-se esta subcategoria como repercussões na liberdade, na segurança física e proteção (sensação de segurança e proteção da criança contra danos físicos); no ambiente doméstico (visão que a criança possui do local onde vive e como impacta em sua vida); recursos financeiros (visão da criança sobre seus recursos financeiros e em que medida esses recursos atendem às necessidades de uma vida saudável e confortável); saúde e assistência social (visão da criança sobre a saúde e a assistência social nas proximidades); oportunidades para adquirir novas informações e habilidades (oportunidade e o desejo de uma criança de aprender novas habilidades, adquirir novos conhecimentos, e sentir-se em contato com o que está acontecendo); participação em/e oportunidades de recreação/lazer (capacidade, as oportunidades e a inclinação de uma criança para participar de lazer, passatempos e relaxamento); alterações no ambiente físico (aspectos do meio ambiente podem ter um

significado sobre a QV, como a natureza, disponibilidade da água ou da poluição do ar); e transporte (visão da criança sobre a disponibilidade ou a facilidade de encontrar e utilizar serviços de transporte para se locomover). (Quadro 9)

Quadro 9 - Domínio Meio-ambiente

| <b>Domínio Meio-ambiente</b>                                  |   |               |   |                              |                           |
|---|---|---------------|---|------------------------------|---------------------------|
| <b>Facetas</b>  | <b>Descrição</b>  |               | <b>Antes do adoecimento</b>   | <b>Durante o adoecimento</b> | <b>Após o adoecimento</b> |
| <b>Liberdade, segurança física e proteção</b>                 | Examina a sensação de segurança e proteção da criança contra danos físicos.   | Oportunidades | -   | -                            | -                         |
|   |   | Prejuízos     | -   | -                            | -                         |
| <b>Ambiente doméstico</b>                                     | Visão que a criança possui do local onde vive e como impacta em sua vida.   | Oportunidades | A família compreende os riscos da pandemia e os membros se ajudam a se divertirem e estar juntos na pandemia. |                              |                           |
|   |   |               | Maior convivência das crianças com os pais.   |                              |                           |
|   |   |               | Não houve alteração no ambiente doméstico.  |                              |                           |
|   |   | Prejuízos     | Conflitos entre crianças e seus familiares.   |                              |                           |
| Óbito de pessoas da família.                                  |   |               |   |                              |                           |
| <b>Recursos financeiros</b>                                   | Visão da criança sobre seus recursos financeiros e em que medida esses recursos atendem às necessidades de uma vida saudável e confortável. | Oportunidades | -   | -                            | -                         |
|   |   | Prejuízos     | Impactos negativos na alimentação das crianças.   |                              |                           |
|   |   |               | Diminuição do poder de compra da família.   |                              |                           |
|   |   |               | Dificuldade de conseguir dinheiro.  |                              |                           |
| <b>Saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade</b> | Saúde e a assistência social nas proximidades. "Próximo" é o tempo necessário para obter ajuda.   | Oportunidades | -   | -                            | -                         |
|   |   | Prejuízos     | -   | -                            | -                         |
| <b>Oportunidades de aquisição de</b>                          | Oportunidade e o desejo de aprender   | Oportunidades | Acesso à informação por meio da família, escola, mídias e televisão.  |                              |                           |

|  |   |               |  |   |   |
|--|---|---------------|--|---|---|
| <b>novas informações e habilidades</b>                                   | novas habilidades, adquirir novos conhecimentos, e sentir-se em contato com o que está acontecendo.   |               | Simular cinema em casa. Assistir filmes com os amigos à distância.   |   |   |
|  |   |               | Crianças usavam a imaginação para brincar com os amigos à distância ou sozinhas.   |   |   |
|  |   |               | Aprender a andar de bicicleta (C3). Praticou Lettering durante a pandemia e aprimorou a habilidade (C4). Começou a andar de cavalo (C12).                            | - | Aprender a andar de bicicleta (C3). Praticou Lettering durante a pandemia e aprimorou a habilidade (C4). Começou a andar de cavalo (C12). |
|  |   | Prejuízos     | Acesso a informações sem comprovação científica.<br>Informações às quais as crianças têm acesso podem interferir na maneira como elas vivenciam e reagem à pandemia. |   |   |
| <b>Participação em e oportunidades para recreação/atividade de lazer</b> | Capacidade, as oportunidades e a inclinação de uma criança para participar de lazer, passatempos e relaxamento.   | Oportunidades | Possibilidades de lazer em local ao céu aberto, como sítio, fazenda, espaço comum do prédio, praça do condomínio.  | - | Possibilidades de lazer em local ao céu aberto, como sítio, fazenda, espaço comum do prédio, praça do condomínio.                         |
|  |   |               | Brincadeira em casa, crianças usam a imaginação  |   |   |
|  |   | Prejuízos     | Crianças privadas de passeios ao parque, <i>shopping</i> , cinema e viagens.   |   |   |
| <b>Ambiente físico (poluição/ruído/tráfego/clima)</b>                    | Aspectos do meio ambiente podem ter um significado sobre a qualidade de vida da criança, como a natureza, disponibilidade da água ou da poluição do ar. | Oportunidades | -  | - | -   |
|  |   | Prejuízos     | -  | - | -   |
| <b>Transporte</b>  | Visão da criança sobre a disponibilidade ou a facilidade de utilizar serviços de transporte para se locomover.  | Oportunidades | -  | - | -   |
|  |   | Prejuízos     | -  | - | -   |

Fonte: elaborado pela autora (2022)

As facetas liberdade, segurança física e proteção, saúde e assistência social, alterações no ambiente físico e transporte não foram identificadas na entrevista das crianças. Entretanto, embora não identificadas nos relatos dos participantes, possivelmente por se tratar de aspectos externos ao domicílio dessas crianças, não foi identificada na população estudada. Cabe ainda considerar que a faixa etária das crianças que participaram, pode ainda não contribuir para uma compreensão mais ampla destes aspectos limitando a sua expressão na coleta de dados,

Sobre o **ambiente domiciliar**, para algumas crianças não houve mudanças em suas famílias, por outro lado, outras crianças mencionam que após a pandemia houveram mudanças de domicílio, conflitos entre as crianças e seus familiares e entre os indivíduos da família, devido às condutas consideradas inadequadas frente à pandemia e óbito de familiares.

Estar muito tempo em casa com os familiares, privados de atividades cotidianas pode gerar conflitos. Para algumas crianças esses conflitos já existiam antes da pandemia, como as discussões relatadas por C2 entre ela e o seu irmão mais velho. A descrição feita por C2 destes episódios indica que decorrem de provocações entre eles quando “*um começa a pular no outro*”. Também são comuns e anteriores à pandemia os desentendimentos que C17 relata ter com a sua irmã, as mesmas de sempre, como C17 que também relata uma relação com mais desentendimentos em relação à irmã mais velha. Entretanto, durante a pandemia eles têm como motivo o fato de “*já tá irritado*” por permanecer na aula *online*, favorecendo as brigas.

Ah, eu e meu irmão sempre foi assim mesmo. Sempre teve muita discussão. [...] eu acho que é porque cada um quer a mesma coisa só que a outra não funciona, aí dá essas discussões aí e:: começa um a pular no outro. (C2 - 7 anos)

Porque tipo:: as pessoas ficam irritando o outro e o outro que já tá irritado, porque tipo::, ficar na aula *online* é chato tipo, aí a gente já tá amuado, aí começa uma briga:: (+) Tipo com minha irmã eu falo pra ela parar só que ela continua, entendeu? (C17 - 9 anos)

C6 conta que tem percebido a mãe mais “*brava*” durante a pandemia e reconhece que isso acontece em função de suas tentativas de se divertir, como justifica ao dizer que “*eu to aprontando tentando me divertir*”. Essa situação reflete a sobrecarga dos ambientes familiares durante a restrição social, uma vez que busca manter suas atividades a criança pode produzir uma alteração na ordem domiciliar nem sempre compreendida pelos demais membros ou dentro dos limites da boa convivência com os demais habitantes do domicílio. Em seu relato C5 menciona que desde a pandemia sua avó A5 briga muito com seu tio T5. O principal motivo das brigas presenciadas por C5 é o desrespeito ao distanciamento social. As brigas

foram referidas também por C11, entretanto, como acontecimentos anteriores à pandemia e que se mantiveram.

Minha vó fica falando também pro meu tio pra ele não sair de casa. (+) toda hora ela fica falando pro meu tio pra não sair de casa e fica brigando com ele. [...] Minha vó ficava brigando com meu tio porque não podia ficar saindo, e meu tio, reclamando. [...] primeiro uma pessoa fala uma coisa, aí depois a outra, aí depois eles ficam começando a gritar essas coisas (+) Que a pessoa fala uma coisa que não gostaria que o outro ouvisse e aí vai começando. (C5 - 8 anos)

Minha mãe e meu pai brigam muito porque uma pessoa quer ir para um lugar, mas aí a outra pessoa não quer ir. (C11 - 8 anos)

A criança C12 refere em seus discursos aspectos de como sua família tem se organizado para passar a pandemia. A criança cita aspectos negativos como o distanciamento, não poder viajar e também as brigas, mas demonstra satisfação com a convivência com seus pais.

A gente (( a criança e os pais)) tá passando a pandemia longe da nossa família sem viajar, mas a gente janta juntos, a gente se diverte, briga depois 5 minutos depois já está brincando de novo. É muito bom! (C12 - 9 anos)

C10 conta que as discussões em sua família não aumentaram durante e a pandemia e justifica que por sua mãe M10 ser uma profissional de saúde todos entenderam a necessidade do distanciamento e houve o empenho do pai em *“tentar arrumar uma forma da gente se divertir para não discutir por causa da pandemia”*.

Durante a pandemia, a **crise econômica** já instaurada no país se acentuou e provocou a redução nos rendimentos de diversas famílias e a perda de renda, levando-os à dificuldade financeira. Três crianças explicitaram em seus discursos a crise financeira da família como um aspecto para a piora de suas QV. No caso de C5, por exemplo, sua mãe é empresária e durante a pandemia as vendas caíram prejudicando o seu ganho financeiro. C5 explicita que essa dificuldade de conseguir dinheiro piorou sua QV. C18 identifica a diminuição da renda familiar durante a pandemia como algo que repercute em sua QV a partir das mudanças que foram feitas em sua alimentação. Segundo ela, antes da pandemia ela *“comia melhor”*. Situação semelhante foi identificada no discurso de C12, ao relatar que ao ir ao supermercado com seus familiares, *“a gente compra, mas a gente não compra igual antes que a gente comprava mais que o necessário”*. Essas três crianças possuem 8 e 9 anos, por isso podem ter maior entendimento sobre a situação financeira de suas famílias, entretanto, apesar de não ter sido explicitado pioras na condição financeira das famílias por outras crianças, informações

complementares são indicativas destas mudanças. Por exemplo, a perda do emprego pela mãe de C7 e o irmão ser o único provedor da casa. Além disso, a renda familiar, pouca oportunidade de recreação e lazer, também podem indicar os possíveis desafios financeiros enfrentados por essas famílias.

((Por que piorou a QV?))Tá difícil de ganhar dinheiro, ninguém tá querendo comprar nada com esse coronavírus porque elas também não podem ter trabalho aí não podem gastar dinheiro. (C5 - 8 anos)

Piorou. (+) Eu acho que é porque as coisas do supermercado aumentou, aí como tá bem caro e minha mãe até falou que o salário dela abaixou assim, tá um pouco difícil para comprar essas coisas assim. E isso não quer dizer não compra, a gente compra, mas a gente não compra igual antes que a gente comprava mais que o necessário. Antes a gente comprava uma coisinha pra mim e agora a gente vai e uma coisa que a gente compra pra mim é um biscoito e uma fruta, por exemplo. (C12 - 9 anos)

Piorou [...] Antes eu comia melhor [...] Dinheiro que diminuiu. (C18 - 9 anos)

em relação às **oportunidades de lazer**, durante a maioria da pandemia, as crianças estiveram privadas de diversas atividades, como relatado por C1 que conta “*nunca mais fui ao parque, não fui ao cinema, no shopping, na praia*”. Além disso, a criança conta que não brinca com os amigos como brincava antes, assim como C2 que relatou “*não consigo me divertir com todos os amigos*”. C3, C4 e C17 também referiram sentir falta de algumas atividades durante a pandemia. Na fala de C17, quando a criança diz “*Eu me sentia com tanta falta*” fica evidente que as oportunidades de recreação que as crianças tinham dentro do domicílio não eram suficientes para suprir a falta que eles tinham de outras atividades que já estavam habituados antes da pandemia. No caso de C14, sua opção de lazer foi possível de ser realizada dentro do domicílio. A criança conta que “*gosto de ler um livro que:: chama o ponto e a linha*”.

Algumas crianças tiveram a **oportunidade de aprender uma nova atividade**, como C3 e C18 que começaram a andar de bicicleta durante a pandemia. C4, que já gostava de andar de bicicleta, contou que durante a pandemia ficou muito tempo sem poder andar, dessa forma nos primeiros meses a criança aproveitou para se aperfeiçoar no “*lettering*”, uma arte que mistura escrita e desenho, onde cada letra de uma frase atua como uma ilustração e conta que “*No início da quarentena foi quando eu mais fiz desenho. (...) eu melhorei muito*” (C4). Durante a pandemia, o fato de ir todo final de semana para o sítio da família possibilitou que C12 também descobrisse uma nova atividade “*que é andar de cavalo, eu gosto muito de andar de cavalo, eu saio pra passear, uso máscara, uso álcool, tenho bota, chapéu, tudo. É a*

*coisa que eu mais gosto é ficar com cavalo, pra mim o cavalo é a coisa que me relaxa”* (C12). Além de andar a cavalo, quando está na casa de sua avó, C12 brinca com os seus brinquedos na terra, mesmo com a sua avó *“xingando”* e dizendo-lhe que *“você só faz bagunça!”*

Outras crianças referem fazer uso de sua imaginação durante as brincadeiras, como referido por C8. Para isto ela diz :*“imagino que estou fazendo outras coisas, tenho muita imaginação [...] eu bato com a minha espada na minha bola e aí eu imagino um monte de coisa”*.

Também usando a imaginação e criando estratégias para lidar com a impossibilidade de sair de casa, quando *“minha tia ia no supermercado e comprava aquelas pipoquinhas de fazer microondas e fingia que tava no cinema”* (C9). Além de fazer o seu cinema em casa, C10 diminuía a vontade de tomar sorvete comprando de *“um cara que passa com caminhão de sorvete”* na rua de sua casa.

Sobre as **informações** que as crianças têm acesso em relação à pandemia, quando perguntadas se elas sabem o que é o coronavírus, as respostas da maioria absoluta das crianças sugerem que elas possuem um bom entendimento em relação ao coronavírus, a pandemia e as medidas de prevenção. Apenas C22 não soube responder o que era o vírus ou a pandemia. Apesar disso, a criança seguiu a entrevista e respondeu a outras questões relacionadas à pandemia. Através de seus discursos as crianças expressam imagens construídas por elas, sobre o vírus. Nas descrições feitas por C13 e C16, o vírus é *“bichinho”*, e C15 e C18 referem-se ao coronavírus como uma *“bola invisível”*. Dessa forma, as crianças utilizam-se de imagens comuns ao seu convívio para traduzir como o vírus lhes parece. Se precisam de utilizar de recursos discursivos para a descrição do vírus, a descrição do adoecimento causado por ele é feita utilizando de informações concretas e aparentemente vivenciadas por elas.

Ele é um bichinho, uma doença e faz as pessoas ficarem doentes. (C13 - 9 anos)

É um bichinho que tem uma doença bem forte [...] ela faz as pessoas ficarem doentes. (C16 - 7 anos)

Um vírus que não dá pra ver (+) e deixa dodói (+) ele é invisível. (C15 - 8 anos)

Eu acho que o coronavírus é uma bola invisível, que ninguém consegue ver que espalha vírus pelo mundo inteiro. (+) A::n ele mata as pessoas. É::, faz as pessoas também passar mal. Elas ficam internadas no hospital também em estado grave. (C18 - 9 anos)

Nesta investigação foi possível identificar que, ainda que as crianças utilizem uma visão construída por elas para descrever o vírus, elas também o adjetivam como algo negativo e capaz de causar danos às pessoas. Utilizam-se para isso de expressões como um “*vírus do mal (...) um vírus muito contagioso e muito perigoso*” (C12) e que “*causa uma doença bem forte*” (C16). De forma semelhante, a doença causada pelo vírus é descrita como uma “*doença que mata*” (C3) e deixa as pessoas “*internadas no hospital também em estado grave*” (C18).

Em seus discursos as crianças trazem a ideia de que o vírus é “*mau*” e que “*se espalha pelo mundo inteiro*” (C18), “*faz as pessoas ficarem doentes*” (C16). Nos fragmentos das falas de C5 e C6, fica explícita a sua compreensão quanto à gravidade e o potencial de ser uma doença fatal. C9 utiliza-se da expressão “*dominou o mundo*” para falar do alcance do vírus e do seu potencial de mudar a vida de pessoas. A característica de ser uma doença com acometimento mundial foi referida também por C8 que também a denominou de “*pandemia*” explicando também a origem deste nome.

É uma doença que:: vai em criança, adulto, pessoa idosa e pode MATAR! (C5 - 8 anos)

Ele é um vírus que ta fazendo muita gente ficar mal. (+) Ele faz as pessoas ficarem internadas no hospital por causa dele:: as pessoas podem se sentir MUITO mal e também às vezes morrem. (C6 - 7 anos)

É um vírus, uma pandemia que não tem cura. Espalhou pelo mundo todo. Chama pandemia porque há milhõ::es de anos atrás o mundo inteiro era um continente só, chamado Pangeia, por isso chama pandemia. (C8 - 9 anos)

Pra mim, o coronavírus é uma doença que dominou o mundo, mas a gente tem que tomar muito cuidado pra gente não pegar porque tem muita gente que ta pegando, ta ficando internado:: e tá morrendo. (C9 - 9 anos)

As crianças explicitam em seus discursos o conhecimento que tem de se tratar de um vírus com alta transmissibilidade e como pode ocorrer o contágio. Para dizer dessa transmissibilidade elas utilizam expressões que reforçam a extensão global de infecções pelo vírus, que é evidenciado ao dizerem que é “*uma doença que dominou o mundo*” (C9) e “*tomou a humanidade*” (C19), que surgiu para “*deixar a gente de quarentena*” (C12), “*infectou metade da cidade*” (C2).

Ao se referirem às formas de contágio, as crianças dizem que o coronavírus “*pode ser transmitido através da saliva ou contato*” (C21). E C14, explica que “*se você encostar no mesmo lugar que a pessoa ((contaminada)) encostou, aí pode pegar o coronavírus*”.

A possibilidade de uma infecção por SARS-CoV-2 poder ter ou não sintomas foi identificada no discurso de C4, que afirma que a pessoa *“ou ela pode ficar com algum sintoma ou ela não tem sintomas”* (C4). As crianças referem em suas entrevistas sintomas considerados mais brandos aos mais graves, como *“tira o paladar e o olfato”* (C2), *“dá febre, dá dor de cabeça”* (C20), *“a gente fica com falta de respirar e tudo mais”* (C20). Adicionalmente fazem a distinção de uma gripe, ao afirmar que *“pra algumas pessoas ele age como uma gripe. Ele tem sintomas de gripe mas não é”* (C8). C10, ao relatar os sintomas causados pelo vírus como *“falta de ar, febre, gripe”*, fala também da *“dor no pulmão”* sentida por ela durante o seu adoecimento.

Ao serem perguntadas sobre como aprenderam sobre o novo coronavírus e a pandemia, as crianças disseram que as principais fontes de informação foram a família, os jornais, os programas de televisão, as escolas e vídeos disponíveis *online*.

No âmbito familiar, as crianças obtiveram informações por meio dos veículos de informação utilizados pelas famílias e quando presenciaram os familiares conversando entre si sobre a forma correta de agir durante a pandemia. Esta última fonte de informação foi expressa por C5 ao descrever o diálogo entre sua avó e o seu tio: *“minha vó fica falando também pro meu tio pra ele não sair de casa.”* Das 24 crianças entrevistadas, metade delas citaram os pais ou algum outro familiar como fonte de informação sobre o novo coronavírus e a pandemia.

As crianças referem que *“ouvi no jornal”* (C3), *“vi na televisão”* (C4). C11, além de mencionar o aprendizado por meio de televisão e jornal, relata que ele ouviu *“as pessoas falando e também porque eu peguei também”* (C11). Quatro crianças (C9, C10, C18 e C20) mencionam que aprenderam sobre o novo coronavírus por meio de atividades escolares ou explicações de suas professoras.

E quando a professora na primeira vez que surgiu o coronavírus que eu fui pra escola, levei álcool em gel, não fui de máscara ((quando o uso da máscara ainda não era obrigatório)) mas eu usei álcool gel e a professora explicou. Ai a gente fez tudo lá, a gente escreveu mais ou menos umas três folhas de texto. (C9 - 9 anos)

[...] A minha professora passou uma atividade no ano passado. (C10 - 9 anos)

É que a tia na escola estava ensinando a gente a se proteger do coronavírus. (C18 - 9 anos)

As informações veiculadas sobre o SARS-CoV-2 e os dados aos quais as crianças têm acesso, também têm potencial para definir a maneira como elas compreendem e definem a pandemia. Ainda na entrevista de C8, a criança atribui a propagação do vírus à falta de

medidas de distanciamento, falta de comunicação dos governantes com a sociedade, os quais não impediram a transmissão do SARS-CoV-2 e culpa os chineses pela propagação do vírus. Situação semelhante é verificada no discurso de C12 que diz que é para “*os chineses pararem de ficar comendo aqueles morcegos*”, atribuindo assim o surgimento do novo coronavírus a uma prática alimentar cultural dos chineses.

Fico com raiva das pessoas que passaram isso. (+) Na verdade, o coronavírus é tudo culpa dos chineses. Se eles tivessem ficado isolados e ninguém viajasse. [...] É culpa do governo porque eles não falaram nada. Deixaram/ deixaram o vírus se espalhar, as pessoas viajar para outros países e espalhar o vírus. Aí quando percebeu já tava no planeta inteiro e às vezes até passou para outros. (C8 - 9 anos)

No caso de C12, a criança relata suas principais fontes de informações sobre a pandemia foi “*no jornal e com a família*”, já C8 conta que é muito esperto, sabe muito sobre ciências e assiste vídeos sobre a pandemia pela internet, sendo essa sua principal fonte de informação.

Ah, eu sou muito esperto. Na verdade, eu sou um dos mais espertos de todo o mundo. Eu sei muito sobre ciências, eu assisto toda hora vídeos sobre isso. (C8 - 9 anos)

Acredita-se que as crianças pequenas, que estão em uma fase de desenvolvimento, aprendizado e formação em suas vidas e em sua crescente consciência cívica, têm conhecimentos, pontos de vista e sentimentos igualmente válidos sobre a pandemia, quanto os adultos. O acesso a informações equivocadas, como no caso de C8 e C12 que culpabilizam os chineses, pode comprometer o conhecimento que essa criança tem da pandemia. Situação semelhante é identificada no discurso de C9, que para ela a pandemia “*era guerra mundial e era uma coisa que todo mundo morria*”.

## 7 DISCUSSÃO

Para analisar as implicações do distanciamento social e do adoecimento por COVID-19 na QV das crianças utilizamos o conceito estabelecido pela OMS (WHOQOL GROUP, 1993). Sob o prisma desse enquadramento conceitual, foi possível realizar uma análise dedutiva dos dados produzidos, e compreender de maneira ampla, sob a perspectiva das próprias crianças, como suas vidas foram impactadas pela pandemia da SARS-CoV-2.

A fim de contextualizar em que momento da pandemia as entrevistas foram realizadas, é importante apresentar que entre julho e dezembro de 2021 a população já havia começado a se vacinar. Apesar do fato de que em julho de 2021, o número de óbitos pela COVID-19 foi maior que referente a julho de 2020 (até então o mês com maior número de óbitos), no decorrer do segundo semestre, com o avanço da vacinação diminuíram-se os óbitos pela doença. Em contrapartida, novas variantes, do SARS-CoV-2 foram identificadas aumentando a preocupação em relação à infecção pelo vírus. Ao final de dezembro, os esforços foram voltados para a liberação da vacinação infantil (BUTANTAN, 2021).

Das crianças que participaram desse estudo, três delas (12,5%) estiveram assintomáticas durante o período de infecção pelo vírus. Uma meta-análise realizada na China revelou que 17,4% (95% CI = 9,1-27,3) das crianças que apresentavam infecção pelo novo coronavírus eram assintomáticas. Dentre as crianças que apresentaram sintomas, as manifestações clínicas mais frequentes foram febre (51,2%, 95% CI = 40,2-62,2) e a tosse (37,0%, 95% CI = 25,9-48,8). A prevalência de doença grave ou crítica foi quase 0% (95% CI = 0-1,0) (DING; YAN; GUO, 2020). Essas informações fortalecem os resultados encontrados nesta investigação, que também identificou a prevalência de sintomas como febre (50%), coriza (20,83%), cefaleia (33,33%) e tosse (12,5%).

Apesar de nenhuma das crianças terem desenvolvido a forma grave da doença, para algumas delas as condições de saúde foram mais delicadas, como, por exemplo, em relação à C10. A criança possui asma grave, com um extenso histórico de internações devido essa comorbidade e ao ser infectada apresentou dispneia e em sua tomografia de tórax evidenciou-se presença de vidro fosco e comprometimento de 25% do pulmão. Apesar da menor incidência, outro estudo também evidenciou que algumas crianças apresentaram vidro fosco nos resultados de tomografia (FENG *et al.*, 2020). A criança em seu relato refere “*senti falta de ar e eu tossi muito, espirrava e meu nariz ficava muito seco*”. Exceto a falta de ar, os outros sintomas referidos pela criança são sintomas leves. Pode-se inferir que as experiências de internação e idas ao pronto-socorro que a criança acumula ao longo dos anos pode ter

influenciado na maneira como ela vivenciou a situação de infecção e os cuidados demandados pela doença, uma vez que, apesar dos sintomas, ela não necessitou de hospitalização.

Corroborando com esta investigação um estudo apontou as características clínicas de um grupo de 25 crianças de 2 a 9 anos com COVID-19, e constatou que os sintomas mais comuns no início da doença foram: febre, seguida de tosse seca, diarreia, congestão nasal, dispnéia, dor abdominal e vômito (ZHENG *et al.*, 2020). Apesar de não serem sintomas graves, um risco que existe em relação à COVID-19 é a permanência dos sintomas mesmo após a infecção. Um relato de casos de cinco crianças suecas com idade entre nove e quinze anos, apresentou que elas tiveram sintomas durante seis a oito meses após seus diagnósticos clínicos de COVID-19. Todas as cinco crianças tinham fadiga, dispnéia, palpitações cardíacas ou dores no peito, e quatro tinham dores de cabeça, dificuldades de concentração, fraqueza muscular, tonturas e dores de garganta (LUDVIGSSON, 2021).

Nesse sentido, destaca-se, o caso de C20 que após a melhora da infecção pelo vírus permaneceu apresentando lesões de pele, necessitando de tratamento e assistência médica. A literatura traz outros casos de repercussões cutâneas em crianças em decorrência da infecção por COVID-19 (ANDINA *et al.*, 2021; HADDAD; MARTIN; MARTIN, 2020). Entre os relatos de manifestações cutâneas, o achado mais comum foi o *rash* eritematoso maculopapular, seguido de lesões papulovesiculares no padrão da varicela e lesões urticárias. Esses achados cutâneos da COVID-19 podem ser semelhantes aos encontrados em outras doenças de etiologia viral (HADDAD; MARTIN; MARTIN, 2020). Existe ainda a possibilidade de as lesões serem devidas às diversas medicações que, particularmente, os pacientes com quadros clínicos mais graves fazem uso. Nesta investigação, C20 foi a única criança que manteve essa manifestação clínica mesmo após meses do diagnóstico e ressalta-se que ele não desenvolveu uma forma grave da doença.

Há de se considerar que um dos critérios de exclusão desta pesquisa foi a hospitalização em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2. Dessa forma, apesar de, desde o início da pandemia da COVID-19 em 2019, ser evidente que as crianças infectadas permanecem na maioria das vezes assintomáticas ou levemente sintomáticas (ZHENG *et al.*, 2020; DONG *et al.*, 2020; NIKOLOPOULOU; MALTEZOU, 2021), elas podem sim desenvolver manifestações mais graves da doença como encefalomielite aguda (MCLENDON *et al.*, 2021) insuficiência respiratória (YUKI; FUJIOGI; KOUTSOGIANNAKI, 2020), miocardite (LARA *et al.*, 2020), choque (YUKI; FUJIOGI; KOUTSOGIANNAKI, 2020) e a Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças (MIS-C), uma condição rara, porém,

grave, associada à COVID-19 relatada em crianças (FELDSTEIN *et al.*, 2020). Nesse sentido, os riscos da infecção de crianças pelo novo coronavírus não podem ser negligenciados. Em adição às questões até aqui apresentadas os sintomas clínicos da infecção pelo SARS-CoV-2 repercutem no bem-estar físico das crianças, que precisam lidar com dor e desconforto causado pelo quadro clínico que a criança apresenta.

Além dos aspectos relacionados às manifestações clínicas da COVID-19, considera-se os efeitos das restrições sociais e do adoecimento pelo novo coronavírus na QV das crianças. Para compreender essas repercussões utilizamos do referencial da QV, considerando que ela é composta por quatro domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente). Durante muito tempo a avaliação da QV da criança era realizada a partir da percepção dos responsáveis, entretanto, sabe-se atualmente que elas são capazes de dizer de suas próprias experiências (PEROSA; GABARRA, 2004). Os estudos sobre QV em crianças na literatura nacional e internacional não abordam como as crianças a definem e conceituam. Essas investigações trazem aspectos relacionados à mensuração por meio de instrumentos quantitativos (MARTINI *et al.*, 2005).

Ao analisarmos os relatos dessas crianças com os resultados encontrados na EQVC, é possível identificar que apesar de algumas delas apresentarem bons escores na escala de avaliação da QV, a mediana de pontos das crianças também indica QV mais baixa. A mediana do escore encontrado neste estudo (50 pontos) foi similar ao encontrado em outras investigações, realizadas antes do período pandêmico com 20 crianças ostomizadas (EQVC=51,95) (BARREIRE *et al.*, 2003) e com 20 crianças com fibrose cística (EQVC = 51,9) (PFEIFER; SILVA, 2009). Esses dados chamam atenção por ser tratar de um parâmetro de QV de crianças, de modo geral, saudáveis, comparando-se com crianças que vivem com uma condição crônica de saúde, conseqüentemente experimentando maiores demandas de cuidado durante a vida. Ao se considerar o ponto de corte da escala, 41,66% das crianças apresentaram baixa QV nesta pesquisa. Este resultado vai ao encontro dos discursos de 18 crianças que identificam piora da QV durante a pandemia do novo coronavírus.

Mesmo com a indicação de piora da QV pela maioria das crianças, todas elas relatam uma boa satisfação com a vida. Essa satisfação que as crianças trazem em seus discursos pode estar relacionado ao que elas entendem de felicidade. Dessa forma, para as crianças o bom da vida está determinado pelo que as fazem felizes. Um estudo realizado com crianças de cinco a 12 anos, mostrou que para elas a felicidade está relacionada a sentimentos positivos, com o lazer, satisfação de necessidades básicas, desejos e famílias (GIACOMONI; SOUZA; HUTZ,

2014), o que vai ao encontro do que as crianças consideram ao avaliarem suas vidas nesta pesquisa. Um estudo realizado com crianças coreanas durante a pandemia e comparou seus dias atuais com anos anteriores a pandemia revelou que o nível de satisfação com a vida permaneceu inalterado quando comparado com os dados das pesquisas pré-COVID-19 (CHOI *et al.*, 2021).

Com as restrições sociais, parques, *shopping*, áreas de lazer e especialmente as escolas foram fechadas e as crianças permaneceram a maioria de seus dias em casa, com poucas oportunidades de lazer e por vezes realizando atividades repetitivas em suas rotinas. Corroborando com este estudo, uma investigação transversal realizada na Turquia demonstrou que 91,9% das crianças relataram que a pandemia teve um efeito importante em seu estilo de vida, modificando a alimentação, sono, uso da internet, televisão, socialização, e rendimento escolar (ZENGIN; YAYAN; VICNELIOĞLU, 2021).

Ao precisarem ficar em casa, as crianças foram privadas de frequentar a escola, espaços ao ar livre, casas de amigos, praticar esportes, etc. Esse fato não só limitou as crianças ao domicílio como também privou suas atividades físicas e contato social. Outro estudo, realizado na Polônia e conduzido com crianças de seis a 15 anos, indicou alterações negativas no comportamento alimentar, nível de atividade física, horas de sono e tempo de tela entre crianças e adolescentes durante a pandemia da COVID-19 (ŁUSZCZKI *et al.*, 2021).

Em relação à atividade física no contexto de confinamento, um estudo identificou que quando os pais consideravam que a prática de atividade física por seu filho era insuficiente, pior era a avaliação de saúde da criança (LÓPES-AYMES *et al.*, 2021). Especialmente o fechamento das escolas cria um ambiente desafiador para manter alimentação e atividade física adequadas às crianças (RUNDLE *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2020; XIANG; ZHANG; KUWAHARA, 2020). Estudo analisou dados de 2426 crianças e adolescentes em relação à atividade física e mostrou que a média de tempo gasto em atividade física antes da pandemia era de 540 minutos/ semana e durante a pandemia esse número caiu para 105 minutos/semana (XIANG; ZHANG; KUWAHARA, 2020).

Durante as entrevistas com as crianças ficou evidente que a possibilidade de realizar a atividade física também foi determinada pela moradia, infraestrutura, acesso que criança tem a ambientes ao ar livre, pela participação dos familiares e a disponibilidade de tempo que a família tem para dedicar a criança, como no caso de C3 que conseguiu praticar o esporte com seu pai, C6 que tem a mãe para preparar seus exercícios, C11 que pode manter a natação no

sítio da família, C17 que tem a própria estrutura de exercícios em casa montada por seu pai. Para as crianças que precisaram sair de casa para realizar atividade física, por exemplo, contar com a disponibilidade de tempo de um adulto é ainda mais crucial, uma vez que fora do domicílio a criança necessita de uma maior vigília para garantia de sua segurança.

Uma investigação realizada na Suíça com crianças de sete a doze anos demonstrou em seus resultados que a atividade física, QV geral, bem-estar psicológico, auto-estima, relacionamento com os amigos e funcionamento diário foram significativamente mais baixos durante o período “*stay at home*”.<sup>13</sup> As crianças que aderiram às recomendações de atividade física durante esse período, tiveram índice de QV e bem-estar psicológico melhor do que aquelas que não aderiram (BENZING *et al.*, 2022).

O distanciamento social impediu as crianças de irem às aulas presenciais e brincarem ao ar livre com os amigos, substituindo este tempo por aparelhos eletrônicos, o que teve influência direta nos padrões de sono, alteração na alimentação e comportamentos de estresse e ansiedade. Apesar da tecnologia ter sido uma grande assistência em tempos de pandemia, seu uso excessivo por parte das crianças para se divertir, relacionar e estudar, é um ponto a ser considerado, já que isso distancia as crianças do mundo real e de um aspecto fundamental ao desenvolvimento, o afeto (DOS SANTOS RODRIGUES, 2020).

Um estudo verificou, no que diz respeito aos sentimentos da criança sobre a pandemia, que 64% afirmaram estar tristes pela distância da escola e de outras atividades que praticavam, 59,5% alegam saudades de brincar com outras crianças, 51% declaram tristeza por distanciamento dos colegas e familiares (ROCHA *et al.*, 2021). As respostas das crianças nesta investigação fortalecem esses dados, uma vez que esses aspectos foram fortemente abordados em seus discursos. Mesmo sendo capazes de se encontrar com alguns amigos, como no caso de C9, as crianças ainda assim sentiram falta de poder conviver com o restante dos colegas e saudade de encontrá-los. Para minimizar a distância algumas crianças conseguiam brincar e se comunicar com os amigos com o uso da internet.

A crise de ordem sanitária, econômica, política e social, causada pela pandemia afetou de maneira desigual as diferentes classes sociais. Nesse contexto, a população infantil pode se deparar com desafios na garantia de seus direitos, especialmente para crianças mais vulneráveis. Em âmbito nacional, o Estatuto da criança e do adolescente (ECA) afirma explicitamente o direito ao brincar (ECA, art. 16, inciso IV), e o Marco Legal da Primeira

---

<sup>13</sup> Campanha lançada em um grande número de países para deter o rápido aumento nas taxas de incidência da COVID-19 (SMITH; KABELE, 2021).

Infância (BRASIL, Lei nº 13.257/2016, art. 5º) coloca o brincar e o lazer como áreas prioritárias nas políticas públicas.

Entretanto, o que observa-se nas crianças que participaram desta investigação é que suas oportunidades de recreação muitas vezes estavam condicionadas à estrutura física do domicílio, ou seja, imóvel com mais cômodos, áreas privativas, prédios com área comum, possibilidade de ir para outros ambientes ao ar livre. Caso contrário, as brincadeiras que a criança consegue realizar no domicílio são de menor nível de atividade e exigência corporal do que de costume. Além disso, mesmo brincando em casa, as crianças consideram não ser suficiente e sentem falta das atividades que realizavam antes da pandemia.

Estudo mostra que o isolamento social e o consequente fechamento das escolas, ocasionado pela pandemia da COVID-19 afetou as crianças e a sua relação com a família, alterando significativamente sua rotina, trazendo novas emoções, preocupações e sentimentos, alterando ainda, os parceiros, modos, espaços e tempos para brincar (SOUSA, 2021). Identificou-se nas crianças desta investigação que, mesmo com as restrições impostas pela pandemia, elas ainda assim apresentavam resiliência, e encontraram seus meios para brincar e se divertir.

Uma das maneiras que as crianças encontraram para se divertir no contexto de distanciamento foi por meio da criatividade, que pode ser definida como a capacidade humana de criar algo de acordo com seus pensamentos e sentimentos e é influenciado pelo ambiente, especialmente o ambiente familiar (MAKARIA; SAR, 2021). Apesar de privadas de diversas atividades, as crianças puderam brincar durante a pandemia. Mesmo que elas não tenham brincado com os amigos, ou tanto quanto antes, em seus discursos elas referem a brincadeira. Outro ponto importante no discurso das crianças é como elas são capazes de usar a imaginação para suprir a necessidade lúdica, seja criando brincadeiras, imaginando estar no cinema, etc. Brincadeiras criativas proporcionam oportunidades para as crianças de explorar, trabalhar, expressar seus sentimentos, o que pode causar diversão, inspirar a criatividade das crianças para trabalhar de acordo com suas fantasias.

Um estudo australiano acompanhou duas crianças de sete anos durante a pandemia. Os dados captaram um aspecto único do distanciamento social obrigatório onde o contato social de dois amigos em idade escolar primária se mudou para o espaço *online*. Com tecnologias digitais diferentes, as duas crianças puderam manter sua amizade e explorar brincadeiras imaginárias e criativas enquanto adotavam diferentes papéis na peça. Mundos virtuais oferecem às crianças a oportunidade de construir sobre espaços imaginários, o que contribui

para sustentar sua amizade (QUINONES; ADAMS, 2021). Apesar de conseguirem essa possibilidade de aproximação pelos meios digitais, as crianças ainda sentem falta da socialização e contato com os colegas. Neste estudo elas relatam sobre as possibilidades de brincadeiras e uso da imaginação, mas também referem dificuldades relacionadas a limitações na tecnologia.

Um estudo internacional demonstrou que a QV de crianças e adolescentes diminuiu durante a pandemia, e os problemas emocionais, problemas de saúde mental, ansiedade, sintomas depressivos e psicossomáticos aumentaram com o tempo (ADIBELLI; SUMEN, 2020). Uma revisão de literatura que objetivou discutir os impactos biopsicossociais causados nas crianças durante a pandemia, concluiu que durante o período de isolamento e distanciamento social as crianças e os adolescentes ficaram mais propensos a desenvolver estresse crônico e agudo, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e do apetite, irritabilidade, medo, insegurança e prejuízo nas interações sociais (ALMEIDA; JÚNIOR, 2021).

Dentre as crianças participantes, C21 foi a única criança que expressou a melhora da QV, especialmente por sua experiência de união familiar. Uma investigação coreana comparou a satisfação e bem-estar psicológico de crianças durante a pandemia com o período pré-Covid e evidenciou que níveis mais altos de estresse foram observados em crianças durante a pandemia COVID-19. A pandemia também afetou a qualidade do relacionamento entre colegas e a suscetibilidade ao vício dos *smartphones*. A maior satisfação com a vida durante a pandemia esteve relacionada à relação entre a criança e a família e conversa entre pais e filhos (CHOI *et al.*, 2021).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2020) estima-se que o fechamento das escolas impactaram 91,3% dos estudantes, ou seja, mais de 1,5 bilhões de estudantes em todo o mundo (UNESCO, 2020). De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) as crianças de 6 a 10 anos são as mais afetadas pelo fechamento das escolas, isto pois estão em fase de alfabetização e os ciclos de ensino incompletos podem acarretar reprovações futuras e abandono escolar (UNICEF, 2021). Especialmente no que diz respeito ao ensino a distância nos deparamos com uma nova realidade a qual as crianças precisam se adaptar a novas maneiras de aprendizado, longe das escolas e uma importante preocupação se dá em relação às crianças que não tiveram acesso ao ensino remoto, tiveram que aprender por meio de apostilas, ou até mesmo que descontinuaram os estudos durante a pandemia.

Os resultados desta pesquisa indicam que 83,33% (n=20) das crianças entrevistadas apresentaram alguma alteração no desempenho escolar, segundo informação dada pelos responsáveis, a partir da percepção que os próprios tiveram do desempenho escolar da criança no período da pandemia. Para as crianças, estudar a distância pode representar uma atmosfera de aprendizado diferente da qual elas eram habituadas e isso fica evidente nos discursos em que elas dizem da dificuldade de concentração nas aulas. O estudo *online*, representa alguns desafios relacionados a falhas na conexão e no próprio dispositivo eletrônico, como mencionado por C10, que dificultam e distanciam o aluno do aprendizado. Outro estudo também traz os desafios tecnológicos do ensino remoto (LUNARDI *et al.*, 2021).

Um estudo chinês, mostrou que os pais possuem crenças negativas sobre o aprendizado *online* do filho, uma vez que eles não tem interações sociais com os colegas por isso as crianças não tratavam o aprendizado esse método de aprendizado como uma aula formal e portanto, não conseguiam se concentrar (DONG; CAO; LI, 2020). Na presente investigação isso também pode ser identificado na fala das crianças que relatam desorganização durante as aulas, excesso de conversa dos colegas, assuntos paralelos à disciplina nos *chats* das plataformas de videochamada, que dificultavam a participação das crianças que realmente queriam aprender na aula. A implantação do ERE (CNE/CP nº 5, de 28 de abril de 2020) permitiu a continuidade do estudo das crianças em um período de pandemia. Entretanto, a rapidez na sua implantação, sem tempo e sem a capacitação necessária do professor pode comprometer o ensino e torna difícil o aproveitamento dos recursos por meio virtual. O processo que era novo para as crianças também foi novo para os professores que tiveram de estabelecer processos de adaptação, de descoberta, de experimentação e utilização de novas ferramentas tecnológicas e novas estratégias metodológicas (GODOI *et al.*, 2020).

Na realidade nacional, de marcantes desigualdades, a mediação das tecnologias digitais sempre constituiu um grande desafio no processo de ensino e aprendizagem, como é a realidade de diversas escolas públicas. Nesta pesquisa, sete crianças (29,16%) estudaram por meio de apostilas e não tiveram acesso à aulas *online*. Um estudo realizado em Minas Gerais com crianças de 8 a 12 anos, também identificou que as experiências das crianças na pandemia foram distintas entre as que não realizaram atividades escolares e as que o fizeram, através do ensino remoto, indicando impactos negativos sobre sua saúde física e mental decorrentes do cansaço, da ausência de interação, do excesso de atividades e das dificuldades de aprendizagem geradas por essa modalidade (SILVA; LUZ; CARVALHO, 2021).

De acordo com a Base Nacional Comum Curricular (BRASIL, 2018), cabe à Educação Infantil assegurar interações positivas, brincadeira e experiências nas quais as crianças possam construir e apropriar-se de conhecimentos por meio de suas ações e interações com seus pares e com os adultos, possibilitando aprendizagens, desenvolvimento e socialização. A nível global, a UNICEF reitera que todas as crianças têm o direito de ir à escola e aprender, independentemente de quem são, onde vivem ou de quanto dinheiro sua família tem (UNICEF, 2020). Entretanto, no cenário de pandemia, a família foi o principal responsável pela tutoria e condução do aprendizado da criança dentro do domicílio. Apesar de uma boa oportunidade de engajamento entre eles, nem todas as famílias tiveram essa possibilidade. Isso porque, muitos dos pais das crianças tinham que trabalhar e não dispunham de tempo para ajudá-los (ERLINA; SANTOSO; APRIYANTO, 2020; GROSSI; MINODA; FONSECA, 2020).

Um estudo realizado na Indonésia evidenciou que os estudantes começaram a se aborrecer com o aprendizado *online* após as duas primeiras semanas de aprendizado em casa, além de começarem a apresentar considerável ansiedade e mudanças de humor devido à muitas tarefas (IRAWAN; DWISONA; LESTARI, 2020). Esse fato foi identificado na fala das crianças nesta investigação. O tempo prolongado de tela na frente do computador é um desafio para as crianças que lutam contra a desatenção e perda de foco. Para elas, o ambiente domiciliar dificulta o aprendizado, justamente por não ser o local típico onde elas se sentem à vontade para aprender.

Por não serem o grupo de risco, as diretrizes para o combate ao novo coronavírus voltaram-se para a população em geral, entretanto fica evidente as sérias repercussões da pandemia na QV das crianças. Nesse sentido, os governos devem reconhecer as necessidades desse grupo e criar estratégias que garantam acesso à educação a todas as crianças, planos de contingência que minimizem os riscos do fechamento das escolas, disponibilização de dispositivos eletrônicos para crianças sem acesso aos mesmos, capacitação pedagógica dos professores que lidam com a educação nesse novo contexto e plano de acompanhamento psicológico dos alunos.

Identificou-se em diversos estudos que o tempo de uso dos *smartphones* e uso de telas têm aumentado entre as crianças durante a pandemia de COVID-19 (CHOI *et al.*, 2021; CHEN *et al.*, 2020). A porcentagem de crianças que o usaram por menos de 1 hora por dia diminuíram de 56,6% para 39,5%, enquanto a porcentagem daqueles que usaram smartphones

de 1 a 3 horas por dia aumentou de 35,0% para 42,7%, e a proporção de usuários com mais de 3 horas, aumentou de 8,5% para 17,8% (CHOI *et al.*, 2021).

Sabe-se que o aumento do acesso dos dispositivos digitais tanto para aprendizado quanto para lazer pode causar impactos negativos no desenvolvimento infantil com potencial para repercutir a longo prazo. Um estudo verificou que o aumento do tempo da tela digital e a limitação das atividades ao ar livre estão associados ao início e à progressão da miopia, e podem ser potencialmente agravados durante e além do período de pandemia da COVID-19 (WAI WONG *et al.*, 2020). Além disso, o uso excessivo do tempo de tela pode levar a uma sobrecarga mental e comportamental, além de causar pior desempenho nos estudos, afetar a socialização e distúrbios de humor (DUAN *et al.*, 2020). Pelo discurso das crianças fica evidente que elas reconhecem esses prejuízos, entretanto encontram nesses equipamentos eletrônicos a possibilidade de estudo, lazer e comunicação com os colegas durante a pandemia. Soma-se a isto o fato de que para essas crianças os dias durante a pandemia são tediosos e monótonos sem muitas opções de atividades.

Estar tanto tempo no domicílio priva essas crianças de realizarem outros tipos de atividades, especialmente no que diz respeito a atividades físicas, e as expõe ao uso de celulares, computadores e tablets, como pode ser identificado nas falas das crianças deste estudo. Todas elas tiveram algum tipo de acesso a esses dispositivos, umas mais que as outras, porém, todas apresentando um padrão mais alto de uso desses aparelhos.

Alguns estudiosos (JIANG; MONK, 2015; RADESKY *et al.*, 2016) destacaram suas preocupações sobre riscos e perigos *online*, vício a vídeos, distanciamento social e problemas de saúde física. Nesse contexto, os pais desempenham o papel de mediadores para evitar danos e regular as atividades *online* das crianças, tais como o estabelecimento do uso da tecnologia, regras para e monitoramento do uso da mídia de seus filhos. Entretanto, devido ao trabalho dos pais, sobrecargas no domicílio essa vigilância nem sempre é possível e expõe a criança a riscos.

Dentre esses riscos está o acesso que as crianças possuem às mídias sociais, em que é divulgado um padrão de beleza e corpo e que a autoestima das pessoas é afirmada a partir da aprovação do outro, sem eles conhecidos ou não (DESLANDES; COUTINHO, 2020). As crianças também estão sujeitas a essa realidade e destaca-se aqui C9, que refere ter baixado um aplicativo que “*você perde gordura*”. A criança em questão não tem sobrepeso, porém, tem acesso à diversas redes sociais, que reforçam padrões de beleza irreais. Este fato pode estar relacionado a maneira como C9 percebe sua autoimagem.

No contexto de pouca socialização, excesso do tempo de tela é esperado que as crianças apresentem alterações em seus comportamentos. Nesta investigação, durante a pandemia, segundo relato dos responsáveis, treze crianças (59,16%) apresentaram alguma alteração no comportamento como, por exemplo, ansiedade, alteração no apetite, no padrão do sono, irritabilidade, mudanças de humor, indisposição e desatenção. Essas alterações no comportamento podem estar relacionadas aos sentimentos dessas crianças diante da situação de pandemia e adoecimento. A literatura traz que para a maioria das crianças a QV diminuiu durante a pandemia, e os problemas emocionais, problemas de saúde mental relacionados aos colegas, ansiedade, sintomas depressivos e psicossomáticos aumentaram com o tempo (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021).

Outros impactos percebidos na vida das crianças estão em suas relações interpessoais, convívio social, desenvolvimento e em alguns casos até problemas financeiros e de saúde, mental ou física. Embora elas tenham sido apontadas como um grupo menos afetado pelo vírus, estes problemas indiretos são tão prejudiciais quanto os aspectos da doença e podem causar danos emocionais. Durante a pandemia as crianças têm relatado sentimentos negativos de medo, preocupação, saudade, tristeza e nervosismo. Estes sentimentos são provenientes do seu entendimento sobre a doença e seus sintomas, muitas vezes compreendidos a partir de explicações vindas de pessoas próximas (FOLINO, 2021).

O cenário de infecção pelo vírus e inúmeras mudanças na vida das crianças e suas famílias, além de incertezas sobre o futuro, pode gerar nas crianças sintomas como solidão e tédio (MIRLASHARI; EBRAHIMPOUR; SALISU, 2021), ansiedade (MIRLASHARI; EBRAHIMPOUR; SALISU, 2021; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020), estresse (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020), solidão (LOADES *et al.*, 2020), sintomas depressivos (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2020; LOADES *et al.*, 2020; LUIJTEN *et al.*, 2021), raiva (LUIJTEN *et al.*, 2021), medo (MIRLASHARI; EBRAHIMPOUR; SALISU, 2021; TIWARI *et al.*, 2020) e irritabilidade (TIWARI *et al.*, 2020).

Estudo mostra que crianças que experimentaram isolamento ou quarentena em pandemias anteriores tiveram cinco vezes mais possibilidade de futuramente precisar de serviços de saúde mental (LOADES *et al.*, 2020). Na presente investigação as crianças também relatam sentimentos como tristeza e raiva pelo fechamento dos estabelecimentos, pouco ou nenhum contato com os amigos, medo da infecção e da perda de familiares.

Um estudo realizado com crianças de sete a 12 anos, investigou o medo que as crianças sentiram durante a Gripe Suína em 2009. Os resultados indicaram que o medo das

crianças em relação à gripe suína estava significativamente relacionado ao medo dos pais em relação a esta doença ou a experiência direta com a doença (REMMERSWAAL; MURIS, 2011). O medo das crianças durante a pandemia, nesta investigação esteve relacionado ao fato de que pouco se sabia sobre a doença no início da pandemia, além disso, por terem vivenciado a situação concreta de adoecimento pode-se inferir que essas crianças experienciaram esses medos de uma maneira mais real.

Além disso, em meio ao número de mortes e hospitalizações pela COVID-19, o efeito desta pandemia tem desdobramentos importantes sobre as crianças, que ao ter acesso a essas informações, passam a ter mais conhecimento sobre a morte e aproximação com o tema, o que pode aumentar o medo que sentem em relação à pandemia. Nesse sentido, abordar essa temática com as crianças deve ser feito de maneira cuidadosa, uma vez que a qualidade da comunicação com as crianças sobre doenças e mortes que ameaçam a vida tem um efeito a longo prazo em seu bem-estar psicológico (RAPA; DALTON; STEIN, 2020).

Os achados deste estudo também apontam para o impacto da pandemia na religião e a fé de diferentes maneiras, principalmente no que tange ao fechamento das instituições religiosas e a necessidade de se apegar a ser divino para lidar com as adversidades. Sabe-se que, em tempos de crise, as pessoas tendem a recorrer à religião em busca de conforto e explicação, sendo a oração um caminho encontrado para enfrentar os contratemplos (BENTZEM, 2020). Em consonância, a oração aparece nos discursos como uma forte estratégia de enfrentamento da COVID-19.

As evidências mostram que a fé de fato pode melhorar os resultados de saúde mental, bem como a capacidade de lidar com a adversidade, funcionando como um recurso de conforto (BENTZEM, 2020; KALLANDER; GORDON; BORZEKOWSKI, 2021). Uma revisão integrativa de literatura que objetivou investigar o papel da espiritualidade e religiosidade na saúde durante a pandemia de COVID-19, concluiu que a espiritualidade é uma estratégia que promove o bem-estar durante a pandemia de COVID-19 (DIEGO-CORDERO, 2022). Portanto, cultivar a fé em tempos de crise leva à redução do estresse, ansiedade, depressão e aumento da resiliência e esperança nos indivíduos (DIEGO-CORDEIRO, 2022).

No âmbito da infância, um estudo qualitativo realizado com 51 crianças africanas de 9 a 13 anos, provenientes de diferentes religiões (Muçulmana e Cristã) apontou que a religião desempenhou um papel significativo na forma como as crianças lidam com o COVID-19 (KALLANDER; GORDON; BORZEKOWSKI, 2021). Os participantes deste estudo

reconhecem explicitamente a oração como uma ferramenta valiosa para melhor gerenciar seus medos durante a pandemia (KALLANDER; GORDON; BORZEKOWSKI, 2021).

A convivência familiar, as mudanças no comportamento e os sentimentos frente à pandemia, uma situação inesperada, podem representar um desafio para a harmonia das famílias. Assim, o modo como a família se adapta a fatores externos e internos está dependente da quantidade de recursos e fatores protetivos que elas têm disponíveis (SPÍNOLA, 2021). Por esse motivo, é de se esperar que em situações como a pandemia de COVID-19 que mudou a rotina das famílias, as maneiras de trabalho dos responsáveis, de estudo das crianças, e a convivência familiar, possa gerar conflitos entre os indivíduos. Esse fato foi evidenciado na fala das crianças, que mencionam discussões familiares, como relatado por C8 e C5 que referem comportamentos de familiares que representam risco de infecção pela COVID-19.

A *internet*, no contexto da pandemia, se mostrou importante fonte de informação e canal de comunicação para que as atualizações a respeito da COVID-19 chegassem para a população, entretanto houve diversas divulgações de informações falsas e sem comprovação (GUIMARÃES; CARVALHO, 2020). Ao considerar a quantidade de novas informações e que há diferenças na capacidade como cada indivíduo interpreta e dissemina as notícias, ocorre a propagação de matérias falsas e que influenciam negativamente o comportamento e as ações das pessoas. Esse cenário reflete a situação de C8 com seu pai, em que a criança acredita que o comportamento e crenças do pai em relação à pandemia não estão de acordo com a realidade e nem considerando os reais riscos de infecção pelo vírus.

Outro aspecto identificado na fala das crianças e que compromete a QV delas é a situação financeira das famílias. Neste estudo, as crianças identificam a diminuição da renda familiar. C12 e C22 justificam a percepção da diminuição da renda a partir de um aspecto do seu cotidiano, que é a qualidade da alimentação. A situação financeira da família tem potencial para afetar o bem-estar da criança, especialmente no que se refere favorecer sofrimento psicológico e aumento do medo e preocupação nas crianças (ROCHA *et al.*, 2021). Um estudo verificou aumentos nos preços de frutas e legumes e uma maior variedade de alimentos ultraprocessados disponíveis na auditoria feita durante a pandemia (PEREIRA *et al.*, 2021). Esses achados contribuem para salientar a importância da avaliação das consequências da pandemia de COVID-19 no ambiente familiar. Além disso, há de se considerar que a repercussão financeira sobre a alimentação é ainda agravada devido ao fechamento da escola, uma vez que essa representa a garantia de refeição diária para crianças

vulneráveis. Portanto, a pandemia pode mudar para pior a realidade vivida pelas crianças, tendo em vista o fechamento de escolas e restrições nos deslocamentos, o que irá perturbar a rotina e o apoio social das crianças, adicionando novos focos de estresse aos pais e responsáveis, que devem encontrar novas opções para o cuidado das crianças no domicílio, como atividades e alimentos que geralmente são fornecidos na escola (CHRISTOFFEL *et al.*, 2020).

Para compreender as repercussões da pandemia na QV das crianças de modo geral é fundamental conhecer as informações as quais as crianças têm acesso e a percepção delas sobre o tema. A literatura mostra que entre sete e oito anos, as crianças já são capazes de compreender teorias biológicas causais (BLACKER; LOBUE, 2016; DAUBERT *et al.*, 2020). A capacidade de uma pessoa de obter, processar e usar informações para fazer escolhas e tomar decisões sobre sua saúde é chamada de letramento em saúde e está relacionada às influências familiares, organizacionais e sociais na capacidade de uma pessoa de acessar, compreender e usar informações para moldar sua saúde (NUTBEAM, 2008). Por isso, o conhecimento que as crianças possuem sobre a pandemia e a maneira como elas enxergam o novo coronavírus pode influenciar na maneira como elas vivenciam a situação de infecção e o distanciamento social. Na maioria das vezes, as questões relacionadas à saúde das crianças são conduzidas e orientadas a partir da decisão de um adulto, geralmente os pais. Nesse cenário, a população infantil é submetida a condutas que o adulto responsável considera correta, sendo por vezes desrespeitadas em relação ao que elas acreditam que seja melhor para sua saúde, como na situação explicitada por C8, em que o pai expõe a criança à situações que a criança considera de risco. Situações como essa tiram da criança o poder de escolha e tomada de decisão. Uma investigação brasileira que entrevistou 20 crianças de oito e dez anos evidenciou que elas associam o coronavírus diretamente à doença que ele causa, aos sintomas, transmissibilidade e risco de morte (FOLINO *et al.*, 2021). Essas afirmações são reforçadas pelos resultados encontrados nesta investigação, em que a maioria das crianças também associam o coronavírus à doença em si, e reconhecem os prejuízos causados por ele, o potencial de transmissibilidade e fatalidade do vírus. Para isso elas utilizam de expressões como “*vírus do mal*”, que “*veio para dominar o mundo*” e “*faz as pessoas ficarem internadas*”. Dessa forma, fica evidente que, por mais que as crianças não saibam expressar o conhecimento sobre o vírus e suas causas de maneira mais científica, elas possuem informações e compreensão de alguns elementos-chave em torno da pandemia da COVID-19. Esse conhecimento sobre o coronavírus e a transmissão de doenças em particular, no contexto

atual, é mais importante do que nunca, pois tem implicações para o desenvolvimento de comportamentos referentes à saúde (LEOTTI *et al.*, 2021).

A lógica da importância de compreender como as crianças enxergam o coronavírus e seus riscos está na maneira como a criança responde à essa experiência, seja como ela recebe as informações sobre a pandemia, como se sentiu durante a infecção, mas também pela forma como podem ser afetadas pelas medidas de contenção do vírus. Na pandemia de SARS em 2003, por exemplo, as crianças não foram afetadas na mesma medida que os adultos e os sintomas para diagnóstico eram diferentes, entretanto as práticas de controle de infecção que eram desagradáveis para adultos tiveram um impacto emocional profundo nas crianças (KOLLER *et al.*, 2006). Por isso, a maneira como a criança compreende a gravidade e os riscos da pandemia de COVID-19 pode estar relacionada a maneira como ela lida com os desafios advindos dessa situação.

Uma pesquisa desenvolvida a partir de um questionário *online*, realizada com crianças de sete a 12 anos no Reino Unido, Suécia, Brasil, Espanha, Canadá e Austrália, apresentou resultados que fortalecem os encontrados nesta investigação. As crianças do referido estudo estavam cientes de que o coronavírus "se espalha muito rapidamente", que "muitas pessoas no mundo inteiro estão infectadas ou morreram", que "começou na China", "é perigoso" e "pode matar você" (BRAY *et al.*, 2021). A capacidade das crianças de compreenderem elementos importantes sobre o surto de uma doença contagiosa já foi evidenciada anteriormente em relação à SARS na epidemia de 2003 (KOLLER *et al.*, 2010). Até aqui, sobre questões relacionadas a transmissibilidade e a visão que as crianças possuem do vírus não se verifica em seus discursos nenhuma informação errônea, mesmo se considerarmos que a maioria das informações veiculadas sobre o coronavírus foram destinadas aos adultos.

Mesmo que a maioria das crianças deste estudo não tenham até então demonstrado informações equivocadas sobre o que é o coronavírus, seus riscos e maneiras de transmissão, é importante considerar que na pandemia foi majoritariamente responsabilidade da família o dever de ensinar às suas crianças sobre essa temática e isso é identificado no discurso das crianças que tiveram como principal informante algum membro da família. Um estudo demonstrou que na maioria dos países as crianças têm confiado em seus pais para obter informações e conhecimento sobre a COVID-19, entretanto o mesmo estudo evidenciou lacunas no conhecimento (BRAY *et al.*, 2021). Nos últimos dois anos houve alto nível de informações sobre a pandemia que por vezes foram publicadas de maneira pouco clara, sem

comprovação e até mesmo falsas sobre a transmissão e tratamento (OKAN *et al.*, 2020), comprometendo o conhecimento e as maneiras de mitigar avanço da doença.

O cuidado com as informações que são veiculadas na mídia é reforçado ao depararmos com discursos como o de C8 e C12, em que as crianças referem, de maneira equivocada, a culpa do surgimento e transmissão do coronavírus aos chineses. Deve-se questionar a quais meios de comunicação e qualidade das informações essas crianças têm acesso, uma vez que a maneira como elas enxergam a pandemia pode repercutir na maneira como encaram a situação e causar implicações em sua QV. Destaca-se também a fala de C9, que para ela a pandemia “*era guerra mundial e era uma coisa que todo mundo morria*”.

A pandemia de COVID-19 é a primeira que as pessoas vivenciam juntamente com a expansão do uso da internet. Dessa forma, o consumo de conteúdos sobre a situação da pandemia como, por exemplo, taxa de infecção, número de óbitos em todo o mundo, superlotação dos sistemas de saúde, pode causar ansiedade, pânico e sintomas depressivos. Por isso, a cautela com as informações às quais as crianças têm acesso está relacionada ao fato de que estudos indicam que as percepções das crianças sobre as doenças afetam diretamente os seus comportamentos relacionados à saúde e à percepção do risco (HELMAN, 1991; PIKO; BAK, 2006).

É urgente o cuidado, disponibilização de informação e gestão de pandemias voltadas para população infantil (KOLLER, 2021). Mesmo que elas considerem ter uma vida boa, muitas das consequências globais e de longo prazo sobre o bem-estar social, emocional e físico das crianças são desconhecidas, mas já está claro que em alguma medida suas vidas foram afetadas. É importante questionar não só sobre quais as repercussões imediatas da pandemia, mas também considerar, a partir de agora com a flexibilização das medidas de restrição, que essas crianças também podem apresentar implicações no comportamento. Isso porque, algumas dessas crianças cresceram e iniciaram a escolarização no período de pandemia e muitas delas podem estar despreparadas a conviver com seus pares.

Verifica-se nos discursos das crianças que as necessidades de cuidado para prevenção da infecção pelo coronavírus também é considerado como um fator que diminui a QV. No final do ano de 2020, em alguns estados brasileiros, o retorno às aulas presenciais na educação infantil se tornou facultativo e gradativamente foram voltando as atividades nas instituições de ensino. O que durante a pandemia foi adaptado para se tornar *online*, precisou ser readaptado para atender às novas necessidades dos alunos. Para as crianças, especialmente as mais novas, o desenvolvimento se dá sobretudo pelas interações sociais, e no atual contexto

de retorno às aulas presenciais, foi possível identificar uma série de obstáculos que serão enfrentados pelos docentes, dentre eles a atenção aos cuidados de prevenção ao COVID-19. Professores relatam que as crianças tiveram grandes dificuldades no desenvolvimento socioafetivo, desenvolvimento de autonomia, autoconfiança e nas relações interpessoais, ocasionadas pelo ensino remoto (FARIAS, 2022). O mesmo acontece em relação à reabertura de outros lugares como parques, cinema e shoppings. A volta das crianças para essas atividades e estabelecimentos é feita baseada no uso de máscaras e distanciamento.

Neste estudo as crianças reconhecem a importância das medidas de prevenção e do uso da máscara, entretanto esse objeto é visto como um incômodo, algo que “*sufoca*”. Em um estudo realizado no Brasil, as crianças representaram por meio de desenho a máscara como um importante cuidado para prevenção do coronavírus. Uma das crianças mencionou ter representado o planeta Terra usando máscara pois “a máscara salva” (ÁLVARO *et al.*, 2021). Um estudo apontou que indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam maiores dificuldades em adotar algumas medidas de autocuidado impostas pela pandemia de COVID-19, devido aos déficits, restrições e repetições. O uso de máscaras reduz a disseminação e infecção do vírus por contato direto ou indireto e a dispersão de gotículas, no entanto esta prática se torna um obstáculo maior para crianças com TEA, uma vez que elas mostram dificuldades em permanecer com o objeto por muito tempo (LIBARDI; ROMEIRO; TALARICO, 2021). Entretanto, mesmo que as crianças desta investigação não estejam no espectro, elas também reforçam o uso da máscara como algo que piora sua QV. Outro estudo também identifica que o uso de máscaras pelas crianças associado a dificuldades e desconfortos (ESPOSITO; PRINCIPI, 2020)

Entender e saber os métodos que irão contribuir para adoção de medidas preventivas ao contágio do coronavírus é fundamental na abordagem deste tema para as pessoas, em especial para as crianças. No contexto de internação hospitalar pediátrica esta prática se torna recorrente e a necessidade de soluções para o uso dos equipamentos de prevenção é ainda maior. A adoção de meios lúdicos foi de suma importância para o sucesso da promoção em saúde em um relato de experiência em um hospital nacional (MACHADO *et al.*, 2020). Como as crianças deste estudo não passaram pelo processo de internação da COVID-19, é mais difícil para os profissionais acessarem essas crianças. Identifica-se aqui a necessidade de voltar esforços para essa população na veiculação de informações.

Os resultados sugerem que o distanciamento social trouxe implicações para a QV das crianças, repercutindo também na rotina, saúde mental e relações pessoais dessa população.

Entretanto, as principais repercussões podem ainda estar por vir, considerando que a retomada do ensino presencial e abertura de espaços públicos pode expor essa criança a uma realidade e contato social ao qual, após o início da pandemia, ela também não está mais acostumada.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo foi possível compreender aspectos que compõem a QV das crianças que foram infectadas pelo SARS-CoV-2. Os resultados das análises permitiram concluir que a QV dos participantes foi afetada em todos os domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente), tanto pelo distanciamento social, medidas sanitárias e pelo contexto de adoecimento pela COVID-19. Esses contextos modificaram a rotina, as relações, o ambiente doméstico e as necessidades de cuidados dessas crianças.

O distanciamento social implicou no fechamento das escolas, diminuição do contato com os amigos e outros parentes, poucas possibilidades de lazer, aumento da exposição aos dispositivos eletrônicos e diminuição da atividade física durante esse período.

A situação concreta de adoecimento, sujeitou as crianças a uma realidade de medo do desconhecido e das consequências causadas pelo vírus. Para aqueles que perderam familiares, esse sentimento foi ainda mais forte. Além disso, durante o período de adoecimento as crianças tiveram que lidar com maior necessidade de distanciamento, manifestações clínicas da doença, alterações na rotina e interrupção dos estudos.

As crianças compreendem, à sua maneira, o que é o coronavírus e suas potenciais repercussões. Elas veem o vírus como “mau”. Esse conhecimento é capaz de moldar a maneira como elas encaram e se sentem em relação à pandemia. Por esse motivo é importante se atentar para as informações às quais as crianças têm acesso, uma vez que existe um alto número de notícias falsas circulando sobre o assunto.

Apesar de avaliarem ter uma QV satisfatória, as crianças identificam pioras em suas vidas desde o início da pandemia, principalmente em relação ao pouco contato com amigos e famílias, necessidade de ensino a distância, do uso da máscara e do distanciamento social.

Foi possível identificar que o fechamento das escolas afetou a vida das crianças, tanto em relação à socialização quanto ao aprendizado. As crianças apresentaram prejuízos na aquisição de conhecimento e dificuldade em realizar as tarefas escolares. Os pais, nesse cenário, foram os principais responsáveis por apoiar as crianças no ensino, entretanto nem sempre tinham disponibilidade para isso. Além disso, assumir o papel de tutor das crianças pode ser um desafio para os pais, que além de tempo precisam se preparar para estarem aptos para essa função.

A possibilidade da prática de atividades físicas não foi uma realidade para todas as crianças. Identificou-se que a moradia, ou a possibilidade de acesso ao ar livre, como em sítios e áreas comuns dos prédios, foi um aspecto favorável para as crianças que conseguiam

se exercitar. A falta de oportunidades de exercícios e pouca variedade de atividades no domicílio expôs as crianças ao uso exacerbado de dispositivos tecnológicos.

Diversos sentimentos negativos permearam a vida das crianças durante a pandemia. Elas expressaram se sentirem chateadas, tristes, irritadas, com raiva e com medo. Além disso, relatos de conflitos entre as crianças ou outros familiares também permitiu identificar que o convívio familiar e as necessidades únicas das crianças em relação às atividades, recreação, aprendizado, foi um desafio para todos. Soma-se a esses desafios a saudade que as crianças sentiam dos amigos, da família e dos parentes que perderam em decorrência da pandemia.

Apesar de apenas três crianças citarem a dificuldade financeira, o conjunto de informações coletadas evidenciou que durante a pandemia algumas famílias tiveram também de lidar com dificuldades econômicas.

A presente investigação tem como limitação o fato de ter sido realizada em um único momento, após cerca de um ano e meio do início da pandemia. Dessa forma, pode não ser possível conhecer as repercussões imediatas, quando o confinamento foi implementado. Além disso, cabe realizar outros estudos que investiguem as repercussões na vida dessas crianças a longo prazo, uma vez que as alterações percebidas hoje podem ter potencial para durar até a vida adulta. Outra limitação do estudo é o fato de que nem todas as crianças foram possíveis de ser contadas, o que pode sugerir que a investigação não atingiu crianças em situação de vulnerabilidade. Soma-se também o fato de que, apesar das evidências de qualidade de investigações realizadas por videochamadas e dos cuidados que foram tomadas pela pesquisadora para garantir a segurança, conforto e sigilo das crianças e cuidadores primários durante as entrevistas, não é possível afirmar pela chamada de vídeo, que o cuidador deixava a criança totalmente sozinha para responder à entrevista, sem coagir o participante.

Recomenda-se que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, atuem de maneira a auxiliar as crianças e suas famílias que possam ter repercussões. Além disso, nos próximos anos é preciso estar preparado para atender crianças que vivem as consequências da pandemia. Acredita-se que esta pesquisa possa ajudar a orientar enfermeiros e demais profissionais de saúde e professores da educação infantil a compreender os aspectos relacionados a mudanças de comportamento, desempenho escolar, alterações no desenvolvimento, demandas psicológicas e sociais das crianças.

Identifica-se a necessidade de ações sistemáticas relacionadas à educação em saúde sobre pandemia para as crianças, considerando que essa população não foi alvo das orientações sobre o coronavírus por não serem o principal grupo de risco.

Ouvir as percepções das crianças sobre suas experiências permitiu compreender em quais aspectos o contexto da pandemia impactou em suas QV. O significado que elas dão a essa vivência, por vezes podem diferir das percepções de seus cuidadores.

## REFERÊNCIAS

ADIBELLI, Derya; SUMEN, Adem. The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. **Children and Youth Services Review**. v. 119. 2020. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Covid-19: aprovados seis novos testes 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset\\_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/covid-19-aprovados-seis-novos-testes/219201](http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/covid-19-aprovados-seis-novos-testes/219201). Acesso em: 19 fev 2021.

ALMEIDA, I. M. G. ; SILVA JÚNIOR, A. A. da . The biopsychosocial impacts suffered by the child population during the COVID-19 pandemic . *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e54210212286, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12286>.

ALDERSON, P. Listening to children: children, ethics, and social research. **Barkingside: Barnardo's**, 1995.

ALVARO, Marcela et al. “A máscara salva”: representações sociais da pandemia de covid-19 por meio dos desenhos de crianças cariocas. **Saúde e Sociedade**. v. 30, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210328>. Acesso em: 31, mar. 2022.

ALVES, Mylena Aparecida Rodrigues et al. Um levantamento quantitativo da utilização do instrumento Kidscreen na avaliação da qualidade de vida de crianças: uma revisão na produção científica utilizando a base de dados Scopus. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 25-40, 2019.

ANDINA, D., et al. Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 1. **Clin Exp Dermatol**. 2021 Apr;46(3):444-450. doi: 10.1111/ced.14481. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33180982.

ASSUMPCÃO, J. et al .Escala de avaliação da qualidade de vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 14 anos. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 58, n, 1, p. 119-127, 2000. doi: 10.1590/S0004-282X2000000100018

AVELINO, W. F.; MENDES, J. G.. A realidade da educação brasileira a partir da Covid-19.. **Boletim de Conjuntura**. v. 2, n. 5, p. 56-62, 2020. doi:/10.5281/zenodo.3759679.

BAHN, G. H. Coronavirus Disease 2019, School Closures, and Children’s Mental Health. **Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 74–79, 1 abr. 2020.

BARREIRE, S. G. et al . Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. *J Pediatr*. v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003 . doi: 10.1590/S0021-75572003000100010

BARROSO, H. C.; GAMA, M. S. B.. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. *Rev CEAM*. v. 6, n. 1, p. 84-94, 2020. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3953300>.

BEARISON, D.. They never want to tell you: Children talk about cancer. Cambridge: **Harvard University Press**, 2013 doi: 10.4159/harvard.9780674188150.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Relatório geral sobre o cálculo do Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte (IQVU-BH):** nova série IQVU-BH 2006/2010/2012 e série histórica IQVU-BH 1994/2000/2006/2010/2012. Belo Horizonte, 2014. 86 p.

BENTZEM, J. Crisis, We Pray: Religiosity and the COVID-19 Pandemia. **Social Science Research Network**: Rochester, NY, USA, 2020. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3615587>. Acesso em 1 abr 2022.

BENZING, V., et al. COVID-19: Physical Activity and Quality of Life in a Sample of Swiss School Children during and after the First Stay-at-Home. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Feb 16;19(4):2231. doi: 10.3390/ijerph19042231. PMID: 35206418; PMCID: PMC8871913.

BLACKER, Katy-Ann; LOBUE, Vanessa. Behavioral avoidance of contagion in childhood. **Journal of Experimental Child Psychology**. v. 143. p.162-170. mar. 2016. doi: 10.1016/j.jecp.2015.09.033

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Introduction-quality-of-life in social-science and medicine. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1337-1338, 1995.

BRAY, L. et al. “People play it down and tell me it can’t kill people, but I know people are dying each day”. Children’s health literacy relating to a global pandemic (COVID-19); an international cross sectional study. **PLoS ONE**. v.16. n.2. 10 feb. 202. doi: 10.1371/journal.pone.0246405

BRASIL.Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2018. Disponível em: [http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC\\_EI\\_EF\\_110518\\_versaofinal\\_site.pdf](http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf). Acesso em: 3 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. O Ensino Remoto Emergencial foi viabilizado com o posicionamento do Conselho Nacional de Educação, **Parecer CNE/CP nº 5, de 28 de abril de 2020**, que reorganiza o calendário escolar e autoriza o cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual. 2020. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=14511-pcp005-20&category\\_slud=marco-2020-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14511-pcp005-20&category_slud=marco-2020-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 3 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.Disponível em: : <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Brasil confirma primeiro caso de Coronavírus**. Brasília, 2020a.

Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe Epidemiológico SES de Minas Gerais**. Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/boletim>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo no manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária de saúde**. Brasília, 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/05/20200504-ProtocoloManejo-ver09.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como é definido um caso suspeito de coronavírus?**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#tratamento>. Acessado em: 28 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Painel Covid**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença pelo Coronavírus Covid-19**. Boletim Epidemiológico Especial, Brasília. v. 53. Jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2022>. Acesso em 10 abr 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Parecer CNE/CP nº5, de 28 de abril de 2020. Reorganização do Calendário Escolar e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da Pandemia da COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 32, 1º jun. 2020b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145011-pcp005-20&category\\_slug=marco-2020-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145011-pcp005-20&category_slug=marco-2020-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 10 abr 2022.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?. **Qualitative research in psychology**, v. 18, n. 3, p. 328-352, 2021.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**. v. 395: p. 912-920, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

BUSS P. M.; PELLEGRINI A. F. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad Saúde Pública**. v, 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900033.

BUTANTAN. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil. São Paulo: **Instituto Butantan**, Disponível em:

<<https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contracovid-19-no-brasil>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

BUTANTAN. Covid-19 já matou mais de 1.400 crianças de zero a 11 anos no Brasil e deixou outras milhares com sequelas, São Paulo: **Instituto Butantan**, 2022. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/covid-19-ja-matou-mais-de-1.400-criancas-de-zero-a-11-anos-no-brasil-e-deixou-outras-milhares-com-sequelas>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

CAMPOS, Amanda Letícia Bezerra et al. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, p. 05-10, 2017.

CARROLL, Nicholas; SADOWSKI, Adam; LAILA, Amar; et al. The Impact of COVID-19 on Health Behavior, Stress, Financial and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children. **Nutrients**, v. 12, n. 8, p. 2352, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2352>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Interventions for Community Containment**. Atlanta, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/sars/guidance/d-quarantine/app1.html>. Acesso em: 14 fev. 2020.

CHEN, I-Hua *et al.* Internet-Related Behaviors and Psychological Distress Among Schoolchildren During COVID-19 School Suspension. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 59, n.10, p.1099-1102. oct. 2020. doi: 10.1016/j.jaac.2020.06.007

CHEN, Z. et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. **World J Pediatr**. v. 16, p. 240-246, 2020. doi: 10.1007/s12519-020-00345-5.

CHOI, Jihye *et al.* "Daily Life Changes and Life Satisfaction among Korean School-Aged Children in the COVID-19 Pandemic". **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 18, n. 6. 2021. doi:10.3390/ijerph18063324

CHRISTOFFEL, Marialda Moreira *et al.* Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (COVID-19). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 2. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>. Acesso em: 30 jan, 2022.

CICHETTI, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. **Psychological Assessment**, v. 6, n. 4, p. 284–290, 1994

CRESWELL, J. W et al. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. **NIH**. v. 2013, p.541-545, 2010.

CRISTALDO, Heloisa. Aumenta a procura por divórcio durante a pandemia. **Agência Brasil**. 26 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-06/aumenta-procura-por-divorcio-durante-pandemia> .Acesso em: 02 ago, 2020.

CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Bio Med**, v.91, n.1, p.157-160, 2020. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9397.

DAHLGREN, G. E.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: **Institute for future studies**. v. 27, n.1, p 4-41, 1991.

DAUBERY, Emily N *et al.* Pedagogical questions promote causal learning in preschoolers. **Scientific Reports**. v.10. p. 1-8. 26 nov. 2020. doi: 10.1038/s41598-020-77883-5

DAY, M. Covid-19: More young children are being infected in Israel and Italy, emerging data suggest. **BMJ**. v. 372, n. 383, 2021. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n383>.

DE ALENCAR ROCHA, Maressa Ferreira *et al.* O impacto da pandemia do covid-19 na saúde infanto-juvenil: um estudo transversal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3483-3497, 2021.

DE ARAÚJO MACHADO, Andreza Riane *et al.* Adaptações lúdicas no atendimento em pediatria durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. **ANAIS DA MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA**. n.14, p. 188-189, 2020.

DE OLIVEIRA CARDOSO, Érika Arantes *et al.* Qualidade de vida pós-transplante de medula óssea: comparação entre avaliação das crianças e das mães. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 4, p. 686-693, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497957635006>.

DESLANDES, Suely Ferreira; COUTINHO, Tiago. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25. p. 2378-2486. jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>. Acesso em: 31 mar, 2022.

DIEGO-CORDERO, R. *et al.* The Role of Spirituality and Religiosity in Healthcare During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review of the Scientific Literature. **J Relig Health**, p. 1-30, 2022. DOI: 10.1007/s10943-022-01549-x.

DOCHERTY, S.,; MARGARETE, S. "Focus on qualitative methods: Interviewing children." **Res Nurs Health**.v. 22, n.2, p. 177-185, 1999. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199904)22:2<177::AID-NUR9>3.0.CO;2-H

DONG, Y. *et al.* Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. **Pediatrics**. v. 145, n. 6, 2020. doi: 10.1542/peds.2020-0702.

DONG, Chuanmei; CAO, Simin; LI, Hui. Young Children's Online Learning during COVID-19 Pandemic: Chinese Parents' Beliefs and Attitudes. **Children and Youth Services Review**. 8 sep. 2020. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105440

DUAN, Li *et al.* An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. **J Affect Disord**. v. 275, p.112-118. 1 oct. 2020. doi:10.1016/j.jad.2020.06.029.

ERLINA, I. A .H.; SANTOSO, D.,; APRIYANTO, S. Perspective of parents of online learning in pandemic covid-19. **Journal of Research in Business, Economics, and Education**, v. 2, n. 6, p. 1346-1350, 2020.

EISER, C.; MORSE, R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. **Arch Dis Child**. v. 84, p. 205-211, 2001. doi: 10.1136/adc.84.3.205.

FARIAS, Franciele Kersting. Retorno presencial da educação infantil: percepções das/os professoras/es acerca do desenvolvimento socioafetivo. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso ( Psicologia ).

FEITOSA, Luzanira Correia et al. O efeito do esporte adaptado na qualidade de vida e no perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, p. 429-435, 2017.

FENG, K *et al.* Analysis of CT features of 15 Children with 2019 novel coronavirus infection]. **Zhonghua ErKe Za Zhi**. v. 16, n.0. 14 apr. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.0007>. Acesso em: 31 mar, 2022

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 19-28, 1999.

FERRARINI, Clarice Della Torre. PORTARIA N. ° 30-Bsb-DE 11 DE FEVEREIRO DE 1977. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 30, p. 314-338, 1977.

FLECK, M. P. A. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOLINO, Carolina Habergriç et al. A percepção de crianças cariocas sobre a pandemia de COVID-19, SARS-CoV-2 e os vírus em geral. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 4. apr. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1377/a-percepcao-de-criancas-cariocas-sobre-a-pandemia-de-covid-19-sars-cov-2-e-os-virus-em-geral>. Acesso em: 31, mar. 2022. doi: 10.1590/0102-311X00304320

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANÇA, Filipe Gabriel Ribeiro; DE FREITAS GOMES, Luciana. Educação Física escolar em tempos de pandemia: O trabalho em uma escola com jogos e brincadeiras tradicionais durante o Regime Especial de Atividades não Presenciais na rede estadual de ensino de Minas Gerais. **Revista Ponto de Vista**, v. 10, n. 1, p. 01-09, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RPV/article/view/11508>. Acesso em: 1 abr. 2022. DOI: 10.47328/rpv.v10i1.11508.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Crianças de 6 a 10 anos são as mais afetadas pela exclusão escolar na pandemia, alertam UNICEF e Cenpec Educação [internet]. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/>

criancas-de-6-10- anos-sao-mais-afetadas-pela-exclusao-escolar-na-pandemia. Acesso em 2 abr 2022.

GHOSH, R. et al. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. **Minerva Pediatrica**, v. 72, n. 3, jun. 2020.

GIACOMONI, Claudia Hofheinz; SOUZA, Luciana Karine de; HUTZ, Claudio Simon. A visão das crianças sobre a felicidade. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 1, p. 143-150, 2014.

GIACOMONI, Claudia Hofheinz; SOUZA, Luciana Karine de; HUTZ, Claudio Simon. O conceito de felicidade em crianças. **Psico-USF**. v. 19, p. 143-153, 2014.

GODOI, Marcos *et al.* O ensino remoto durante a pandemia de covid-19: desafios, aprendizagens e expectativas dos professores universitários de Educação Física. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 10. 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12162/4387>. Acesso em: 31 mar, 2022.

GROSSI, Marcia Gorett Ribeiro; MINODA, Dalva de Souza Minoda; FONSECA, Renata Gadoni Porto. IMPACTO DA PANDEMIA DO COVID-19 NA EDUCAÇÃO: REFLEXOS NA VIDA DAS FAMÍLIAS. **Teoria e Prática da Educação**. v. 23, n.3, p. 150-157. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/53672>. Acesso em: 6 jan 2022.

GUETTERMAN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. **Ann Fam Med**. v. 13, n. 6, p. 554–561, 2015. doi: 10.1370/afm.1865.

HADDAD, Gabriela Roncada; MARTIN, Paulo Gonçalves; MARTIN, Joelma Gonçalves. Manifestações cutâneas da COVID-19 na criança: revisão da literatura. **Resid Pediatr**. v. 10, n. 2, p. 1-8, 2020.

GUIMARÃES, Ádria Silva; CARVALHO, Wellington Roberto Gomes de. Desinformação, negacionismo e automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da COVID-19. **InterAm J Med Health**. v.3. 2020.

HELMAN, C. G. Limits of biomedical explanation. **Lancet**. v. 337. p.1080-1083. 4 may. 1991. doi: 10.1016/0140-6736(91)91720-f

HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David. **Wong**: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. [s.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1151701>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

HODGES, Charles et al. Diferenças entre o aprendizado online e o ensino remoto de emergência. **Revista da Escola, Professor, Educação e Tecnologia**. v. 2. 2020. Disponível em: <https://escribo.com/revista/index.php/escola/article/view/17>

JIANG, Ying; MONK, Hilary. Young Chinese-Australian children’s use of technology at

home: Parents' and grandparents' views. **Asia-Pacific Journal of Research in Early Childhood Education**. v. 10, n.1, p.87-106. 2016. doi: 10.17206/apjrece.2016.10.1.87

KALLANDER, S. W.; GORDON, R.; BORZEKOWSKI, D. L. G. "People Will Continue to Suffer If the Virus Is Around": A Qualitative Analysis of Sub-Saharan African Children's Experiences during the COVID-19 Pandemic. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5618, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115618>.

KELLERMANN, M.; ANDRADE, S.. Dança lúdica: avaliação diagnóstica aplicada a crianças de 7 a 9 anos. **Em Aberto**. v. 31, n. 102, p. 147-164, 2018. doi: 10.24109/2176-6673.emaberto.31i102.3588.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1061-1063, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf>> . Acesso em: 25 fev 2021.

KOLLER, Donna *et al.* Bowlby and Robertson revisited: the impact of isolation on hospitalized children during SARS. **Developmental and Behavioral Pediatrics**. v. 27. n.2. p.134-140. apr. 2006. doi: 10.1097/00004703-200604000-0001

KOLLER, D. F. et al. When family-centered care is challenged by infectious disease: pediatric health care delivery during the SARS outbreaks. **Qual Health Res**. v. 16, n. 1, p. 47-60, 2006. doi: 10.1177/1049732305284010.

KOLLER, D. F. et al . Paediatric pandemic planning: children's perspectives and recommendations. **Health Soc Care Community**. v. 18, n. 4, p. 369-377, 2010. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00907.x>LIVINGSTON, E.; BUCHER, K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. **JAMA**. v. 323, n. 14, p. 1335, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4344.

LEON, Camila Barbosa Riccardi et al . Funções executivas e desempenho escolar em crianças de 6 a 9 anos de idade. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 30, n. 92, p. 113-120, 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862013000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 jul. 2022.

LEOTTI, Lauren *et al.* Learning about germs in a global pandemic: Children's knowledge and avoidance of contagious illness before and after COVID-19. **Cognitive Development**, v. 59. july. 2021. doi:10.1016/j.cogdev.2021.101090

LIBARDI, Ana Luísa Polizel; ROMEIRO, Ana Carolina de Oliveira Espanha; TALARICO, Mariana Valente Teixeira da Silva. Uso de máscara na intervenção em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) no contexto da pandemia (COVID-19). **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 16, n. 2, maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/10545/7316>. Acesso em: 31 mar. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i2.10545>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00193920, 2020.

LÓPEZ-AYMES, Gabriela *et al.* A Mixed Methods Research Study of Parental Perception of Physical Activity and Quality of Life of Children Under Home Lock Down in the COVID-19 Pandemic. **Front Psychol.** v. 12. 15 mar. 2021. doi: 10.3389/fpsyg.2021.649481

LOADES, Maria Elizabeth *et al.* Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 59, n.11, p. 1218-1239. 2020. doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009

LU Q, SHI Y. Coronavírus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. **J Med Virol.** v. 92, n. 6, p. 564-567, 2020.. doi: 10.1002/jmv.25740.

LUDVIGSSON, J.F. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. **Acta Paediatr.** 2021 Mar;110(3):914-921. doi: 10.1111/apa.15673. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33205450; PMCID: PMC7753397.

LUIJTEN, Michiel A J *et al.* The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. **Qual Life Res.** v. 30, n.10, p. 2795-2804. 2021. doi: 10.1007/s11136-021-02861-x

LUNARDI, Nataly Moretzsohn Silveira Simões et al. Aulas Remotas Durante a Pandemia: dificuldades e estratégias utilizadas por pais. **Educação & Realidade.** v. 46, n. 2. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236106662>. Acesso em: 1 apr, 2022.

ŁUSZCZKI, Edyta *et al.* Children's Eating Habits, Physical Activity, Sleep, and Media Usage before and during COVID-19 Pandemic in Poland. **Nutrients.** v.13, n.7. 17 july. 2021. doi: 10.3390/nu13072447

MAKARIA, E. C.; SARI, N. P. How Children's Creativity During the Covid-19 Pandemic?. In: 2nd **Progress in Social Science, Humanities and Education Research Symposium** (PSSHRS 2020). Atlantis Press, 2021. p. 211-215.

MANIFICAT, S. et al Evaluation de la vie en pediatric comment recueillir le point de vie de l'enfant. **Arch Pediatric.** v. 4, n. 12, pag. 1238-1246, 1997. doi: 10.1016/S0929-693X(97)82616-4.

MARCUSCHI, L.A. Análise da conversação. São Paulo: **Ática**. 1986

MARMOT, M.; COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. **The Lancet.** v. 370, n. 9593, p. 1153-1163, 2007. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61385-3.

MARQUES, E.E S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad Saúde Pública**. v. 36, n. 4, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00074420.

MARTINI, Juliana A; PEROSA, Gimol B; PADOVANI, Flávia Helena. Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros, o relato do cuidador e o auto-relato infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 12. 25 nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017>. Acesso em: 31, mar. 2022.

MARTINS, A. R. et al. A FELICIDADE ATRAVÉS DO OLHAR DA CRIANÇA. **Humanas Sociais & Aplicadas**. v. 5, n. 14, 2015.

MEEBERG, Glenda A. Quality of life: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 18, n. 1, p. 32-38, 1993.

MELO, E. M. D. O. P. D. et al . Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. v. 22, n. 3, p. 432-439, 2014 . doi: 10.1590/0104-1169.3308.2434.

MENDONÇA, Raquel Bicudo et al. Avaliação das propriedades de medida da versão brasileira de dois questionários de qualidade de vida em alergia alimentar-para crianças e seus pais. **Jornal de Pediatria**, v. 96, p. 600-606, 2020.

MENEZES, Maria Elizabeth; LIMA, L. M.; MARTINELLO, F. Diagnóstico laboratorial do SARS-CoV-2 por transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR). A Tempestade do Coronavírus. **Rev RBAC**, v. 52, n. 2, p. 122-30, 2020.

MERCADO, L. P. L.. Coleta de dados na pesquisa qualitativa online utilizando a etnografia virtual. *Memorias Virtual Educa*, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cien Saud Colet**. v.5, n.1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12579/3223>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.54-80.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 3 [Acessado 31 Janeiro 2022] , pp. 621-626. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MIRANDA, Debora Marques de *et al.* How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?. **Int J Disaster Risk Reduct**. v. 51. dec. 2020. doi:10.1016/j.ijdr.2020.101845

MIRLASHARI, Jila; EBRAHIMPOUR, Fatemeh; SALISU, Waliu Jawula. War on Two Fronts: Experience of Children with Cancer and Their Family During COVID-19 Pandemic in Iran. **J Pediatr Nurs**. v. 57, p. 25-31. 2021. doi: 10.1111/hex.13280

MOORE, S. A. et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, 6 jul. 2020.

MORRIS, Jenny; PEREZ, David; MCNOE, Bronwen. The use of quality of life data in clinical practice. **Quality of life research**, v. 7, n. 1, p. 85-91, 1998.

MURRAY, C. J. S. A Collaborative Approach to Meeting the Psychosocial Needs of Children During an Influenza Pandemic. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 15, n. 2, p. 135–143, abr. 2010.

NAHAS, Markus Vinicius. Atividade física, saúde e qualidade de vida. **Londrina: Midiograf**, v. 3, p. 278, 2001.

NASCIMENTO L. **Anvisa aprova testes rápidos para covid-19 em farmácias 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/anvisa-aprova-tes-tes-rapidos-para-covid-19-em-farmacias>. Acesso em: 19 fev. 2021.

NATIONAL MATERNAL AND CHILD HEALTH DATA RESOURCE INITIATIVE. National Survey of Children's Health. Disponível em: <https://www.childhealthdata.org/>. Acesso em: 31 Mar. 2020.

NICHIATA, L. Y. I. et al. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Rev Latino Am Enfermagem**. v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008 doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>.

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. **Social science & medicine**. v. 67. n.12. p. 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050

OKAN, Orkan *et al.* Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 17. n. 15. 30 jul. 2020. doi: 10.3390/ijerph17155503

OLIVEIRA, W. K. et al.. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**.. v. 29, n. 2 , 2020. doi: 10.5123/S1679-49742020000200023.

OLIVEIRA, R. B. G. et al.. A entrevista nas pesquisas qualitativas de enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**.v. 63, n. 2, p.300-306, 2010. doi: 10.1590/S0034-71672010000200020.

OLIVEIRA, F. Reflexões a respeito de uma experiência de participação infantil no Brasil envolvendo os espaços urbanos e a perspectiva das crianças. **Rev Port Educação**. v. 30, n. 1, p. 157-179, 2017. doi: 10.21814/rpe.8688.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHO). **Novel Coronavírus 2019**. Genebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PAIVA, Eny Dórea *et al.* Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 74, n. 1. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>. Acesso em: 30 jan, 2022.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **São Paulo**, v. 64, 2000.

PENA, L.; REMOALDO, P. Saúde e Sofrimento no Trabalho Docente na Universidade Óscar Ribas (Angola).2016.

PEREIRA, Priscila Moreira de Lima *et al.* Disponibilidade e preço de alimentos em supermercados antes e durante a pandemia de Covid-19 em uma cidade de médio porte. **Revista de Nutrição**. v. 34. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e210006>. Acesso em: 31 mar, 2022.

PEROSA, GB; GABARRA, LM. Explanations proffered by children hospitalized due to illness: implications for communication between healthcare professionals and patients. **Interface Comunic Saude Educ**. v.8. p. 135-147. 2004.

PFEIFER, Luzia Iara; SILVA, Mariléia Araújo da. Avaliação da qualidade de vida em crianças com fibrose cística. **Rev. NUFEN**, São Paulo , v. 1, n. 2, p. 118-130, nov. 2009 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912009000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912009000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 jul. 2022.

PIKO, Bettina F; BAK, Judit. Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. **Health Educ Res**. v. 21. p.643-653. oct. 2006. 10.1093/her/cyl034

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, Ma.. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev Latino Am Enfermagem**. v. 13, n. 5, p. 717-722, 2005 . doi: 10.1590/S0104-11692005000500016.

PRADO, M. F. et al. Analysis of COVID-19 under-reporting in Brazil. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 32, n.2, p. 224-228, 2020 doi: 10.5935/0103-507X.20200030.

QUINONES, G.; ADAMS, M. Children's virtual worlds and friendships during the COVID-19 pandemic: Visual technologies as a panacea for social isolation. **Video Journal of Education and Pedagogy**, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2021.

RADESKY, Jenny S *et al.* Overstimulated consumers or next-generation learners? Parent tensions about child mobile technology use. **Annals of Family Medicine**. v.14, n. 6, p.503-508. 2016. doi:10.1370/afm.1976.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike; OTTO, Christiane; KAMAN, Anne; et al. Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. **Deutsches Ärzteblatt international**, 2020. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2020.0828>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

RAPA, Elizabeth; DALTON, Louise; STEIN, Alan. Talking to children about illness and death of a loved one during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Child & Adolescent Health**. v. 4, n. 8, p. 560-562, 2020.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike *et al.* Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. p. 1-4. 12 oct. 2021. doi: 10.1007/s00787-021-01889-1

RÊGO, Leticia Werner; MARTINS, Gisele; SALVIANO, Cristiane Feitosa. Impacto da doença renal crônica em adolescentes em tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v.13, p. e240286, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240286>>. Acesso em: 2 de abril de 2022.

REMMERSWAAL, D.; MURIS, P. Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: The role of threat information as provided by parents. **Journal of anxiety disorders**, v. 25, n. 3, p. 444-449, 2011.

REZENDE, Bárbara Antunes; LEMOS, Stela Maris Aguiar; MEDEIROS, Adriane Mesquita de. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, p. 415-421, 2017.

RIBEIRO FRANÇA, F. G.; DE FREITAS GOMES, L. . Educação Física escolar em tempos de pandemia: O trabalho em uma escola com jogos e brincadeiras tradicionais durante o Regime Especial de Atividades não Presenciais na rede estadual de ensino de Minas Gerais. **Revista Ponto de Vista**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 01–09, 2021. DOI: 10.47328/rpv.v10i1.11508. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RPV/article/view/11508>. Acesso em: 1 abr. 2022.

ROCHA, Maria Silvia Pinto de Moura Librandi da. Desenvolvimento da memória mediada em práticas pedagógicas: construção e uso de calendários por crianças da Educação Infantil. **Pro-Posições**, v. 29, n. 3, p. 66–91, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072018000300066&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000300066&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 23 jul. 2022.

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

RODRIGUES, M. D. R.D. F.; VILELA, F. C.. Resolução da situação-problema e desfecho em histórias de crianças de 7 e 9 Anos. **Psicol Cienc Prof**. v. 32, n. 2, p. 422-437, 2012. doi: 10.1590/S1414-98932012000200011.

ROGERSON, Robert J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1373-1382, 1995.  
RONG, X. et al. Effect of delay in diagnosis on transmission of COVID-19. **Math Biosci Eng**. v.17, n. 3, p. 2725-2740, 2020. doi: 10.3934/mbe.2020149.

RUNDLE, Andrew G *et al.* COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. **Obesity (Silver Spring)**. v. 28, n. 6, p.1008-1009. jun. 2020. doi: 10.1002/oby.22813

SALGADO, C. M. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.613-619, 2012.

SANTANA, Nelbe Nesi *et al.* Fatores associados a qualidade de vida em crianças e adolescentes com fibrose cística. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

SANTOS, A. Q. S. *et al.* Efeitos de jogos de raciocínio lógico sobre o sedentarismo em crianças de 7 a 9 anos no combate à obesidade. **Rev Inter Estud em Saúde**. v. 8, n. 2, p. 131-147, 2019. doi: [10.33362/ries.v8i2.1596](https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1596).

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, Taís Badé da *et al.* Qualidade de vida e aspectos psicológicos em crianças e adolescentes com doença renal crônica: uma revisão de literatura. **SOCIEDADE 5.0: educação, ciência, tecnologia e amor, recife**, v. VII, 2020.

SILVA, Wenderson Costa da *et al.* "Explorando os impactos na saúde mental de crianças durante a pandemia de covid-19". **International Journal of Development Research**. v. 11, n. 4, p. 46248-46253. 22 apr. 2021.

SILVA, I. de O; LUZ, I. R. da; CARVALHO, L.D. **Infância e pandemia na Região Metropolitana de Belo Horizonte: primeiras análises**/Isabel de Oliveira e Silva, Iza Rodrigues da Luz e Leovindo Diniz Carvalho. Belo Horizonte: UFMG/FAE/NEPEI, 2021. Disponível em: <<https://www.infanciaemtemposdepandemia.com.br/>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

SMITH, Simon; KABELE, Jiří. The spring 'stay at home' coronavirus campaign communicated by pending accounts. **Journal of Pragmatics**, v. 177, p. 170-182, 2021.

SOARES, G. S. A Urgência do Direito à Cidade e às Alternativas de Enfrentamento à Covid-19 em territórios vulnerabilizados.S. **Serviço Social em Perspectiva**. v. 5, n. 1, p. 51-64, 2021. doi: <https://doi.org/10.46551/rssp.202103>.

SOUSA, Fernanda Silva. **O Brincar e as crianças: reflexos da pandemia de covid-19**. 2021. 17 f. Monografia (Graduação em Pedagogia) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2021.

SPINILLO, A. G.; SIMOES, P. U. O desenvolvimento da consciência metatextual em crianças: questões conceituais, metodológicas e resultados de pesquisas. **Psicol Reflex Crit**. v. 16, n. 3, p. 537-546, 2003 . doi: 10.1590/S0102-79722003000300012.

SPÍNOLA, Silvana Maria Camacho. **Famílias e distanciamento social durante a pandemia COVID-19**. 2021. Tese (doutorado).

TIWARI, Gyanesh Kumar *et al.* Understanding the perceived health outcomes of children during COVID-19 pandemic. **Authorea**. 2020. doi: 10.22541/au.158958012.27449923

UNESCO. COVID-19 Educational Disruption and Response. Disponível em: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>. Acesso em: 31, mar. 2022.

United Nations International Children 's Fund (UNICEF). Convenção sobre o direito das crianças: Versão para crianças e adolescentes. Brasília - Distrito Federal. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/cdc-ver-sao-crianca>. Acesso em: 3 dec 2021.

VAIL, Peter. Muay Thai: Inventing tradition for a national symbol. *Sojourn: Journal of Social Issues in Southeast Asia*, v. 29, n. 3, p. 509-553, 2014.

VARNI, James *et al.* Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: Hearing the voices of the children. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v. 47, n. 9, p.592-597.sep. 2005. doi:10.1017/S0012162205001179

VIEIRA, Martina Estevam Brom; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **Jornal de Pediatria**, v. 87, p. 281-291, 2011.

VIEIRA, G. Y. M.; SANT'ANA, Vi. A.; ANDRES, Fe. Sa.. Para Além da Graduação: A Produção de Conhecimento de Egressos de Relações Públicas. 2018.

VILELAS, J. M. S. O novo coronavírus e o risco para a saúde das crianças. **Rev Latino Am Enfermagem**. v. 28, p. 3320, 2020. doi: [10.1590/1518-8345.0000.3320](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3320).

WAI WONG, Chee *et al.* Digital Screen Time During COVID-19 Pandemic: Risk for a Further Myopia Boom?. **American Journal of Ophthalmology**. v. 223, p.333-337. mar. 2021. doi: 10.1016/j.ajo.2020.07.034

WALLANDER, J. L.;KOOT, H. M. Quality of life in children: A critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. **Clin Psychol Rev**. v. 45, p. 131-143, 2016doi: [10.1016/j.cpr.2015.11.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.007).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO coronavirus disease (COVID-19) **Dashboard, data table, and detailed surveillance data, 2022**. Available: <https://covid19.who.int/> [Accessed 8 Jan 2022].

WHOQOL Group.. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Quality of Life Research**. v. 2, p. 153–159, 1993.

WOMEN'S AID, U. K. **The impact of COVID-19 on women and children experiencing domestic abuse, and the life-saving services that support them**. 2020. Disponível em: <https://www.womensaid.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-women-and-children-experiencing-domesticabuse-and-the-life-saving-services-that-support-them/>. Acesso em: 17 Mar. 2020.

WOOD-DAUPHINEE, Sharon. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. **Journal of clinical epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

WOODGATE, R.; KRISTJANSON, L. J. "My Hurts": Hospitalized Young Children's Perceptions of Acute Pain. **Qualitative Health Research**, v. 6, n. 2, p. 184-201, 1996.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**. v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648.

XIANG, Mi; ZHANG, Zhiruo; KUWAHARA, Keisuke. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 63, n. 4, p. 531–532, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033062020300967>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

YORK, James. How to teach languages with “Among Us”. **Ludic Lang. Pedagog**, v. 2, p. 269-283, 2020.

ZHENG, Fang *et al.* Clinical characteristics of children with Coronavirus disease 2019 in Hubei, China. **Curr Med Sci**. v. 40, n. 2, p.275-280. apr. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s11596-020-2172-6>. Acesso em: 31 mar, 2022.

ZHOU, X. Managing psychological distress in children and adolescents following the COVID-19 epidemic: A cooperative approach. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, n. S1, 18 jun. 2020.

ZHU, H. et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. **Transl Pediatr.**, v. 9, n. 1, p. 51–60,. 2020.doi: 10.21037/tp.2020.02.06



**APÊNDICE A - Artigo: “Repercussions of social distance due to the covid-19 pandemic on the quality of life in children: a scoping review”**

Review

## **Repercussions of social distance due to the covid-19 pandemic on the quality of life in children: a scoping review**

### **ABSTRACT**

**Aims:** To map the repercussions of social distancing on quality of life in children during the Covid-19 pandemic.

**Design:** Scoping Review according to Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual for Scoping Reviews and PRISMA-ScR.

**Data sources:** Electronic database searches were conducted on BVS (*Health Virtual Libray*), Medline/PUBMED, COCHRANE, CINAHL, Scopus, Web of Science, and EMBASE, conducted on April 08, 2021.

**Review Methods:** Data searches were performed individually on each database and then imported into Rayyan software. This software was used for the blind selection of articles, using information from the titles and abstracts. Two researchers applied the selection criteria independently, and consensus in situations of disagreement was established with a third researcher. Titles and abstracts were read, and the selected articles were submitted for a full reading. Subsequently, the references of the included studies were also analyzed.

**Results:** Forty-five studies were selected that address evidence of how social distancing has increased social and economic disparities and quality of life in children, such compromised physical and mental health, increased negative feelings exposed to a lack of food security, made it difficult to access places for physical activities, and increased rates of domestic violence.

**Conclusion:** Regardless of the living condition, to some extent, the pandemic impacted the physical, social, and psychological well-being and the environment in which the child lives, negatively affecting their quality of life.

**Impact:** To observe the implications caused by the coronavirus pandemic in children's lives is helpful to define actions that contribute to promoting their quality of life. For nursing, knowing the effects of the pandemic is fundamental to thinking about the care and efforts aimed at children.

**Keywords:** Child; Quality of Life; COVID-19; Pandemics

## INTRODUCTION

Covid-19 has raised concerns about social distancing on the quality of life (QoL) in children. With the rapid geographical spread of the disease, in March 2020, the World Health Organization (WHO) has declared the pandemic (Pan American Health Organization [PAHO], 2020).

This situation stems from the need for social distancing measures to contain virus infection (Ornell, Schuch, Sordi & Kessler, 2020). Despite the need for isolation to protect the population, this strategy deeply modified main daily routines and interaction between individuals, especially between intimate partners and between parents and children (Paiva et al., 2021; Oliveira, Souza, Sabino, Vicente & Carlos, 2022).

Thus, focusing on the context of quarantine, social contact restrictions, changes in habits, economic crisis, and living conditions that people already find can influence the repercussions of the pandemic under the QoL of children. Being aware of this may facilitate planning future interventions and reduce possible complications.

This review aims to map the repercussions of social distancing on the QoL in children during the Covid-19 pandemic.

## Background

After more than a year since the first infection of Covid-19, approximately 219 million cases have been confirmed worldwide, and 4.55 million deaths have been recorded (World Health Organization [WHO], 2021). At the comparison criterion, in 2019, there were 18,562,509 deaths from cardiovascular diseases (the leading cause of death worldwide) (Global Burden of Disease Study [GBD], 2020).

Initially, a small number of cases were identified in children. Compared to the general population, these cases represented about 1 to 5% of those diagnosed (United Nations International Children's Fund [UNICEF], 2020). Last year about 12 million cases of

COVID-19 were recorded in children and adolescents, and, of these cases, more than 7,100,000 resulted in death (UNICEF, 2020).

In addition, the impacting social interactions, the economic crisis already underway in many countries were increased by the pandemic and caused increased unemployment within families, disarticulation with the support network, and overcrowding of households (Oliveira, Abranches & Lana, 2020; Matta, Rego, Souto & Segata, 2021). Staying at home added to the stress of the risk of contagion of the disease. The change in routine and the reorganization of domestic and work demands favor the increase in violence against women, children, and adolescents (United Nations [UN], 2020).

Social distancing also produces potential losses that can occur in the learning and development of children. Since March 2020, schools serving more than 168 million children worldwide have been closed for almost a year due to restrictions imposed to control the transmission of the disease. Although some institutions adopt remote education globally, many schools do not have the resources to invest in digital learning. Many children did not have access to the Internet (UNICEF, 2020; United Nations International Children's Fund [UNICEF], 2020). At least one in three school-age children could not access remote education, representing about 463 million children worldwide. It is emphasized that the number of students who cannot be reached is probably higher than estimated (United Nations International Children's Fund [UNICEF], 2020).

As a result of distance learning policies and the availability of technological resources in households, children may not learn due to skills' gaps between teachers or lack of support from parents. In addition to the concerns with children's learning, the quarantine has kept children at home having no social interaction and outdoor activities. So, interacting with children of the same age and with other adults than family has decreased, contributing to developmental impairments and adversely affecting their mental health (Brooks et al., 2020). A systematic review exploring the anxiety, depression, and traumatic stress experienced by children and adolescents during the COVID-19 pandemic reported that depressive symptoms among this population increased by 28% in the first six months of the COVID-19 pandemic (Racine et al., 2020).

In 2003, the pandemic SARS also brought the need for social distancing and had significant effects on the provision of health care to children, psychosocial support, and communication between families and professionals (Koller, Nicholas, Goldie, Gearing & Selkirki, 2006). All issues previously addressed have the potential to affect children's QoL.

The WHO defines QoL as the perception that the individual has of his condition in life, the cultural context, and the value system in which he/she lives. Includes the individual objectives, expectations, values, standards, and concerns (Whoqol Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument [WHOQOL], 1993). The concept has been interpreted from various perspectives, including physical, psychological, and spiritual well-being and social, economic, and political aspects (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Studies that address children's QoL have included topics such as the development of premature children (Martini, Perosa & Padovani, 2019) and children with chronic health conditions (Cunha, Pantoja, Portella, Furlaneto & Lima, 2021, Pfeifer & Silva, 2009, Azevedo et al., 2021). Such studies show that QoL can directly influence children and adolescents' physical, psychological, social, and spiritual aspects. Importantly, despite these findings, no current reviews on this topic have been identified by the authors in research at prospero, OSF and inplasy.

## **THE REVIEW**

### **Aims**

This study aims to map the repercussions of social distancing on the quality of life in children during the Covid-19 pandemic.

### **Design**

It is a scoping review structured according to the five steps recommended by the Joanna Briggs Institute (JBI): 1) Identification of the research question; 2) Identification of relevant studies; 3) Selection of studies; 4) Data analysis; and 5) Grouping, synthesis, and presentation of data (Peters et al., 2015; Peters et., 2020).

The Participants, Concept, and Context (PCC) methodology was applied to conduct the research question and define the inclusion criteria. Therefore, in this review, the studies were considered when having children up to 10 years of age who experienced a pandemic as participants. The WHO definition for children (0-9 years) supported this criterion related to the age. Studies conducted with healthy children or children who have any disease (chronic or acute), hospitalized or institutionalized, and pregnant adolescents were considered. The concept encompassed the repercussions of social distancing in QoL, assessed through questionnaires, surveys, scales, tools, or interviews, either with the children themselves or their parents as respondents, but always with answers related to the repercussions on children. As repercussions, all changes in an phenomenon or outcomes were considered, such as

impaired, compromised, or improved in the context of COVID-19 and related to QoL. The context refers to social distancing during the pandemic, defined as the obligation to stay at home and keep physically distant from other people outside the family.

### Search methods

The research was conducted in three phases: initially, a search was carried out in the electronic databases of CINAHL and MEDLINE, through the Platform EBSCO Host, to identify studies on this subject and terms used in a sensitive search in the next phase. In the second phase, more search terms were used according to each electronic database. The leading search took place in eight databases (Table 1).

**Table 1** - Search in each database, Brazil, 2021

| DATABASES<br>(Results)            | STRATEGY   | SELECTED |
|-----------------------------------|--|----------|
| BVS*<br>LILACS E<br>IBECs<br>(17) | ("Social Isolation" OR "Aislamiento Social" OR "Isolamento Social" OR quarantine OR cuarentena OR quarentena OR pandemics OR pandemias OR pandemias OR pandemia OR "SARS Virus" OR "Virus del SARS" OR "Virus da SARS") AND ("child" OR "niño" OR "criança" OR "crianças" OR "children") AND ("Qualidade de Vida" OR "Calidad de Vida" OR "Quality of Life") | 1        |
| MEDLINE<br>VIA<br>PUBMED<br>(104) | ("Social Isolation" OR Quarantine OR Pandemics OR "2019 Novel Coronavirus" OR "SARS-COV-2" OR "COVID-19") AND (Child OR Children) AND ("Quality of Life")  | 5        |
| COCHRANE<br>(37)                  | ("Social Isolation" OR Quarantine OR Pandemics OR "Covid-19") AND (Child OR Children) AND ("Quality of Life")  | 0        |
| CINAHL<br>(169)                   | ("Social Isolation" OR Quarantine OR Pandemics OR "2019 Novel Coronavirus" OR "SARS-COV-2" OR "COVID-19") AND (Child OR Children) AND ("Quality of Life")  | 6        |
| SCOPUS<br>(346)                   | ("Social Isolation" OR Quarantine OR Pandemics OR "2019 Novel Coronavirus" OR "SARS-COV-2" OR "COVID-19") AND (Child OR Children) AND ("Quality of Life")  | 2        |
| WEB OF<br>SCIENCE<br>(20)         | ("Social Isolation" OR Quarantine OR Pandemics OR "2019 Novel Coronavirus" OR "SARS-COV-2" OR "COVID-19") AND (Child OR Children) AND ("Quality of Life")  | 3        |

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| EMBASE<br>(328) | ('social isolation'/exp OR 'social isolation' OR 'quarantine'/exp OR quarantine OR 'pandemics'/exp OR pandemics OR '2019 novel coronavirus'/exp OR '2019 novel coronavirus' OR 'sars-cov-2'/exp OR 'sars-cov-2' OR 'covid-19'/exp OR 'covid-19') AND ('child'/exp OR child OR 'children'/exp OR children) AND ('quality of life'/exp OR 'quality of life') | 7 |
|-----------------|--|---|

Source: Authors' own work

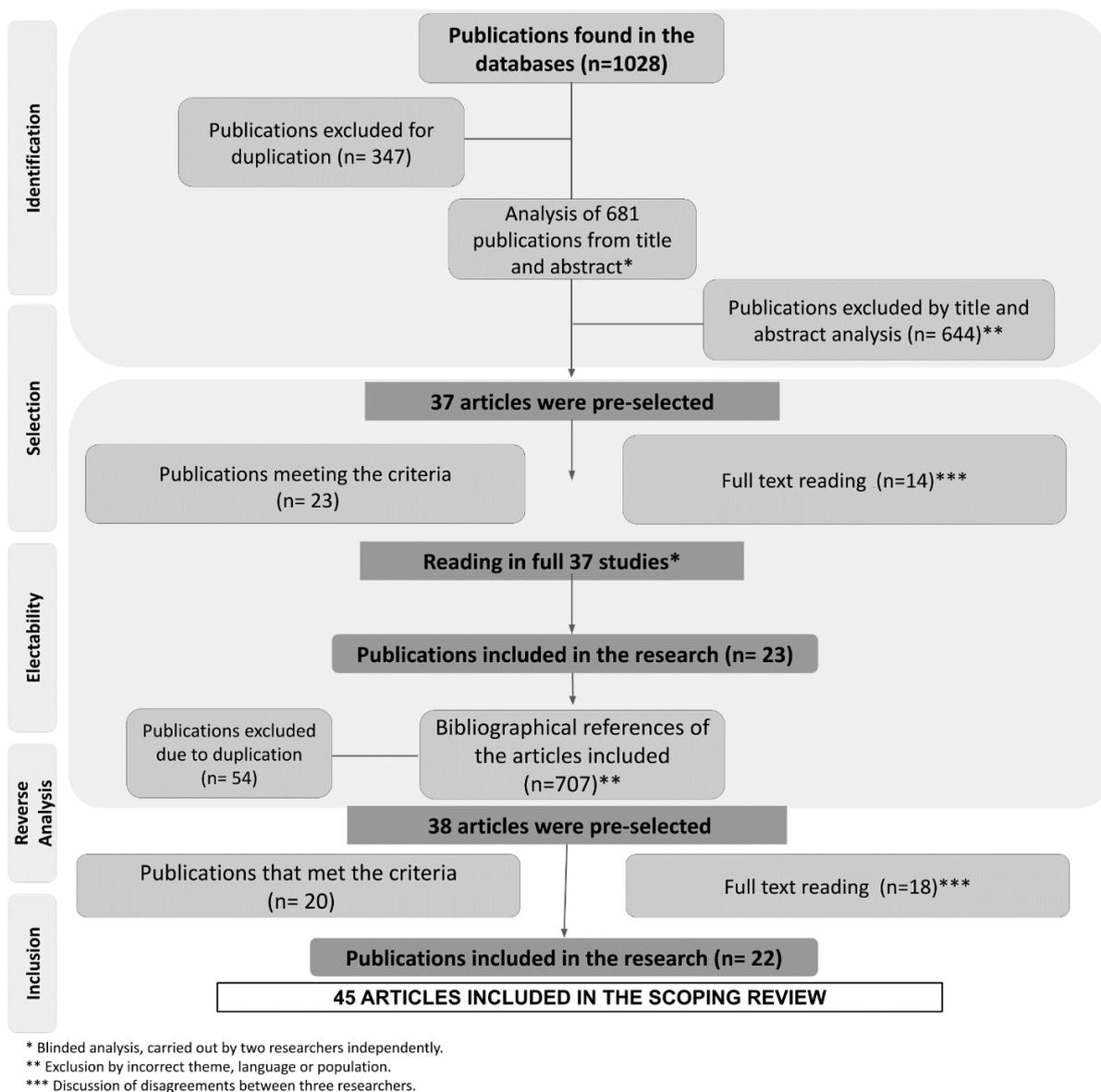
Data searches were performed separately on each platform on April 08, 2021, and later transferred to Rayyan software. This software was used for the blinded selection of articles, using the information of the titles and abstracts.

The inclusion criteria of the studies were: studies in English, Portuguese and Spanish, which answered the question that was the guide of the review, which were published between 2010 and 2021, and whose participants were children up to 10 years of age and who went through a pandemic context. The publication period was considered because it covered the occurrence of more recent cases and preserved more recent and relevant publications. All references of the selected articles were analysed according to inclusion criteria and to be included at this stage.

### **Search outcomes**

Figure 1 presents the flow diagram of selected articles from the search in the database, search for bibliographic references, resolution of duplicates, the first analysis of title and abstract, reading in total, and inclusion of studies.

**Figure 1:** PRISMA-ScR flow diagram of the study selection process. Brazil, 2021.



## Quality appraisal

A research protocol was produced based on the recommendations of the international guide PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Subsequently, the protocol was registered in the Open Science Framework platform and can be accessed at the <https://osf.io/74rqw/>. This review did not include the critical appraisal of the studies, as this is an optional procedure according to JBI (Joanna Briggs Institute, 2017).

### Data abstraction

The results were submitted to the analysis, initially performing the separation, summation, and report of the essential elements found in each study using a structured instrument. This instrument allowed the synthesis and interpretation of the data. Items such as type of study, year of publication, country of origin, objectives, results, method, conclusion, and specific dimensions of Qol were considered.

The articles were exported in pdf format to the MaxQda Software version 2020 ®. The article's information was identified to answer the review question using qualitative data analysis tools. After they were grouped according to their content's similarity, the deductive process was conducted to get the dimensions that make up the Concept of Qol: Physical well-being; Psychological and Spiritual Well-being; Social welfare, and environment (Fleck et al., 2000). The presentation of the results also followed this category.

### Synthesis

Two researchers independently applied the selection criteria, and the consensus in situations of disagreement was established together with a third independent reviewer.

Subsequently, the bibliographic references of the included studies were performed. This stage also consisted of the search for references, with an initial reading of the title and abstract, an initial selection of the publications that answered the research question, and later reading in full of the selected articles. The articles were analyzed according to the categories of the Concept of Qol.

## RESULTS

A total of 45 articles were included, all published between 2010 and 2021 (Table 2) (P1 to P45).

**Table 2:** Presentation of the results of the Research, Brazil, 2021.

| STUDY | OBJECTIVE  | YEAR | TYPE OF STUDY     | COUNTRY |
|-------|--|------|-------------------|---------|
| P1    | Investigate the perspectives of children with cancer and their families in this era of the COVID-19 pandemic.  | 2021 | Thematic analysis | Iran    |
| P2    | To compare the perceptions and opinions of parents or caregivers about a community sample of children and adolescents with children and adolescents of high ability about psychological well-being, physical activity, and sedentary | 2020 | Mixed methods     | Spain   |

|     |  |      |                       |                |
|-----|--|------|-----------------------|----------------|
|     | lifestyles developed during the health crisis produced by the COVID-19 pandemic.   |      |                       |                |
| P3  | Examine the effects of the crisis on mental health and the quality of life of children and adolescents.  | 2020 | Quantitative          | Germany        |
| P4  | Present collaborative care aspects between pediatric primary care providers and behavioral health specialists  | 2020 | Narrative             | USA            |
| P5  | Explore the psychological impact of the COVID-19 outbreak and related blocking measures in children (including adolescents) with severe obesity and its potential effects on lifestyle behavior.   | 2020 | Mixed methods         | Holland        |
| P6  | Determine what is known about children and families' mental health outcomes and needs, and provide recommendations on how COVID-19 policies can better support children and families.  | 2020 | Systematic Review     | Canada         |
| P7  | Investigate the impact of dental pain of the child, fear of SARS-CoV2 by the caregiver, and the anguish of parents about the quality of life related to the oral health of preschoolers during the blockade of the COVID-19 pandemic throughout the country. | 2020 | Cross-sectional study | India          |
| P8  | Discuss the experience of children during the pandemic.  | 2020 | Narrative             | United Kingdom |
| P9  | Understand how quarantine and anxiety related to Covid-19 infection affected children with cystic fibrosis.  | 2020 | Quantitative          | USA            |
| P10 | Describe the psychological impacts of the COVID-19 pandemic on a sample of children and adolescents and compare the results with previous national data and other studies with determining variations.   | 2020 | Quantitative          | Spain          |
| P11 | Establish what is known about how loneliness and disease containment measures impact the mental health of children and adolescents.  | 2020 | Systematic Review     | United Kingdom |
| P12 | To evaluate the impact of the pandemic on children diagnosed with cancer in our Hospital.  | 2020 | Cross-sectional       | Saudi Arabia   |
| P13 | Examine the effect of the COVID-19 pandemic on health and quality of life in children.   | 2020 | Cross-sectional       | Turkey         |
| P14 | Identify the needs of children and adolescents during the pandemic and guide policymakers, pediatric professionals, and parents to protect children's mental health and health.  | 2021 | Quantitative          | Germany        |
| P15 | To compare the psychosocial functioning of children with cancer and their caregivers during the first months of COVID-19.  | 2021 | Quantitative          | Holland        |
| P16 | Reveal the general health status of pediatric asthma patients during the pandemic, considering the role of domestic factors in parents' attitudes.   | 2020 | Quantitative          | Turkey         |
| P17 | Research how the COVID-19 outbreak impacts psychosocial functioning in a sample of Dutch children during the first months of lockdown  | 2020 | Cross-sectional Study | Holland        |

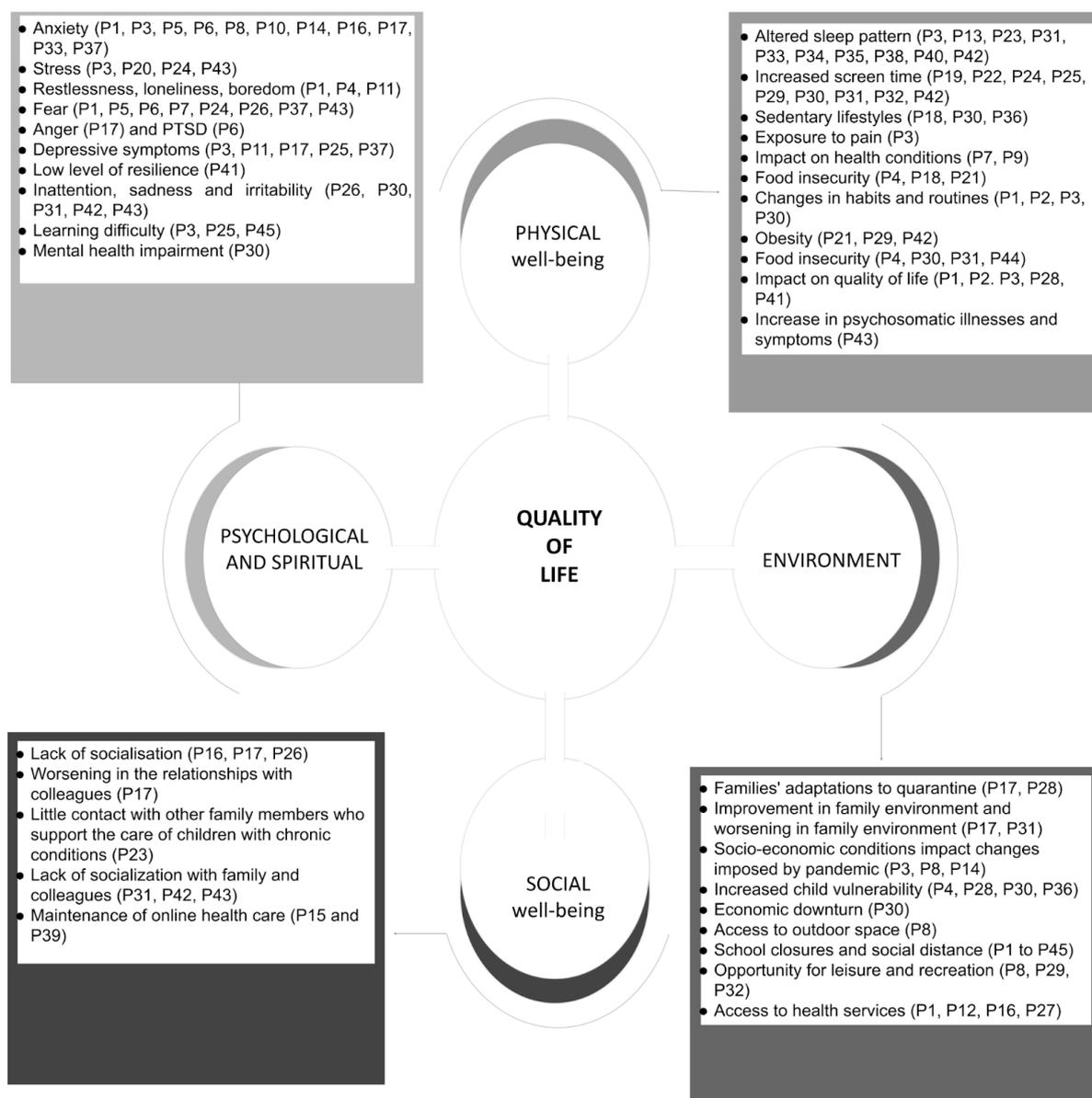
|     |  |      |                   |           |
|-----|--|------|-------------------|-----------|
| P18 | To study the relationship between physical activity and the psychological well-being of minors.  | 2021 | Mixed methods     | Spain     |
| P19 | Examine how life satisfaction and its potential predictors were affected by the pandemic among school children in Korea, and what predictors for their life satisfaction during the pandemic   | 2021 | Comparative Study | Korea     |
| P20 | Compare the psychological responses of children exposed to different stress levels during the COVID-19 outbreak.   | 2021 | Comparative       | Turkey    |
| P21 | Evaluate possible changes in sleep behavior and nutrition in children during the pandemic.   | 2021 | Comparative       | Turkey    |
| P22 | To investigate whether physical activity, screen time, and quality of life before health predict these aspects during the COVID-19 pandemic.   | 2021 | Quantitative      | Germany   |
| P23 | This study aimed to reveal how the period of stay at the home of COVID-19 affected the quality of life (QOL) of children with neurodisciplinary disorders and their parents and identify possible factors that allowed them to maintain their QoL.   | 2021 | Quantitative      | Japan     |
| P24 | Examine the potential predictors of psychological distress among students during the covid-19 school suspension.   | 2020 | Narrative         | China     |
| P25 | The sudden outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) has had a dramatic effect on the mental health of the public. The present study demonstrated the psychological effects on children and adolescents associated with the epidemic.  | 2020 | Cross-sectional   | China     |
| P26 | The purpose of this commentary from the China-EPA-UNEP/SA working group is to increase awareness about the psychological needs of children during epidemics and to report the first data collected in COVID-19 affected areas in China during the current outbreak, emphasizing the role of families and caregivers in timely recognition and management of negative emotions. | 2020 | Narrative         | China     |
| P27 | Discuss the challenges children with cancer face in the pandemic.  | 2020 | Narrative         | Australia |
| P28 | Evaluate the prevalence of anxiety among Brazilian children and their associated factors during social distancing during COVID-19  | 2020 | Cross-sectional   | Brazil    |
| P29 | Discuss the effects of the pandemic children's health in the long term.  | 2020 | Narrative         | USA       |
| P30 | Answer the following questions: What are the effects of mental health of children and adolescents in the pandemic? Also, what resources are essential for mental health in a pandemic?   | 2020 | Revision          | Brazil    |
| P31 | Examine the emotional impact of quarantine on children and adolescents in Italy and Spain for the  | 2020 | Comparative       | Italy     |

|     |   |      |                    |                |
|-----|---|------|--------------------|----------------|
|     | first time, two of the countries most affected by COVID-19.   |      |                    |                |
| P32 | Discuss the impact of covid-19 on the lifestyle habits of children and adolescents  | 2020 | Narrative          | China          |
| P33 | This study explores the impact of COVID-19 children's mental health during confinement in Bangladesh.   | 2020 | Cross-sectional    | Bangladesh     |
| P34 | Examine the immediate impacts of COVID-19 restrictions on movement and play behaviors in children and young people.   | 2020 | Secondary Analysis | Canada         |
| P35 | To characterize inequalities in home learning and how they relate to pre-existing inequalities in ways that can reinforce or mitigate differences in children's level of education  | 2020 | Comparative        | United Kingdom |
| P36 | Discuss the effects of closing schools children's mental health   | 2020 | Reflective article | United States  |
| P37 | This study investigated depressive and anxiety symptoms among students in Hubei Province, China, which can help optimize children's mental health interventions for stakeholders in all countries affected by COVID-19.               | 2020 | Narrative          | China          |
| P38 | This article considers how the pandemic can affect sleep, including research and clinical implications.   | 2020 | Narrative          | England        |
| P39 | This study aimed to investigate the impact of the COVID-19 pandemic in individuals with ASD. Any sociodemographic and pre-pandemic clinical characteristics would predict a negative result and narratively characterize their needs. | 2020 | Analytical         | Italy          |
| P40 | Assess the sleep habits of children who go to school before and during school closures during the national blocking period due to the COVID-19 pandemic.  | 2021 | Cross-sectional    | Singapore      |
| P41 | Analyze the potential for risk and protection factors for the well-being of parents and children during a potentially traumatic event, such as covid-19 quarantine.   | 2020 | Analytical         | Italy          |
| P42 | Identify how health, stress, financial, and food security behaviors affected the pandemic among Canadian families with young children.  | 2020 | Cohort             | Canada         |
| P43 | Explore blocking and quarantine in perceived psychological distress and other outcomes children's lives after the COVID-19 outbreak in the recent past.   | 2020 | Narrative Theme    | India          |
| P44 | Determine how the pandemic and mitigation efforts affected parents and children's physical and emotional well-being in the United States by early June 2020.  | 2020 | Comparative        | United States  |
| P45 | Explore parents' opinions about the experience of kindergarten and primary school during distance learning from students and necessary support and the amount of time children spend on screen  | 2021 | Exploratory        | China          |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | media at home during the COVID-19 class suspension. |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

The repercussions of social distancing children's QoL may be related to one or more dimensions that make up this concept. The path is used to present the results obtained and presented in the diagram in Figure 2.

**Figure 2:** Diagram of the repercussions of social distancing children's lives.



### 3.1 Repercussions of social distancing children's physical well-being

For this dimension, aspects related to daily activities, sleep and rest, medication, mobility, pain, and discomfort were considered.

The articles included in this review (P1, P2, P3, P28, P41) (Mirlashari, Ebrahimpour & Salisu, 2021; Valadez et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2020; Garcia et al., 2020; Cusinato, Iannattone, Spoto, Poli, Moretti & Gatta, et al., 2020) address aspects about children's QoL, presenting changes in habits, routines, and health effects in this population (P30) (Miranda, Silva, Sena, & Silva, 2020).

The closure of schools was one of the first measures taken to reduce the spread of the virus. The school closure leads to social and psychological consequences. The school represents food security for children in low socioeconomic conditions, at risk of nutritional deficit (P4, P30, P31, P44) (Tricco et al., 2018; Miranda et al., 2020; Orgilés, Morales, Delvecchio, Mazzeschi & Espada, 2020; Patrick, Henkhaus, Zickafoose, Lovell & Halvorson, et al., 2020), weight gain (P29, P42) (Rundle, Park, Herbstman, Kinsey & Wang, 2020; Carroll, Sadowski, Laila, Hruska & Nixon, et al., 2020). Also, mental health impairment and limited access to physical activities and leisure places. During the pandemic, approximately 90% of students worldwide are out of education (P36) (Lee, 2020). A study conducted during the Covid-19 pandemic showed that 63% of the children had a nutritional change, 41% increased their feeding frequency, and 47% gained from 1 to 5 kilos during the pandemic (P21) (Fidancı et al., 2021).

A study with children aged 7 to 13 years and their parents found that, despite the evaluation of children, during the Covid-19 pandemic, their parents reported that the children gained weight (41.5%), had changes in sleep pattern (34.2% ), and increased the internet use (69.3%) (P13) (Adibelli & Sümen, 2020). Other studies have also shown that their children had altered sleep patterns after the Covid-19 pandemic (P23, P31, P33, P34, P35, P38, P40, P42) (Ueda et al., 2021; Orgilés et al., 2020; Yeasmin et al., 2020; Moore et al., 2020; Andrew et al., 2020; Becker & Gregory, 2020; Lim, Ramamurthy, Aishworiya, Rajgor, Tran & Hiriyur et al., 2020; Carroll et al., 2020). On the other hand, an investigation that compared sleep patterns in previous moments and after the pandemic did not find significant differences (P19) (López-Aymes et al., 2021).

It was observed that the time of use of screens has increased among children during the Covid-19 pandemic (P19, P22, P24, P25, P29, P30, P31, P32, P42) (López-Aymes et al., 2021; Wunsch et al., 2021; Chen, Chen, Pakpour, Griffiths, & Lin, 2020; Duan et al., 2020; Rundle et al., 2020; Miranda et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Xiang, Zhang & Kuwahara, 2020; Carroll et al., 2020). The percentage of children who used screens for less than 1 hour per day decreased from 56.6% to 39.5%, while those who used them for more than three

hours increased from 8.5% to 17.8% (P19) (López-Aymes et al., 2021). The average screen time among children was about 30 hours/week (P32) (Xiang et al., 2020). This fact can lead to a mental and behavioral overload, cause worsening in performance in studies, affect socialization and mood disorders (P25) (Duan et al., 2020) and expose children to fake news (P30) (Miranda et al., 2020). The main factors for increasing screen use are distance learning (P25, P32, P42) (Duan et al., 2020; Xiang et al., 2020; Carroll et al., 2020), and entertainment and interaction (P30, P32) (Miranda et al., 2020; Xiang et al., 2020). The need for parents to be working at home was also considered a justification for longer screen time for their children (P42) (Carroll et al., 2020).

Screen exposure time increased for children in primary school throughout the day. This increase was lower for secondary school children, who already spent more time using these devices (P35) (Andrew et al., 2020). On the other hand, children's study time decreases from 6.3 hours before the pandemic to 4.1 hours during the pandemic (P35) (Andrew et al., 2020).

Regarding physical activity and QoL, when parents considered that physical activity by their child was insufficient, the child's health assessment was worse (P18) (López-Aymes et al., 2021). The study analyzed data from 2,426 children and adolescents. It showed that the average time spent in physical activity before the pandemic was 540 minutes/week, and during the pandemic, this number dropped to 105 minutes/week (P32) (Xiang et al., 2020).

Regarding children's physical health, Indian researchers studied the impact of dental pain on oral health-related QoL (OHRQOL) of children aged between two and six years during the COVID-19 pandemic. They found that higher pain rates increased the risk of decreasing OHRQOL by almost twice, considering that family members took children to the dentist in cases of extreme needs (P7) (Samuel et al., 2021). At the same time, a significant improvement in the nasal symptoms after establishing precautions by Covid-19 was found in a study conducted in the United States with children with cystic fibrosis (P9) (Osterbauer et al., 2020).

Psychosomatic symptoms were more common during the pandemic of COVID-19 versus the period before the pandemic: irritability (54% versus 40%), sleep problems (44% versus 39%), headache (40% versus 28%), sadness (34% versus 23%), and stomach pain (31% versus 21%) (P3) (Ravens-Sieberer et al., 2020). In another study, the results indicated the child's illness after the beginning of quarantine, the reduction in the consumption of healthy foods, sleep patterns and altered games, complaints of body pain, in addition to behaviors of

laziness and disorganization on the part of the child (P43) (Gyanesh, Singh & Parihar et al., 2020).

### *3.2 Repercussions of social distancing children's Psychological and Spiritual Well-being*

For this category, feelings, learning process, aspects related to self-esteem, body image, appearance, spirituality, religion, and personal beliefs were considered.

Studies report the occurrence of feelings of restlessness, loneliness, boredom (P1, P4, P11) (Mirlashari et al., 2021; Hageman, 2020; Loades et al., 2020), anxiety (P1, P3, P5, P6, P8, P10, P14, P16, P17, P33, P37) (Mirlashari et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020; Abawi et al., 2020; Fong & Larocci, 2020; The Lancet Child Adolescent Health, 2020; Vallejo-Slocker, Fresneda & Vallejo, 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021; Hepkaya, Kilinc, Cebi, Koyuncu & Cokugras, 2021; Luijten et al., 2021; Yeasmin et al., 2020; Xie et al., 2020), stress (P3, P20, P24, P43) (Ravens-Sieberer et al., 2020; Kılınçel et al., 2021; Chen et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), depressive symptoms (P3, P11, P17, P25, P37) (Ravens-Sieberer et al., 2020; Loades et al., 2020; Luijten et al., 2021; Duan et al., 2020; Xie et al., 2020), rashes (P17) (Luijten et al., 2021), inattention, sadness (P26, P30, P31, P42, P43) (Jiao et al., 2020; Jiao et al., 2020; Miranda et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Carroll et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), fear (P1, P5, P6, P7, P24, P26, P37, P43) (Mirlashari et al., 2021; Abawi et al., 2020; Fong & Larocci, 2020; Samuel et al., 2021; Chen et al., 2020; Jiao et al., 2020; Xie et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), irritability (P26, P43) (Jiao et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) (P6) (Fong & Larocci, 2020) and low level of resilience (P41) (Cusinato et al., 2020) in children with social restriction.

Some characteristics are related to these feelings, such as the geographic location, gender, level of education of parents (P6, P28) (Fong & Larocci, 2020; Garcia et al., 2020), a higher number of residents in the house (P28) (Garcia et al., 2020), and screen time (P25) (Duan et al., 2020). It was verified that higher anxiety and depressive symptoms rates were found in children living in rural areas, aging seven to 12 years old, and females (P6) (Fong & Larocci, 2020). High levels of anxiety, negative thoughts, and low QOL were identified among children whose parents were diagnosed with COVID-19 (P20) (Kılınçel et al., 2021). A similar result is perceived in other studies (P10, P11, P41) (Vallejo-Slocker et al., 2020; Loades et al., 2020; Cusinato et al., 2020).

In a qualitative study, a mother reports that her child had a decline in the performance of all her activities (P43) (Gyanesh et al., 2020). On the other hand, some parents indicated that

their children had usually acted happy, without changes or concerns regarding the change of routine (P42) (Carroll et al., 2020). Some children experienced feelings of concern about a virus infection, and others showed optimism about the pandemic (P37) (Xie et al., 2020).

Parents reported lower rates of anxiety in their children (10%), while self-reported by children indicated higher rates of depressive symptoms (22%) and anxiety (19%) (P6) (Fong & Larocci, 2020).

About small classes, a quarter of UK students (about 2-5 million children) had no school or private lessons during the lockdown. On the other hand, 74% of those in private schools had full teaching days. The proportion was only 38% for students from state schools (P8) (The Lancet Child Adolescent Health, 2020). 65% of children reported more strenuous learning (P3) (Ravens-Sieberer et al., 2020). A cross-sectional study found that 54.69% of the children were affected by the pandemic (P25) (Duan et al., 2020). Parents of kindergarten and primary school children reported that only 33.2% and 14.8% of their children did not find it challenging to perform school tasks. Among the parents who indicated difficulty, 70% reported a lack of focus and interest among in their children (P45) (Lau & Lee, 2020). Only 9.1% of the children in kindergarten and 14% of primary education were able to complete online activities without the help of their parents (P45) (Lau & Lee, 2020). In addition, 64.1% and 53.1% of parents are satisfied with the child's school's learning line. For parents who were not satisfied, lack of school support and lack of communication between home and school were the reasons (P45) (Lau & Lee, 2020).

Additionally, the rate of children and adolescents who experienced low health-related QoL was notably higher during the pandemic (P3, P5, P10, P14) (Ravens-Sieberer et al., 2020; Abawi et al., 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021), about 40% against 15% in the pre-pandemic period (P3) (Ravens-Sieberer et al., 2020). Another study demonstrated that during the covid-19 pandemic, the QoL score decreased by 6.3 points when compared to previous moments (P5) (Abawi et al., 2020), a pandemic before-pandemic score of 50.4 vs. 50.0 in the first months of the pandemic (P10) (Vallejo-Slocker et al., 2020). The correlation between the psychological well-being of children and adolescents and health-related QoL was statistically significant ( $r = -0.409, p < 0.01$ ) (P10) (Vallejo-Slocker et al., 2020).

For children who already live with a chronic health condition, such as cancer, the covid-19 pandemic has caused fear (P1, P27) (Mirlashari et al., 2021; Kotecha et al., 2020). In particular, the weaker immune system of these children also contributes to increased anxiety

(P1) (Mirlashari et al., 2021). A study of mixed methods with pediatric patients who were severely obese showed that 32% of these children reported infection-related anxiety for fear of having an increased risk of falling ill from COVID-19 or of some family member becoming infected (P5) (Abawi et al., 2020). Another study found similar results (P29) (Rundle et al., 2020).

### *3.3 Repercussions of social distancing on Social Welfare*

Personal relationships and social support/support were considered when analyzing findings in this category.

During the Covid-19 pandemic, children's contact with people outside their family was limited (P16, P26) (Hepkaya et al., 2021; Jiao et al., 2020). One study indicated disorders, worsening relationships with colleagues, and the overall health of children (P17) (Luijten et al., 2021). Canadian (P42) (Carroll et al., 2020), Indian (P43) (Gyanesh et al., 2020), and Italian (P31) parents (Orgilés et al., 2020) identified that during the pandemic, their children missed socializing with family and friends.

The presence of family support can be a protective factor against mental distress (P30) (Miranda et al., 2020). In children with neurodegenerative diseases, QoL was related to the lack of contact with other family members (P23) (Ueda et al., 2021). For children living with cancer, social restrictions also generate concerns in children about the authorization of their parents to visit them (P1, P27) (Mirlashari et al., 2021; Kotecha et al., 2020). In children with autism, behavioral problems were more intense and frequent. In 19.1% of these cases, contact was required with the reference neuropsychiatrist, and in 1.5% of the cases, an emergency service (P39) was activated (Colizzi, Sironi, Antonini, Ciceri, Bovo & Zoccante, 2020). Maintaining online or telephone care may have contributed to maintaining healthy psychosocial function (P15, P39) (Van Gorp et al., 2021; Colizzi et al., 2020).

### *3.4 Repercussions of social distancing in the environment*

Physical safety and protection, home environment, housing, financial resources, health services, recreation/leisure opportunities, physical environment, and transportation were considered.

In the home environment, most parents (91.6%) did not have to separate themselves from their children during the pandemic period of COVID-19, and more than half of the parents (66.6%) adapted and adjusted their lives to the new conditions (P16) (Hepkaya et al., 2021).

Children in social spaces without their parents had higher anxiety levels than children with both parents at home (P28) (Garcia et al., 2020).

Families lived this experience in different ways. Some children indicate that the family environment has improved, while others report perceiving that decline (P17) (Luijten et al., 2021). One study showed that 11.4% of primary caregivers of children reported that family coexistence during quarantine was difficult or very difficult, while 61.8% reported easy or very easy family life (P31) (Orgilés et al., 2020). Children living in low-income families, who have parents with low schooling, immigrants, or who live in houses with less physical space had even more significant impacts due to the changes imposed by the pandemic (P3, P14) (Ravens-Sieberer et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021). Higher levels of overload and a remarkably lower QoL (P3) were found (Ravens-Sieberer et al., 2020). More cases of neglect, child abuse, and family breakdown were also verified (P4, P28, P30, P36) (Hageman, 2020; Garcia et al., 2020; Miranda et al., 2020; Lee, 2020). The economic recession caused by the pandemic increases financial difficulties and, consequently, the chances of child abuse (P30) (Miranda et al., 2020). Such cases were also higher prevalence in children with chronic disease, with attention-deficit/hyperactivity disorder, autism, and psychological and psychiatric disorders (P4) (Hageman, 2020).

On leisure and recreation opportunities, young children (0 to 3 years old) living in disadvantaged environments are less likely to engage in enriching activities. They are likely to have less access to outdoor space and books and have more screen time than children from families with greater purchasing power (P8) (The Lancet Child Adolescent Health, 2020). Children living in urban areas had a higher rate of a sedentary lifestyle because they did not have access to safe and outdoor places where they could maintain a social distance (P29) (Rundle et al., 2020). In another investigation, half of the interviewees (50.4%) indicated that their child did more leisure activities at home: crafts (12.9%), puzzles and games (11.3%), video games (10.2%), and screen communication (17.5%) and only 2.6% reported active activities such as dance. Regarding external activities, 6.1% reported cycling, 5.5% walking, and 3.3% playing sports (P32) (Xiang et al., 2020).

For families and children with cancer the prevention and treatment of Covid-19 and generalization of hospital protocols, neglecting the health needs of this population, severely affected the quality and scope of care (P1) (Mirlashari et al., 2021). A study with children with cancer diagnoses reported that 60.5% of the participants reported the delay. It was due to the cancellation of consultations in the hospital due to the pandemic (P12) (Alshahrani et al.,

2020). Other families also reported concerns about the failure of outpatient care services during the pandemic (P16, P27) (Hepkaya et al., 2021; Kotecha et al., 2020).

## **DISCUSSION**

The social distancing due to the Covid-19 Pandemic as a way of coping with the virus's rapid spread caused several challenges for children and their families. Among these challenges are the need to reorganize the family environment and longer time of coexistence, changes in habits, rupture of the learning process and beginning of the study in remote modality, the impossibility of sports and leisure activities outdoors, and difficulty in accessing health services are the most common. As a result of these changes, negative feelings became more frequent in this period and combined with the changes brought about by social distancing. They directly affected the issues that make up the dimensions of QoL.

Child development is strongly influenced by their relationships, whether their families or other individuals who make up their social environment (Paiva et al., 2021). Together with the context, these relationships influence identity formation, which concerns gender, race, nationality, and economic aspects. In addition, this socialization allows significant learning for the child's development, such as playful experiences and face-to-face interactions, activities that allow cooperation and diversity, decision-making, conflict resolution, among others (Paiva et al., 2021; Oliveira et al., 2022; Holmes et al., 2020).

Thus, the social contact of the child in the pandemic was limited to the home environment, making it impossible to experience other contexts and situations that are fundamental to its development. In this sense, parents become central and unique subjects in supporting the development of children. However, in a domestic environment that already happens psychosocial vulnerabilities, factors that threaten healthy child development are enhanced and maybe result in a lack of adequate stimulation, increased violence, ill-treatment, parental practices with abusive and coercive discipline, malnutrition, low schooling, financial instability, high housing density, mental health problems of parents, among others (Paiva et al., 2021). Another factor potentially aggravating this pandemic scenario is the closure of daycare centers and schools. These institutions play a fundamental role in constructing meanings and meanings for children. When the child enters school, there is an expectation of both the child and his/her family. Expectations are related to several factors, such as learning, conviviality between peers and teachers, and the construction of experiences during this process. The child leaves an environment of domestic conviviality and begins other

relationships with that new space (Paiva et al., 2021; Christoffel, Gomes, Souza & Ciuffo, 2020).

Children can build appropriate knowledge through their peers and adults, enabling learning and development, and socialization. Globally, UNICEF reiterates that all children have the right to go to school and learn, regardless of who they are, where they live, or how much money their family has (Oliveira et al., 2022). These children demand a safe and friendly environment for quality learning and qualified and motivated teachers. These expectations are not met when remote teaching is consolidated as a teaching modality. Learning performed exclusively at a distance requires technological and communication adaptations that the parents must guarantee, and it can be a challenge for families with low socioeconomic status (UNICEF, 2020b). Moreover, this modality deprives children of having concrete experiences, of close relationships, in collective spaces and exposes them to an excess of the use of screens, which can be harmful to development, children's health (Paiva et al., 2021; Mello, Wernet, Veríssimo & Tonete, 2017; Holmes et al., 2020) and directly impact on life habits (Mirlashari et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020; Miranda et al., 2020), with potential to cause sedentary lifestyle (López-Aymes et al., 2021; López-Aymes et al., 2021; Miranda et al., 2020; Lee, 2020), sleep disorders (Ravens-Sieberer et al., 2020; Adibelli & Sümen, 2020; Ueda et al., 2021; Yeasmin et al., 2020; Moore et al., 2020; Andrew et al., 2020; Becker & Gregory, 2020; Lim et al., 2021; Carroll et al., 2020) and anxiety (Mirlashari et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020; Abawi et al., 2020; Fong & Larocci, 2020; The Lancet Child Adolescent Health, 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021; Hepkaya et al., 2021; Luijten et al., 2021; Yeasmin et al., 2020; Xie et al., 2020), as perceived in the studies of this review. In addition to the effects of the excessive use of technological devices, the exposure of children on the Internet, who are sometimes immature, to identify the risks of over-use of social networks.

On the one hand, the remote study is an alternative for children's learning during social distancing. On the other hand, not all children have access to this modality. According to a UNICEF Report on Accessibility to Remote Learning, about 70% of preschool children, 120 million children, did not have access to teaching in this modality. Primary education is a challenge to think about distance communication for such young children. In addition, at least 295 million primary school children did not have access to distance education (UNICEF, 2020b).

Added to these problems, the school can also be synonymous with food safety. For many children, it is at school that they perform the main or only meal of the day. The suspension of classes in public schools frequently meant poor food access, impacting families' budgets, and harming children's feeding (Amorim, Ribeiro & Bandoni, 2020).

Given this scenario, numerous changes in the lives of children and their families and uncertainties about the future, symptoms such as loneliness and boredom (Mirlashari et al., 2021; Hageman, 2020; Loades et al., 2020), anxiety (Mirlashari et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020; Abawi et al., 2020; Fong & Larocci, 2020; The Lancet Child Adolescent Health, 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021; Hepkaya et al., 2021; Luijten et al., 2021; Yeasmin et al., 2020; Xie et al., 2020), stress (Ravens-Sieberer et al., 2020; Kılınçel et al., 2021; Chen et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), loneliness (Loades et al., 2020), depressive symptoms (Ravens-Sieberer et al., 2020; Loades et al., 2020; Luijten et al., 2021; Duan et al., 2020; Xie et al., 2020), anger (Luijten et al., 2021), fear (Mirlashari et al., 2021; Abawi et al., 2020; Fong & Larocci, 2020; Samuel et al., 2021; Chen et al., 2020; Jiao et al., 2020; Xie et al., 2020; Gyanesh et al., 2020), irritability (Jiao et al., 2020; Gyanesh et al., 2020) and PTSD (Fong & Larocci, 2020).

Because they are not the risk group, the guidelines for combating coronavirus have turned to the general population, but the severe repercussions of the pandemic of children's QoI are evident. Governments should recognize this group's needs and create strategies to educate all children that minimize the risks of closing schools, availability of electronic devices for children without access to them, training teachers who deal with education in this new context, and psychological monitoring plan of students. In addition, it is essential to encourage vaccination and the construction of care protocols for this group. Despite having minimal prominence in policies to combat Covid-19, which was perceived in countries, such as Israel and Portugal, that advanced vaccination in the adult population, children soon became the main target of infection (Day, 2021).

The global coronavirus emergency has brought an overload to health services. The demand for care combined with the need for restructuring and organization of services resulted in negative impacts of health care on the entire population. For children and their families, this context promoted the interruption of several regular healthcare services such as childcare, home visits, and specialized care continuity services (Mello, Wernet, Veríssimo & Tonete, 2017). It also emphasizes the interruption of social programs and social support for

children and their families, weakening social cohesion in this population (Mello, Wernet, Veríssimo & Tonete, 2017).

The interruption of care in health services and depriving children of care can also represent a breakdown of the bonds of families with health units. For children who already lived with some chronic condition, this rupture was even more chaotic, as observed in studies addressing children living with cancer (Mirlashari et al., 2021; Alshahrani et al., 2020; Van Gorp et al., 2021; Kotecha et al., 2020) asthma (Hepkaya et al., 2021), cystic fibrosis (Colizzi et al., 2020), among others. In addition to dealing with the fear and sanitary demands of the pandemic, these individuals were concerned that they could not count on therapeutic follow-up services. In addition, these children and families, fear also derives from the possibility of sharpening symptoms and not having access to hospitalization resources due to overcrowding of institutions and exhaustion of the in sum due to the high demand for hospitalizations Covid-19.

On the other hand, knowing the risks, when adopting sanitary measures and hygiene and social distancing, children with cystic fibrosis decreased the symptoms (Colizzi et al., 2020). This indicates that these measures prevented other possible common infections in children. Not attending school and not going to health services may have reduced the exposure of these children to common infections of age. Recognizing the vulnerability of a child with a chronic condition, families have already initiated distancing and protective measures even before the imposition by the local government. In this scenario, the need for hygiene measures to prevent infections is evident. For this reason, even outside the context of a pandemic, it is evident the importance of health professionals to guide and train families for daily care that minimize the strain of infections.

In addition, the health system must be prepared to meet the demands caused by the pandemic without neglecting public health problems already installed. Professionals should be qualified to attend to pathophysiological issues of pandemic disease and identity and intervene in other issues produced by the pandemic, such as social and psychological vulnerabilities. This action must also be articulated with education, social assistance, culture, and sports policies to mitigate all health and education issues installed in these moments.

### **Limitations**

This review aimed at mapping the evidence on the repercussions of a situation that we are still living in, the period of search was limited, and every day new research is published on this topic, which may suggest starting a living review.

## CONCLUSION

Given the above, one can perceive the numerous challenges caused by the coronavirus pandemic. Regardless of the living condition and family organization, to some extent, the pandemic impacted the physical, social, and psychological well-being of the environment in which the child lives, negatively affecting his QoL and exposing existing vulnerabilities.

Although social restriction measures are no longer necessary, the implications for children's lives should be observed in the definition of actions that contribute to promoting their QoL. For nursing, knowing the effects of the pandemic is critical to think about care and actions aimed at children and identify losses in child growth and development.

**Conflict of Interest statement:** No conflict of interest

## References

- Abawi, O., Welling, M. S., van den Eynde, E., van Rossum, E. F. C., Halberstadt, J.; van den Akker, E. L. T. ... & Van der Voorn, B. (2020). COVID-19 related anxiety in children and adolescents with severe obesity: A mixed-methods study. *Clinical Obesity*. 10(6), e12412. <https://doi.org/10.1111/cob.12412>
- Abrinq Foundation. (2021). *The Scenario of Childhood and Adolescence in Brazil 2021*. São Paulo. [https://observatoriocrianca.org.br/system/library\\_items/files/000/000/030/original/cenario-da-infancia-e-da-adolescencia-2021\\_%281%29.pdf?1617903781](https://observatoriocrianca.org.br/system/library_items/files/000/000/030/original/cenario-da-infancia-e-da-adolescencia-2021_%281%29.pdf?1617903781).
- Adibelli, D., & Sümen, A. (2020). The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Children and youth services review*. 119, 105595. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105595>.
- Alshahrani, M., Elyamany, G., Sedick, Q., Ibrahim, W., Mohamed, A., Othman, M. ... & Alkhayat, N. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic in Children With Cancer: A Report From Saudi Arabia. *Health services insights*. 13, 1178632920984161. <https://doi.org/10.1177/1178632920984161>.

- Amorim, A. L. B., Ribeiro, J. R. S., & Bandoni, D. H. (2020). National school feeding program: strategies to overcome food insecurities during and after the COVID-19 pandemic. *Revista de Administração Pública*. 54, 1134-1145. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200349>.
- Andrew, A., Cattan, S., Costa D. M., Farquharson, C., Kraftman, L., Krutikova, S. ... & Sevilla, A. (2020). Inequalities Children's Experiences of Home Learning during the COVID-19 Lockdown in England. *Fiscal studies*. 41(3), 653-683. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12240>
- Avila, M. A. G., Hamamoto Filho, P. T., Jacob, F. L. D. S., Alcantara, L. R. S., Berghammer, M., Nolbris, M. J. ... & Nilsson, S. (2020). Children's Anxiety and Factors Related to the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study Using the Children's Anxiety Questionnaire and the Numerical Rating Scale. *International journal of environmental research and public health*. 17(16), 5757. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
- Azevedo, T. F., Teixeira, I. T. P., Azevedo, A. C. F., Cheles, C. A., Barbosa, S. S. S., Silva, C. B. ... & Gomes, C. S. S. (2021). Pediatric patients with stage five chronic kidney disease in Brazil: impact on quality of life. *Revista Eletrônica Acervo em Saúde*. 13(4). <https://doi.org/10.25248/reas.e7294.202>.
- Becker, S. P., & Gregory, A.M. (2020). Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 61, 757-759. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13278>
- Brazil. (2018). Ministry of Education. *Common National Curricular Base*. Brasília. <http://basenacionalcomum.mec.gov>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. ... & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 95, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carroll, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D. W. L. ... & Behalf of the Guelph Family Health Study. (2020). The Impact of COVID-19 on Health Behavior, Stress, Financial and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children. *Nutrients*. 12(8), 2352. <https://doi.org/10.3390/nu12082352>
- Chen, I. H., Chen, C. Y., Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., & Lin, C. Y. (2020). Internet-Related Behaviors and Psychological Distress Among Schoolchildren During

- COVID-19 School Suspension. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 59, 1099-1102. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.06.007>
- Choi, J., Park, Y., Kim, H. E., Song, J., Lee, D.; Lee, E. ... & Lee Y. (2021). Daily Life Changes and Life Satisfaction among Korean School-Aged Children in the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*. 18(6), 3324. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063324>
- Christoffel, M. M., Gomes, A. L. M., Souza, T. V., & Ciuffo, L. (2020). Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (COVID-19). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73, e20200302. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zocante, L. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain sciences*. 10(6), 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci10060341>
- Cunha, L. M., Pantoja, M. S., Portella, M. B., Furlaneto, I. P., & Lima, A. V. M. (2018). Negative impact of obesity children 's quality of life. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 12(70), 231-238. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/686>
- Cusinato, M., Iannatone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M. ... & Miscioscia, M. (2020). Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*. 17(22), 8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>
- Day, M. (2021). Covid-19: More young children are being infected in Israel and Italy, emerging data suggest. *TheBMJ*. 372-383. <https://doi.org/10.1136/BMJ.n383>
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., & Yang, X. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*. 275, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
- Fidancı, İ., Aksoy, H., Yengil, T. D., Fidancı, İ., Ayhan Başer, D., & Cankurtaran, M. (2021) Evaluation of the effect of the COVID-19 pandemic on sleep disorders and nutrition in children. *International Journal of clinical practice*. 75(7), e14170. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14170>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., ... Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life

- WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública.* 34(2), 178-183.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Fong, C. V., & Larocci, G. (2020). Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *Journal of Pediatric Psychology.* 45, 1124-1143. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092>.
- Global Burden of Disease Study. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources.* Seattle. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
- Hageman, J. (2020). Children's families' Behavioral and Mental Health During COVID-19. *Pediatr Annals.* 49, 405-406. <https://doi.org/10.3928/19382359-20200922-05>
- Gyanesh, K. T., Singh, A.K., Parihar, P., Pandey, R., Sharma, D. N., Rai, P. K. (2020). Understanding the perceived health outcomes of children during COVID-19 pandemic. *Authorea.* <https://doi.org/10.22541/au.158958012.27449923>
- Hepkaya, E., Kilinc, A. A., Cebi, M. N., Koyuncu, Z., & Cokugras, H. (2021). General health status of children with asthma during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics International.* 63, 331-337. <https://doi.org/10.1111/ped.14453>
- Holmes, E., AO'Connornor, R., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L. ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry.* 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. ... & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics.* 221, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Joanna Briggs institute. (2017). *Checklist for systematic reviews and resource synthesis.* [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Systematic\\_Reviews2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf)
- Kılınçel, S., Altun, F. T., Nuryüz, Ö., Tan, E., Erzincan, E., Kılınçel, O. ... & Ayaz, M. (2021). Effects of COVID-19 Outbreak Children's Mental Health: A Comparative Study with Children Diagnosed and Isolated from Their Parents. *Psychiatry investigation.* 18(2), 140-146. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0372>
- Koller, D. F., Nicholas, D. B., Goldie, R. S., Gearing, R., & Selkirk, E.K. (2006). When family-centered care is challenged by infectious disease: pediatric health care delivery during

- the SARS outbreaks. *Qualitative Health Research*. 16, 47-60. <https://doi.org/10.1177/1049732305284010>.
- Kotecha, R.S. (2020). Challenges posed by COVID-19 to children with cancer. *The Lancet Oncology*. 21(issue 5), 235. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30205-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30205-9)
- Lau, E. Y. H., & Lee, K. (2020). 'Parents' Views on Young ' 'Children's Distance Learning and Screen Time During COVID-19 Class Suspension in Hong Kong. *Early Education and Development*. 32(issue 6), 863-8801. <https://doi.org/10.1080/10409289.2020.1843925>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 4, 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Lim, M. T. C., Ramamurthy, M. B., Aishworiya, R., Rajgor, D. D., Tran, A. P., Hiriyur, P. ... & Goh, D. Y. T. (2021). School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic - Impact children's sleep. *Sleep medicine*. 78, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.12.025>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R.; Brigden, A. ... & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 59(11), 1218-1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>.
- López-Aymes, G., Valadez, M. L. D., Rodríguez-Naveiras, E., Castellanos-Simons, D., Aguirre, T., & Borges, A. (2021). A Mixed Methods Research Study of Parental Perception of Physical Activity and Quality of Life of Children Under Home LockDown in the COVID-19 Pandemic. *Frontier Psychology*. 12, 649481. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.649481>
- Luijten, M. A. J., van Muilekom, M. M., Teela, L., Polderman, T. J. C., Terwee, C. B., Zijlmans, J. ... & Haverman, L. (2021). The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 30(10), 2795-2804. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>
- Martini, J. A., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2019) Quality of life of prematurely born schoolchildren; the caregiver's report and the child's self-report. *Ciência e Saúde Coletiva*. 24, 4699-4706. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017>.
- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (2021) *The social impacts of Covid-19 in Brazil: vulnerable populations and responses to the pandemic*. Fiocruz, Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

- Mello, D. F., Wernet, M., Veríssimo, M. L. O., & Tonete, V. L. P. (2017). Nursing care in early childhood: contributions from intersubjective recognition. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(2), 446-450. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0319>
- Miranda, D. M., Silva, A. B., Sena, O. A. C., & Silva, A. C. S. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International journal of disaster risk reduction*. 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
- Mirlashari, J., Ebrahimipour, F., & Salisu, W. J. (2021). War on Two Fronts: Experience of Children with Cancer and Their Family During COVID-19 Pandemic in Iran. *Journal of Pediatric Nursing*. 57, 25-31. <https://doi.org/10.1111/hex.13280>.
- Moore, S. A., Faulkner, G., Rhodes, R. E., Brussoni, M., Chulak-Bozzer, T., Ferguson, L. J. ... & Tremblay, M. S. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviors of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 17(85). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*. 11, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Oliveira, A. P. F., Souza, M. F., Sabino, F. H. O., Vicente, A. R., & Carlos, D. M. (2022). Violence against children and adolescents and the pandemic – Context and possibilities for education professionals. *Escola Anna Nery*. 26, e20210250. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0250>
- Oliveira, T. C., Abranches, M. V., & Lana, R. M. (2020). Food (in)security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. *Caderno de Saúde Pública*. 36, e00055220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055220>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian journal of psychiatry*. 42, 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Osterbauer, B., Hasday, S., Lin, M., Salinas, D., Keens, T., Koempel, J. ... & Ference, E. H. (2020). Health and social effects of the COVID-19 pandemic on patients with cystic fibrosis. *International Forum of Allergy & Rhinology*. 10(12), 1322-1324. <https://doi.org/10.1002/alr.22712>

- Paiva, E. D., Silva, L. R., Machado, M. E. D., Aguiar, R.C. B., Garcia, K. R. S., & Acioly, P. G. M. (2021) Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74, e20200762. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>
- Pan American Health Organization. (2020). *History of the Pandemic COVID-19*. Brasília, Distrito Federal. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
- Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S. ... & Davis, M. M. (2020). Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics*. 146(4), 2020016824. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Quality of life: approaches, concepts and assessment. *Revista Brasileira de Educação física*. 26, 241-225. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015) Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Journal of Evidence-Based Healthcare*. 13, 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pfeifer, L. I., & Silva, M. A. (2009). Evaluation of quality of life in children with cystic fibrosis. *Revista NUFEN: Phenomenology and interdisciplinarity*. 1(2), 118-130. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912009000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912009000200008) & lng= pt\ nrm=isso
- Racine, N., Cooke, J. E., Eirich, R., Korczak, D. J., McArthur, B., & Madigan, S. (2020). Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113307>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M. ... & Hurrelmann, K. (2020). Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. *Deutsches Arzteblatt International*. 117(48), 828-829. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European child & adolescent psychiatry*. 25, 1–11. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3721508>

- Rundle, A. G., Park, Y., Herbstman, J. B., Kinsey, E. W., & Wang, Y. C. (2020). COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity (Silver Spring)*. 28(6), 1008-1009. <https://doi.org/10.1002/oby.22813>
- Samuel, S. R., Kuduruthullah, S., Khair, A. M. B., Shayeb, M. A., Elkaseh, A., & Varma, S.R. (2021). Dental pain, parental SARS-CoV-2 fear and distress on quality of life of 2 to 6-year-old children during COVID-19. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 31, 436-441. <https://doi.org/10.1111/ipd.12757>
- The Lancet Child Adolescent Health. (2020). Growing up in the shadow of COVID-19. *Lancet Child Adolescent Health*. 4(issue12), 853. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30349-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30349-7)
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 169, 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- Ueda, R., Okada, T., Kita, Y., Ozawa, Y., Inoue, H., Shioda, M. ... & Ozawa, H. (2021). The quality of life of children with neurodevelopmental disorders and their parents during the Coronavirus disease 19 emergency in Japan. *Scientific Report*. 11(3042). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82743-x>
- United Nations. (2020). *Gender and COVID-19 in Latin America and the Caribbean: gender dimensions in the response*. Brasília: UN Women Brazil. [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf).
- United Nations International Children's Fund. (2020). *COVID-19 and Children*. New York. <https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>
- United Nations International Children's Fund. (2020). *Covid-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries*. New York. <https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>
- United Nations International Children's Fund (2020). *Covid-19: At least a third of school children are unable to access distance learning during school closures, says new UNICEF report*. Brasília - Distrito Federal. <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/covid-19-pelo-menos-um-terco-das-criancas-em-idade-escolar-nao-consegue-acessar-ensino-a-distancia>.
- Valadez, M. L. D., Rodríguez-Naveiras, E., Castellanos-Simons, D., López-Aymes, G., Aguirre, T.; Flores, J. F. ... & Borges, A. (2020). Physical Activity and Well-being of High

- Ability Students and Community Samples During the COVID-19 Health Alert. *Frontiers in Psychology*. 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606167>
- Vallejo-Slocker, L., Fresneda, J., & Vallejo, M. A. (2020). Psychological Well-being of Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic. *Psicothema*. 32, 501-507. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.218>.
- Van Gorp, M., Maurice-Stam, H., Teunissen, L. C., Van de Peppel-van der Meer, W., Huussen, M., Schouten-van Meeteren, A. Y. N. ... & Grootenhuis, M. A. (2021). No increase in psychosocial stress of Dutch children with cancer and their caregivers during the first months of the COVID-19 pandemic. *Pediatric blood & cancer*. 68(2), e28827. <https://doi.org/10.1002/pbc.28827>
- Whoqol Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2(2), 153–159 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00435734>.
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Geneva. <https://covid19.who.int/>
- Wunsch, K., Nigg, C., Niessner, C., Schmidt, S. C. E., Oriwol, D., Hanssen-Doose, A., ... & Woll, A. (2021). The Impact of COVID-19 on the Interrelation of Physical Activity, Screen Time and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents in Germany: Results of the Motorik-Modul Study. *Children (Basel)*. 8(2), 98. <https://doi.org/10.3390/children8020098>
- Xiang, M., Zhang, Z., & Kuwahara, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 63, 531-532. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.013>.
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J. ... & Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*. 174(9), 898-900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Yeasmin, S., Banik, R., Hossain, S., Hossain, M. N., Mahumud, R., Salma, N. ... & Hossain, M. M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: A cross-sectional study. *Children and Youth Services Review*. 117, 105277. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105277>

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ( Responsável)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ( Responsável)**

#### **Pesquisa: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos**

**Introdução:** Você e sua criança estão sendo convidados a participar da pesquisa: “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos ”. Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e entenda a seguinte explicação sobre os procedimentos da pesquisa. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos e benefícios, e o seu direito e da criança, de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre o resultado do estudo. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa proposta, antes de obtermos o seu consentimento.

**Objetivo:** Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade.

**Resumo:** devido à pandemia de coronavírus o estresse de cuidar e garantir o atendimento às necessidades das crianças está aumentado para todos e representam uma sobrecarga e comprometimento do bem-estar dos cuidadores. Esse estresse pode ser maior para aqueles cuidadores que já precisavam lidar com baixa condição socioeconômica, isolamento social, falta de acesso ao serviço de saúde, insegurança alimentar, violência familiar, dentre outras sobrecargas por adversidades. Portanto é importante entender como as crianças estão vivenciando a situação de adoecimento por COVID-19 e as repercussões que esta situação pode produzir em suas vidas e na vida de suas famílias e uma escala que deve ser respondida pela mãe ou pai que rastreia problemas de saúde mental infantil.

**Procedimentos:** Este estudo irá consistir de uma entrevista por vídeo chamada. Serão perguntadas questões acerca da sua vida, de seu filho, de sua família e de como vocês vivem, além de aspectos sobre como tem sido a vida de vocês durante a pandemia. Incorporada a entrevista está o preenchimento de uma escala que avalia o apoio social que você recebe de familiares e amigos. Para sua criança, além da entrevista sobre sua experiência de adoecimento pela COVID-19 também estão incorporadas uma escala de qualidade de vida e de saúde mental.

**Benefícios:** As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão das repercussões da infecção pelo coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o seu consentimento, o pesquisador pode encaminhar seu caso, ou de sua criança, para um profissional de referência.

**Riscos:** Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para você, quanto para sua criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido a você e à sua criança o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos a você ou sua criança. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Confidencialidade:** Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos seus dados e de sua criança e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Isto será feito mostrando apenas os resultados obtidos, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016.

**Desligamento:** A participação de vocês neste estudo é voluntária e a recusa em participar ou seu desligamento do estudo não envolverá penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento.

**Compensação:** Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação no estudo.

**Comitê de Ética e Dúvidas:** Durante todo o estudo, o Comitê de Ética poderá ser contatado em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa. Para demais dúvidas você poderá contatar o pesquisador para esclarecimento.

**Registro de voz e imagem:** Ressalta-se que toda a entrevista deverá ser gravada por um dispositivo gravador de voz e de vídeo, no entanto somente o conteúdo da gravação de voz serão utilizados na pesquisa. Durante o contato telefônico faremos também a gravação do seu consentimento de participação na pesquisa.

**Consentimento:** Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este termo está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando que quero participar do estudo, e dou meu consentimento para que minha criança participe, até que eu decida o contrário. Estou ciente de que receberei uma versão do TCLE e do TALE que deverá ser enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme a minha escolha.

- ( ) Autorizo a gravação do vídeo da entrevista
- ( ) Não autorizo a gravação do vídeo da entrevista

**Comitê de ética e pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais**

AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901  
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005  
Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

**Dados da Pesquisadora:**

Elysangela Dittz Duarte

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento Materno Infantil e Saúde Pública

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100

Telefone: (31) 3409-9829

e-mail: [elysangeladittz@gmail.com](mailto:elysangeladittz@gmail.com)

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido ( Criança)**

### **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Criança)**

#### **Pesquisa:**

#### **Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos ”, coordenada pela Professora Elysangela Dittz Duarte. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber o que acontece na vida de crianças, como você, que adoeceram pelo coronavírus.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 7 a 9 anos de idade, assim como você.

A pesquisa será feita na sua casa, junto com sua família, ou a pessoa responsável por você. Para isso, faremos uma chamada de vídeo, e conversaremos sobre como você vivenciou o fato de ter sido infectado coronavírus. Além disso, vamos fazer algumas perguntas sobre como está sua qualidade de vida e saúde mental. Essa chamada de vídeo será gravada, portanto iremos registrar sua voz e imagem, porém, somente o que for falado por você será utilizado para desenvolvermos esta pesquisa. Sua participação permanecerá em segredo.

Com essa entrevista você pode lembrar de momentos ruins e difíceis que passou quando estava doente. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que iremos disponibilizar. Mas há coisas boas que podem acontecer: as informações obtidas nesta pesquisa podem nos ajudar a entender melhor como as crianças estão vivendo na pandemia, e como podemos cuidar melhor delas e de suas famílias.

Você e seus pais não terão nenhum gasto em participar dessa pesquisa. Também não receberão nenhum ganho financeiro por isso.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram. Portanto, tudo que você nos contar será mantido em segredo.

Caso você aceite participar desta pesquisa iremos gravar a sua resposta de confirmação, e mandaremos uma versão desse documento para você e sua família por meio eletrônico ou correio, como vocês acharem melhor.

---

### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos ”.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

**Comitê de ética e pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais**

AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901

Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

**Dados da Pesquisadora:**

Elysangela Dittz Duarte

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento Materno Infantil e Saúde Pública

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100

Telefone: (31) 3409-9829

e-mail: [elysangeladittz@gmail.com](mailto:elysangeladittz@gmail.com)



SIM



NÃO

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do menor \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (variáveis de determinantes sociais de saúde) - Aplicado ao Cuidador primário**

| <b>Instrumento de Coleta de dados</b>   |
|---|
| <p>Número da Entrevista _____ Data da Entrevista: __ / __ / __</p> <p>Número da notificação _____ Nome do entrevistador _____</p>   |
| <b>Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (variáveis de determinantes sociais de saúde) - Aplicado ao Cuidador principal</b>  |
| <p><b>1. Aspectos individuais - Informações sobre os Cuidadores</b></p> <p>1.1 Idade do entrevistado (anos): _____ 1.2 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>1.3 Profissão: _____</p> <p>1.4 Relação do cuidador com a criança: <input type="checkbox"/> mãe/pai <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> tio/tia <input type="checkbox"/> irmão/irmã <input type="checkbox"/> mãe adotiva/pai adotivo <input type="checkbox"/> vizinho <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____</p> <p>1.5 Nível de instrução : <input type="checkbox"/> Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto<br/> <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo e Ensino Médio incompleto<br/> <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo e Ensino Superior incompleto<br/> <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo</p> <p>1.6 Possui alguma religião? <input type="checkbox"/> Não (vá para 1.8) <input type="checkbox"/> Sim. (Qual a religião: _____)</p> <p>1.7 É praticante da religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>1.8 Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Não informou</p> <p>1.9 Cor ou raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Índigena</p> <p>1.10 Tabagista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Etilista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .Uso de drogas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>1.12 Existe histórico familiar de alguma doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____</p> <p>1.13 Como você avalia sua situação de saúde? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável</p> <hr/> <p><b>2.Aspectos individuais - Informações sobre a criança</b></p> <p>2.1 Idade gestacional ao nascimento: _____ Peso ao nascimento: _____</p> |

- 2.2 Idade Atual: \_\_\_\_\_ 2.3Peso atual: \_\_\_\_\_ 2.4Raça/cor: \_\_\_\_\_
- 2.5 Sua criança ATUALMENTE precisa de utilizar algum medicamento ou outras vitaminas prescritas por um profissional?
- Sim  Não
- 2.6 Sua criança precisa de atendimentos médicos, utilizar serviços de saúde ou educacionais mais que o usual para outras crianças da mesma idade?  Sim  Não
- 2.7 Sua criança tem alguma limitação para fazer coisas que a maioria das crianças com a mesma idade podem fazer?
- Sim  Não
- 2.8 Sua criança precisa de alguma terapia especial como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia ou psicologia?
- Sim  Não
- 2.9 Sua criança tem algum tipo de alteração no desenvolvimento ou problemas de comportamento que precisarem de tratamento ou acompanhamento?  Sim  Não
- 2.10 Seu filho estuda?  Sim  Não (encerra a entrevista)
- 2.11 Seu filho estuda em:  Escola Pública  Escola Particular
- 2.12 Em caso do seu filho estudar em escola particular, ele recebe alguma bolsa?  Recebe bolsa total  Recebe bolsa parcial  Não recebe bolsa
- 2.13 Seu filho apresenta alguma dificuldade de aprendizagem?  Sim  Não
- 2.14 Com o início da pandemia seu filho tem realizado as atividades escolares do tipo ensino remoto ou à distância?
- Sim  Não
- 2.15 Na sua opinião ocorreram mudanças no desempenho escolar com a pandemia?  Sim  Não (Encerra a entrevista)
- 2.16 O que mudou no desempenho escolar do seu filho? \_\_\_\_\_

### **3. Aspectos Coletivos - Informações Familiares e da Habitação**

**Estas informações referem-se às pessoas que moram na mesma casa**

3.1 Qual a renda mensal familiar? \_\_\_\_\_

3.2 Sua moradia é:

Própria    Alugada    Cedida pelo empregador    Cedido de outra forma    Não informou

3.3 Quantos cômodos tem a casa:

1    2    3    4    5    6    7    8 ou mais

3.4 Quantas pessoas moram na mesma casa que a criança:

1    2    3    4    5    6    7    8    9 ou mais

3.5 Escoamento de dejetos:  rede pública    vala ou céu aberto    fossa    outro

3.6 Identifique o que tem na casa em que reside:

esgoto    fossa    água tratada    água encanada    poço artesiano    energia elétrica

3.7 Coleta de lixo:  Coletado diretamente    Jogado em terreno baldio ou rio    outro

3.8 Abastecimento de água:  Rede pública com canalização    Rede pública sem canalização    Água de poço com canalização    outras

3.9 Quantas pessoas trabalham atualmente? \_\_\_\_\_

3.10 Possui Benefício de Prestação Continuada (BPC) para criança:

Sim    Não    Não informou

3.11 Possui outro benefício para a criança:

Sim    Não Qual: \_\_\_\_\_    Não informou

3.12 Recebeu o Benefício Emergencial do Governo durante a pandemia?

Sim    Não    Não informou

3.13 Desde o início da pandemia, com que frequência tem sido difícil obter o dinheiro necessário para manter o básico como comida e moradia?

nunca    raramente    com alguma frequência    muito frequentemente

3.14 Durante os últimos 12 meses você ou outros membros da família:

3.14.1 Pararam de trabalhar devido à problemas de saúde ou devido à saúde desta criança?

Sim    Não    NA

3.14.2 Reduziram as horas de trabalho por questões de saúde ou a saúde desta criança?

Sim    Não    NA

3.14.3 Evitaram mudar de trabalho para manter o plano de saúde para esta criança?

Sim    Não  

#### 4. Aspectos Coletivos - Informações sobre Saúde e Serviços de saúde

4.1 A criança possui plano de saúde?  Sim  Não

4.2 Alguma pessoa da família que mora com ela possui plano de saúde?

Sim  Não

4.3 A sua criança faz acompanhamento regular em algum serviço de saúde?

Sim  Não. Qual? \_\_\_\_\_

4.4 Nos últimos 12 meses esta criança precisou de algum cuidado de saúde e não recebeu?  
(Cuidado de saúde como atendimento médico, dentista, oftalmologista ou outros)

sim  não

4.5 Nos últimos 12 meses, quantas vezes sua criança precisou ser levada a um atendimento de emergência?

Nenhuma,  1 vez  2 ou mais vezes

### 5. Social e Comunitário

5.1 Alguém que vive na mesma casa que a criança é fumante?  Sim  Não

5.2 Em sua vizinhança você possui:

Igreja  Praça Pública  Supermercado  Unidade básica de saúde  Posto policial   
Associação de bairro  Escola

5.3 Você tem parentes que moram próximos de você?  Sim  Não

### 6. Meio ambiente

6.1 Você e sua família conseguem se organizar para fazer as refeições juntos?  Sim  Não

6.2 Você confia nas pessoas da sua vizinhança?  Sim  Não

6.3 Você se sente seguro para caminhar na sua vizinhança?  Sim  Não

6.4 Nos últimos 12 meses, esta criança vivenciou algumas das seguintes situações?

6.4.1 Separação dos pais ou responsáveis?  Sim  Não

6.4.2 Morte dos pais ou algum familiar?  Sim  Não

6.4.3 Pai ou responsável foi preso?  Sim  Não

6.4.4 Viu ou ouviu pais ou adultos baterem ou agredirem uns aos outros em casa?

Sim  Não

6.4.5 Foi vítima de violência ou testemunhou violência no bairro?  Sim  Não

6.4.6 Viveu com alguém que estava mentalmente doente ou severamente deprimido?  Sim  
 Não

6.4.7 Morou com qualquer pessoa que tivesse problemas com álcool ou drogas?  Sim   
Não

6.4.8 Sofreu alguma discriminação devido à sua raça ou grupo étnico?  Sim  Não

**APÊNDICE E - Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social - Aplicado à criança de 7 a 9 anos**

| <b>Entrevista Semiestruturada</b>   |  |
|---|--|
| <p>Número da Entrevista _____ Data da Entrevista: __ / __ / __</p> <p>Número da notificação _____ Nome do entrevistador _____</p>   |  |
| <b>Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social - Aplicado à criança de 7 a 9 anos</b>   |  |
| <b>Questão principal</b>  | <b>Questões de apoio</b>   |
| Você sabe o que é o coronavírus?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você sabe me dizer o que o coronavírus faz?</li> <li>. O que as pessoas precisam fazer para não ficarem doentes pelo coronavírus?</li> <li>. Como você aprendeu sobre o coronavírus?</li> </ul>   |
| O que você fez quando ficou doente por causa do coronavírus?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. O que você sentiu enquanto estava doente?</li> <li>. O que você teve que fazer de diferente enquanto estava doente pelo coronavírus?</li> <li>. Alguma coisa mudou na sua família depois que você ficou doente pelo coronavírus?</li> </ul>   |
| Com a pandemia do coronavírus as escolas, parques, igrejas, restaurantes, lojas tiveram que fechar. O que você acha disso?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você tem estudado? Como tem sido?</li> <li>. Seus pais conseguem te ajudar nas suas tarefas escolares?</li> <li>. Você consegue se divertir da mesma maneira que se divertia antes?</li> <li>. Tem alguma coisa que você fazia antes e hoje não pode/consegue fazer?</li> <li>. O que você mais sente falta?</li> </ul> |
| Desde o início da pandemia você já quis fazer alguma coisa que você não pôde fazer por causa do coronavírus?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. O que era?</li> <li>. O que você fez quando isso aconteceu?</li> </ul>  |
| Para nos proteger e proteger as outras pessoas temos que ficar em casa e isso pode nos deixar tristes, chateados ou até mesmo com raiva. Alguma vez você já se sentiu assim desde o início da pandemia? | <ul style="list-style-type: none"> <li>. O que você sentiu?</li> <li>. Quando você se sentiu assim?</li> <li>. Porque você acha que podemos nos sentir dessa forma?</li> <li>. O que você fez quando isso aconteceu?</li> <li>. Tem alguma coisa que você faz que te ajuda a ficar feliz?</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
| Desde o início da pandemia teve discussões/brigas na sua família?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Como você se sentiu quando isso aconteceu?</li> <li>. O que você fez quando isso aconteceu?</li> <li>. Porque você acha que isso aconteceu?</li> </ul>                             |
| Você consegue utilizar tablet, computador ou celular?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você tem facilidade para utilizar esses aparelhos?</li> <li>. Você usa esses aparelhos para estudar?</li> <li>. Você usa esses aparelhos para brincar?</li> </ul>                  |
| Com a pandemia você tem conseguido praticar algum esporte, algum exercício físico?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Qual atividade você tem feito?</li> <li>. O que você faz para se proteger contra o coronavírus enquanto pratica essa atividade?</li> </ul>   |
| O que você acha da sua vida agora?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você gostava mais dos seus dias antes da pandemia ou depois?</li> </ul>  |
| Como você se sente desde que ficou doente pelo coronavírus?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você se sente mais triste ou acha que está normal?</li> </ul>  |
| Alguma vez, desde que ficou doente, você sentiu medo?  |   |
| Você tinha ou tem algum amigo que você gosta de brincar e conversar?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Você tem conseguido se encontrar com seus amigos?</li> <li>. O que vocês têm feito?</li> <li>. Como você se sente sobre isso?</li> </ul>   |
| O que você precisa para ser uma criança feliz?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. O que você precisa para ter uma vida boa?</li> <li>. O que você precisa para ter uma vida legal?</li> <li>. Você tem uma vida boa?</li> </ul>                                      |
| O que você acha que precisa melhorar na sua vida?  |   |
| Você sabe o que é qualidade de vida?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. O que é qualidade de vida para você?</li> <li>. Você acha que possui uma boa qualidade de vida?</li> <li>. A pandemia melhorou ou piorou sua qualidade de vida? Porque?</li> </ul> |
| Tem mais alguma coisa que você queira me contar sobre como você e sua família estão passando pela pandemia do coronavírus? |   |



## ANEXO A - Parecer do projeto pela Câmara Departamental



ESCOLA DE  
ENFERMAGEM

### PARECER

**Título do Projeto:** Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

**Interessadas:** Orientadora: Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte  
Orientanda: Juliana Barony da Silva

**Relatora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

#### Histórico

No dia 06 de julho de 2020, recebi via e-mail da secretaria do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG) o projeto intitulado “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos” para análise e parecer.

#### Mérito

O projeto apresenta a pandemia Covid-19, descrevendo sua origem, morbidade e transmissibilidade, explicitando as especificidades da doença nas crianças. Traz como panorama o distanciamento social, enquanto medida de contenção da disseminação do vírus e consequências nas formas de viver das pessoas. Reitera que para a saúde das crianças os efeitos podem ser drásticos na oferta de cuidados, apoio psicossocial e comunicação entre famílias e profissionais.

Apresenta estudos que tiveram como respondentes crianças de 5 a 19 anos na pandemia da SARS para argumentar que, como informantes, crianças podem revelar suas vivências e, assim, possibilitar um melhor planejamento dos cuidados específicos e singulares para esta população.

O estudo parte do pressuposto de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do novo coronavírus pode produzir mudanças significativas com impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida, como aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação. As questões de pesquisa são: “Como as crianças estão vivenciando a situação de adoecimento por COVID-19? Quais as repercussões que esta situação pode produzir em suas vidas? Em que medida aspectos como educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental dessas crianças?”.

O objetivo geral é “analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade”. Os objetivos específicos são:

- Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados;
- Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a COVID-19;
- Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

No que se refere ao desenho metodológico, foram apresentados detalhadamente o referencial teórico dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), conforme Dahlgren e Whitehead, e a abordagem mista do tipo paralelo convergente, a partir da qual a integração de dados qualitativos e quantitativos permite maximizar os pontos fortes e minimizar os pontos fracos de cada tipo de pesquisa.

O campo de estudo será a cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, no Estado de Minas Gerais. A amostra do estudo será composta por crianças de 7 a 9 anos com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-COV-2, com cuidador principal com idade igual ou superior a 18 anos. Optou-se por crianças nessa faixa etária devido ao fato de já terem iniciado a escolarização e apresentarem aspectos semelhantes no desenvolvimento. Os cuidadores principais contribuirão informando a renda familiar, plano de saúde, habitação, apoio social, acesso a serviços de saúde, entre outras informações que as crianças nessa faixa etária podem desconhecer ou não ter uma informação fidedigna.

As pesquisadoras apresentaram um fluxograma para coleta dos dados. O início está previsto para outubro de 2020. As crianças com a infecção pelo coronavírus serão identificadas por meio da ficha de notificação junto a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Será realizado o contato com o responsável indicado na ficha para apresentar a pesquisa e convidá-lo para participar no prazo entre 30-45 dias após a notificação. Nessa ocasião será realizada a leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cuidador e do Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) para as crianças. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão de cada termo será enviada por meio eletrônico ou pelo Correios, conforme escolhido pelos participantes. Após o aceite a pesquisadora agendará uma entrevista por vídeo chamada que deverá ser realizada até 60 dias após a notificação.

A coleta dos dados será realizada por vídeo chamada. As pesquisadoras apresentam essa técnica baseada em outros estudos que a utilizaram e apontam que a vídeo chamada permite a captura de uma maior quantidade de aspectos e detalhes do que aqueles apreendidos em notas de campo.

A pesquisa utilizará cinco instrumentos de coleta de dados, sendo dois construídos pelo grupo de pesquisa, entre eles o questionário sociodemográfico (elaborado a partir de perguntas do *National Survey of Children's Health*) e o instrumento de entrevista semiestruturado sobre repercussões do adoecimento e do distanciamento social. Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados para sua aplicabilidade com previsão para setembro. Além dos instrumentos construídos, serão incorporadas as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC); Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par); e Escala de Suporte Social (MOSS).

Os dados quantitativos terão suas variáveis selecionadas de acordo com o modelo de DSS organizados em quatro camadas: Camada 1 – aspectos individuais; Camadas 2 e 3 - Estilo de vida dos indivíduos e Redes Sociais e Comunitárias; e Camada 4 - Condições de vida e de trabalho.

A análise da pesquisa será do tipo paralelo convergente que permite a comparação entre os dados quantitativos e qualitativos. Ou seja, compara os resultados dos dois bancos de dados de forma simultânea com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.

Os dados quantitativos serão apresentados em tabelas com médias (desvio-padrão) ou medianas (intervalo interquartilico) das variáveis numéricas e frequências das variáveis categóricas relacionadas à caracterização da população. Posteriormente, os dados serão testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A partir do resultado da

normalidade, os dados serão avaliados pelos testes T-Student ou Mann-Whitney para as variáveis quantitativas ou qui-quadrado/ exato de Fisher no caso de dados categóricos, para análises bivariadas entre variáveis de exposição e desfechos. Para análise da associação entre as variáveis de exposição e os desfechos serão realizados modelos de regressão logística multivariada. Para a avaliação dos ajustes dos modelos serão realizados testes de Goodness of Fit. Para todas as análises será fixado um nível de significância de 5%, portanto resultados com valor p menor ou igual a 0,05 serão considerados significativos. Os dados serão analisados por meio dos softwares Stata, versão 14.0.

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas serão submetidos à Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares. Será utilizado o software MAXQDA 2020<sup>®</sup>. Tal software é voltado para análise de dados qualitativos e métodos mistos, sendo possível a integração dos métodos qualitativo e quantitativo.

Em anexo estão os instrumentos para coleta de dados, que condizem com o objetivo da pesquisa, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, em observância à Resolução 466/12, que trata de pesquisas com seres humanos. Após aprovação na câmara departamental o projeto será submetido para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto apresenta cronograma exequível e previsão orçamentária de 2.561,00 que será captado por meio de agências de fomento.

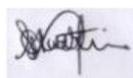
#### Considerações

O estudo é relevante e atual, pois está relacionado a Pandemia do Covid-19 e a sua repercussão nas vidas das crianças. O projeto está bem fundamentado, teórica e metodologicamente, e tem objetivo claramente definido.

#### CONCLUSÃO:

Diante do exposto, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa, salvo melhor juízo da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 12 de julho de 2020.



Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

Aprovado em Reunião da Câmara Departamental  
em 13/07/2020



Prof. Ed Wilson Rodrigues Vieira  
Subchefe do EMI

## ANEXO B - Termo de anuência institucional SMSA-BH



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos', sob a responsabilidade da pesquisadora Elysangela Dittz Duarte, CPF 10.863.416-78, cujo objetivo é 'analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade' e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 22 de setembro de 2020

Lúcia Maria Miana Mattos Paixão – BM 36.657-2  
 Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância  
 Epidemiológica – SMSA/BH

*Lúcia Maria Miana Mattos Paixão*  
 Lúcia Maria Miana Mattos Paixão  
 Diretoria de Promoção à Saúde e  
 Vigilância Epidemiológica  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

*Cláudia Fidelis Barcaro*  
 Cláudia Fidelis Barcaro  
 Gerência de Educação em Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA  
 Assessoria de Educação em Saúde  
 ASEUS-SA / SMSA-BH

## ANEXO C - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

**Pesquisador:** Elysangela Dittz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39447720.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.397.579

#### Apresentação do Projeto:

Pretende o pesquisador investigar os efeitos da pandemia e das medidas de distanciamento nos cuidados e políticas de saúde, a partir das experiências das crianças maiores de 7 anos, tendo as mesmas como informantes de suas vivências, a fim de auxiliar no planejamento dos cuidados específicos e singulares para esta população. Segundo o pesquisador, “espera-se que ao tê-las como informantes seja possível conhecer melhor a dimensão de como lidam com a situação, como se informam, mecanismos muito próprios de enfrentamento, que não seriam possíveis captar através da informação fornecida por seus cuidadores” (retirado das informações básicas do projeto).

“A hipótese é de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do coronavírus podem produzir mudanças significativas, ter um impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida de aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação” (retirado das informações básicas do projeto).

A coleta de dados consistirá se dará a partir de (i) análise das fichas de notificação junto à Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte e (ii) realização de entrevistas semi-estruturadas, conforme a seguinte metodologia apresentada:

“O fluxo de coleta de dados irá acontecer a partir da identificação de crianças com confirmação da infecção pelo coronavírus junto a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Feita a

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.397.579

identificação, num primeiro momento será coletada as informações da ficha de notificação como nome, endereço, telefone, manifestações clínicas e data da notificação a partir do instrumento Coleta de Dados na ficha de notificação. Entre 30 a 45 dias da data da notificação o pesquisador entrara em contato telefônico através do telefone de contato da ficha de notificação e identificara o responsável pela criança. Será então feita a apresentação da pesquisa e o convite para participação da criança e do responsável. Será feita a leitura dos Termos para o cuidador e também para a criança. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão do TCLE e do TALE será enviado por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes. Tendo a criança e o responsável consentido, a participação será agendada melhor dia e horário para realização da entrevista por vídeo chamada, que devera ser realizada em ate 60 dias após a data da notificação. Na entrevista com a criança será aplicado o instrumento Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptado para criança (APENDICE III). Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados sua aplicabilidade. Serão incorporadas a coleta de dados as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e Escala de Suporte Social MOSS. Para análise dos dados quantitativos os mesmos serão submetidos a análise estatística, enquanto os dados qualitativos serão analisados a partir de uma Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares, nesse tipo de análise os dados são definidos a partir de uma perspectiva teórica" (retirado das informações básicas do projeto).

A amostra prevista é de 50 participantes.

Os critérios de inclusão informados foram: "i) crianças de 7 a 9 anos com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-COV-2, sem comprometimento psicológicos ou psiquiátricos, com disponibilidade para realização da entrevista; ii) cuidador principal da criança, com idade igual ou superior a 18 anos, que resida no mesmo domicílio que a criança e que não tenha comprometimento de comunicação e alterações psicológicas e/ou psiquiátricas, com disponibilidade para realização da entrevista".

Não foram informados critérios de exclusão.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade.

**Objetivo Secundário:** Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados. Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

COVID- 19.. Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informações básicas do Projeto: "Riscos:

Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para o cuidador, quanto para a criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido aos participantes o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Benefícios:

As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da repercussões da infecção pelo coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o consentimento, o pesquisador pode encaminhar os participantes para um profissional de referência."

Similares aos apresentados no arquivo do TCLE/TALE: tcle\_tale\_0511.docx.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto indica como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). O orçamento previsto é de R\$ 2.561,00, a serem custeados com recursos próprios. Conforme atesta o parecer aprovado na Câmara Departamental, "o estudo é relevante e atual, pois esta relacionado a Pandemia do Covid-19 e a sua repercussão nas vidas das crianças". No cronograma apresentado nas informações básicas do projeto, a coleta de dados tem previsão de início em 01/12/2020 e término em 01/06/2021.

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

A pesquisadora apresentou resposta às diligências solicitadas no parecer de n. 4.377.159, fazendo-se a seguir a análise:

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.397.579

Para solucionar as pendências apontadas no TCLE, a pesquisadora apresentou as seguintes alterações:

1. **PENDÊNCIA:** "(i) Esclarecer que os registros do participante serão mantidos em segredo, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016. A expressão "até onde é permitido por lei" é vaga e não confere segurança ao participante sobre o resguardo de seu sigilo."

**ALTERAÇÃO NO TCLE:** Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos seus dados e de sua criança e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Isto será feito mostrando apenas os resultados obtidos, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016.

**ANÁLISE:** pendência sanada

2. **PENDÊNCIA:** "(ii) Indicar as estratégias de prevenção e minimização dos riscos apontados." e "(iii) Disponibilizar assistência em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa."

**ALTERAÇÃO NO TCLE:** Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para você, quanto para sua criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido a você e à sua criança o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos a você ou sua criança. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**ANÁLISE:** pendência sanada

3. **PENDÊNCIA:** "(iv) Nos itens "Comissão de Ética" e "Dúvidas": deve ser indicado que o Comitê de Ética (não comissão) poderá ser contatado em caso de dúvidas acerca de aspectos éticos da pesquisa; demais dúvidas serão sanadas pelo pesquisador."

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

**ALTERAÇÃO NO TCLE:** Durante todo o estudo, o Comitê de Ética poderá ser contatado em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa. Para demais dúvidas você poderá contatar o pesquisador para esclarecimento.

**ANÁLISE:** pendência sanada

4. **PENDÊNCIA:** "(v) Incluir a informação de que "Uma versão do TCLE e do TAE será enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes"."

**ALTERAÇÃO NO TCLE:** Foi incluído no TCLE "Estou ciente de que receberei uma versão do TCLE e do TALE que deverá ser enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme a minha escolha".

**ANÁLISE:** pendência sanada

5. "(vi) Incluir campo de consentimento separado (com gravação específica do consentimento no contato telefônico) para registro de voz e imagem. Inserir garantia de que as gravações só serão utilizadas na pesquisa, e, se pretenderem utilizar as imagens em publicações ou divulgações da pesquisa, fazer um termo de cessão de uso de imagem em documento separado."

**ALTERAÇÃO NO TCLE:** Foi incluído:

Registro de voz e imagem: Ressalta-se que toda a entrevista deverá ser gravada por um dispositivo gravador de voz e de vídeo, no entanto somente o conteúdo da gravação de voz serão utilizados na pesquisa. Durante o contato telefônico faremos também a gravação do seu consentimento de participação na pesquisa.

Incluiu-se também campo para marcação do consentimento:

"( ) Autorizo a gravação do vídeo da entrevista  
( ) Não autorizo a gravação do vídeo da entrevista"

**ANÁLISE:** pendência sanada

Para solucionar a pendência apontada no TALE, a pesquisadora apresentou as seguintes alterações:

**PENDÊNCIA:** "- No TALE, incluir a informação de que as imagens da chamada serão gravadas."

**ALTERAÇÃO NO TALE:** A chamada de vídeo será gravada, portanto iremos registrar sua voz e imagem, porém somente o que for falado por você será utilizado para desenvolvermos esta pesquisa. Sua participação permanecerá em segredo.

**ANÁLISE:** pendência sanada

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

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

Diante do saneamento das pendências apontadas, recomendo a aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

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

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                   | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1638606.pdf | 05/11/2020<br>13:58:43 |                         | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projetofinal05112020.docx                     | 05/11/2020<br>13:58:21 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Outros  | carta_resposta0511.docx                       | 05/11/2020<br>13:56:28 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle_tale_0511.docx                           | 05/11/2020<br>13:54:38 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folhaDeRostoassinada.pdf                      | 22/10/2020<br>14:51:29 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | parecercamaradepartamental.pdf                | 22/10/2020<br>14:50:53 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Orçamento   | orcamento_final.pdf                           | 21/10/2020<br>14:55:57 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | termo_de_anuencia_institucional.pdf           | 21/10/2020<br>14:54:05 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Cronograma  | cronograma_projeto.pdf                        | 21/10/2020<br>14:53:07 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

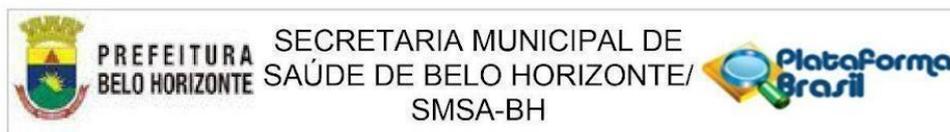
BELO HORIZONTE, 13 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Corinne Davis Rodrigues**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO D - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP SMSA-BH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

**Pesquisador:** Elysangela Ditz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39447720.0.3001.5140

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.466.214

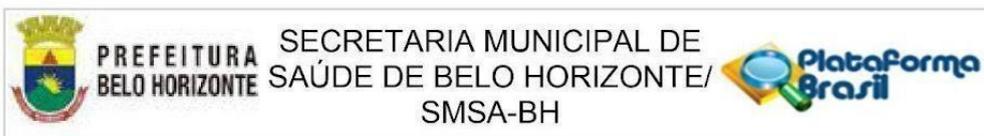
#### Apresentação do Projeto:

Para esta investigação será adotado o referencial teórico dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e será utilizada como delineamento desta investigação a abordagem mista do tipo paralelo convergente. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), apresenta os determinantes sociais a partir de suas vinculações com os comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles. A coleta de dados iniciará em outubro de 2020. O fluxo de coleta de dados irá acontecer a partir da identificação de crianças com confirmação da infecção pelo coronavírus junto à Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte.

Feita a identificação, num primeiro momento será coletada as informações da ficha de notificação como nome, endereço, telefone, manifestações clínicas e data da notificação a partir do instrumento Coleta de Dados na ficha de notificação. Entre 30 a 45 dias da data da notificação o pesquisador entrará em contato telefônico através do telefone de contato da ficha de notificação e identificará o responsável pela criança. Será então feita a apresentação da pesquisa e o convite para participação da criança e do responsável.

Será feita a leitura dos Termos para o cuidador e também para a criança. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão do TCLE e do TAE será enviado por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

Tendo a criança e o responsável consentido a participação será agendado melhor dia e horário para realização da entrevista por vídeo chamada, que deverá ser realizada em até 60 dias após a data da notificação. Na entrevista com a criança será aplicado o instrumento Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptado para criança (APÊNDICE III). Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados sua aplicabilidade.

Serão incorporadas à coleta de dados as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e Escala de Suporte Social MOSS. Para análise dos dados quantitativos os mesmos serão submetidos a análise estatística, enquanto os dados qualitativos serão analisados à partir de uma Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares, nesse tipo de análise os dados são definidos a partir de uma perspectiva teórica.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Hipótese:**

A hipótese é de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do coronavírus pode produzir mudanças significativas ter um impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida de aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação.

##### **Objetivo Primário:**

Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade.

##### **Objetivo Secundário:**

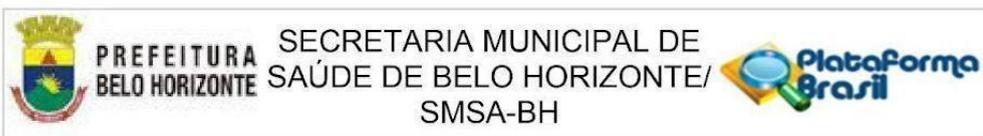
. Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados. Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a COVID- 19.. Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para o cuidador, quanto para a criança. Reconhecendo a existência destes

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido aos participantes o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

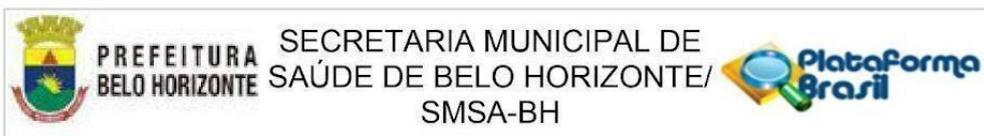
**Benefícios:**

As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da repercussões da infecção pelo coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o consentimento, o pesquisador pode encaminhar os participantes para um profissional de referência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão contribuir para a compreensão das repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade, no entanto, em atenção à Declaração de Emergência em Saúde Pública Internacional da Organização Mundial de Saúde, de 30 de janeiro de 2020, à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria nº 188, de 04 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, e ao reconhecimento da situação de calamidade pública, pelo Decreto Legislativo nº 6, de 18 de março de 2020 e o disposto no artigo 4º do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte entende que neste é preciso ponderar em relação às características da disseminação da doença em cada população e seu cenário epidemiológico para somente a partir destas considerações é ser possível planejar as pesquisas nestes tempos excepcionais. Sobretudo, devemos estar atentos à segurança de pesquisadores e participantes envolvidos nas pesquisas, para que todos estejam suficientemente protegidos para que não sejam veículos de transmissão da doença, considerando que boa parte dos infectados são assintomáticos. Saliente-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos(as) participantes e da equipe de pesquisa, pois ambos os grupos estarão expostos. Segundo o disposto no artigo 5º da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), "... os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. ...".

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

- A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elysangela Dittz Duarte e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

- Termo de Anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentado (22/09/2020).

Foi postado Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) em 09/12/2020. Em resposta à pergunta "Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?" a Pesquisadora declarou positivamente, vide "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1638606.pdf". Segundo a Pesquisadora a captação de participantes para esta pesquisa será feita a partir de contato com a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Esse contato se dá pela necessidade de acesso à ficha de notificação de crianças de 07 a 09 anos com confirmação de infecção pelo SARS-COV-2. A coleta da ficha de notificação será feita a partir do Instrumento de Coleta de Dados na ficha de notificação. Os dados a serem coletados referem-se a manifestações clínicas, data da notificação, nome e contato telefônico, desse modo é possível contactar as famílias dos participantes e convidá-los para participar da pesquisa.

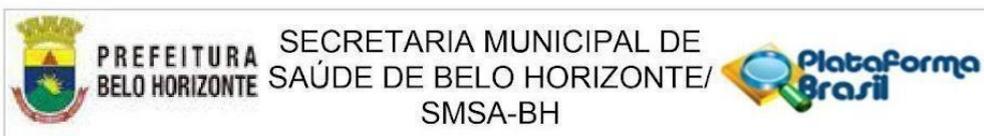
- O TCLE e o TALE foram apresentados com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa, mas necessita das adequações descritas no campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" deste Parecer.

- Instrumentos de Coleta de Dados foram postados na Plataforma Brasil como anexo ao Projeto detalhado ("projetofinal05112020.docx, postado na Plataforma Brasil em 05/11/2020).

#### **Recomendações:**

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH -Telefone:

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

(31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

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

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.434.307, o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos".

Saliente-se que por força disposto nos artigos 4º e 14 do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, foram suspensas as autorizações para realização de pesquisas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte concedida por meio da emissão de Termo de Anuência Institucional. A coleta de dados para Protocolos de Pesquisa cuja metodologia do projeto consiste em contato presencial entre pesquisador e participante da pesquisa (por exemplo, entrevistas, análise sensorial, etc.) só se iniciará após a flexibilização do isolamento social por ato expresso da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

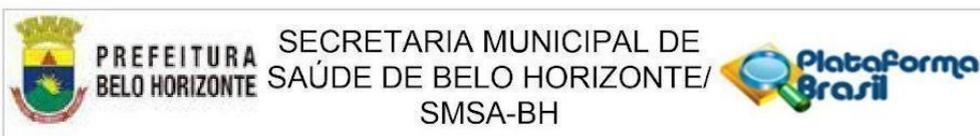
Caso o/a pesquisador/a deseje alterar os métodos para adequar-se às recomendações de isolamento social, o/a pesquisador/a responsável deve submeter aos CEPs da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (via Plataforma Brasil) ao seu projeto com a avaliação dos novos riscos e estratégias para minimizá-los, benefícios, assim como os novos métodos adotados (por exemplo: substituir o questionário presencial pelo formato digital).

- Caso o/a pesquisador/a deseje alterar os métodos para adequar-se às recomendações de isolamento social, o/a pesquisador/a responsável deve submeter aos CEPs da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (via Plataforma Brasil) ao seu projeto com a avaliação dos novos riscos e estratégias para minimizá-los, benefícios, assim como os novos métodos adotados (por exemplo: substituir o questionário presencial pelo formato digital).

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

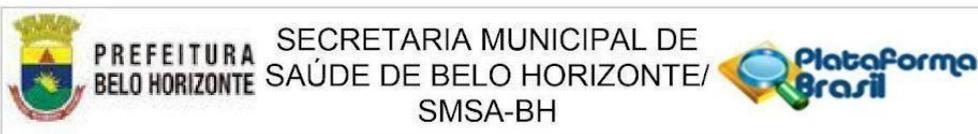
- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

- O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

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

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                   | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1663845.pdf | 09/12/2020<br>12:41:44 |                         | Aceito   |
| Outros  | carta_resposta0912.docx                       | 09/12/2020<br>12:41:03 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Outros  | TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_ACESSO_INF_SUS.docx | 09/12/2020<br>12:34:19 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Outros  | TCUD0912.docx                                 | 09/12/2020<br>12:33:17 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Outros  | CartadeEsclarecimento0912.docx                | 09/12/2020<br>12:31:42 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle_tale_0912.docx                           | 09/12/2020<br>10:25:16 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projetoFinal05112020.docx                     | 05/11/2020<br>13:58:21 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| Outros  | carta_resposta0511.docx                       | 05/11/2020<br>13:56:28 | Elysangela Dittz Duarte | Aceito   |
| TCLE / Termos de  | tcle_tale_0511.docx                           | 05/11/2020             | Elysangela Dittz        | Aceito   |

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

|  |                     |          |        |        |
|--|---------------------|----------|--------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | tcle_tale_0511.docx | 13:54:38 | Duarte | Aceito |
|--|---------------------|----------|--------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Dezembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

## ANEXO E - Escala de qualidade de vida da criança (EQVC)

|   |   |  |   |                    |
|---|---|--|---|--------------------|
|  |  |  |  |                    |
| Algumas vezes você está muito infeliz?  | Algumas vezes você está infeliz?  | Algumas vezes você está feliz?   | Algumas vezes você está muito feliz?  |                    |
| Diga por quê:   | Diga por quê:   | Diga por quê:  | Diga por quê:   |                    |
| _____   | _____   | _____  | _____   |                    |
| _____   | _____   | _____  | _____   |                    |
| _____   | _____   | _____  | _____   |                    |
| <b>Diga como você se sente:</b>   | <b>Muito infeliz</b>  | <b>Infeliz</b>   | <b>Feliz</b>  | <b>Muito feliz</b> |
| 1. à mesa, junto com sua família .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 2. à noite, quando você se deita .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 3. se você tem irmãos, quando brinca com eles .....                               | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 4. à noite, ao dormir .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 5. na sala de aula .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 6. quando você vê uma fotografia sua .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 7. em momentos de brincadeira, durante o recreio escolar .....                    | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 8. quando você vai a uma consulta médica .....                                    | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 9. quando você pratica um esporte .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 10. quando você pensa em seu pai .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 11. no dia do seu aniversário .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 12. quando você faz as lições de casa .....                                       | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 13. quando você pensa em sua mãe .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 14. quando você fica internado no hospital .....                                  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 15. quando você brinca sozinho(a) .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 16. quando seu pai ou sua mãe falam de você .....                                 | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 17. quando você dorme fora de casa .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer .....       | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 19. quando os amigos falam de você .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 20. quando você toma os remédios .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 21. durante as férias .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 22. quando você pensa em quando tiver crescido .....                              | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 23. quando você está longe de sua família .....                                   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 24. quando você recebe as notas da escola .....                                   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 25. quando você está com seus avós .....  | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |
| 26. quando você assiste televisão .....   | ( )   | ( )  | ( )   | ( )                |