









## A experiência da criança sobre o seu adoecimento por COVID-19\*

The child's experience of becoming ill with COVID-19

La experiencia del niño al enfermarse con COVID-19

### Como citar este artigo:

Silva JB, Henriques NL, Rigo FL, Guerreiro GMCD, Fernandes SJD, Duarte ED. The child's experience of becoming ill with COVID-19. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230165. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0165en>

-  Juliana Barony da Silva<sup>1</sup>
-  Nayara Luiza Henriques<sup>1</sup>
-  Felipe Leonardo Rigo<sup>1</sup>
-  Gonçalves Miguel Cordeiro Duarte Guerreiro<sup>2</sup>
-  Sérgio Joaquim Deodato Fernandes<sup>2</sup>
-  Elyszangela Dittz Duarte<sup>1</sup>

\*Extraído da dissertação: "Repercussões do distanciamento social e adoecimento por covid-19 na qualidade de vida de crianças de 7 a 9 anos", Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Lisboa, Portugal.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the experience of children when they become ill with COVID-19. **Method:** Qualitative-descriptive and exploratory study, guided by the World Health Organization's concept of Quality of Life. Twenty-four children participated, aged between seven and nine years, 11 months and 29 days, diagnosed with COVID-19. Data were collected through semi-structured interviews and underwent deductive thematic analysis. **Results:** The children understood what COVID-19 is, its high lethality and transmissibility, and its forms of contagion and prevention. COVID-19 has been identified as something negative. The experience of children becoming ill with COVID-19 was permeated by changes in their routines, especially due to having activities limited to the home, emotional changes, and physical symptoms due to infection with the virus. **Conclusion:** The children understood the seriousness of the pandemic and identified the changes that had occurred. They also expressed understanding about the disease and its control. Knowing children's experience of illness can guide care actions aimed at them, recognizing that children's adequate understanding of what they experience can contribute to coping with illness and their participation in control actions.

### DESCRIPTORS

Child; COVID-19; Coronavirus; Nursing; Qualitative Research.

### Autor correspondente:

Juliana Barony da Silva  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia  
30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brazil  
[juliana.barony@gmail.com](mailto:juliana.barony@gmail.com)

Recebido: 30/05/2023  
Aprovado: 01/11/2023

## INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), foi responsável por uma crise sanitária global, sendo considerada a maior ameaça mundial à saúde pública à época<sup>(1)</sup>. A alta transmissibilidade do vírus não se diferenciou entre a população adulta e pediátrica. Contudo, as crianças foram apontadas como um grupo que apresentou menos sintomas da COVID-19, ainda que não ilesas ao adoecimento e às suas formas graves<sup>(2)</sup>.

Informações do Ministério da Saúde do Brasil indicam que, de dezembro de 2019 até dezembro de 2021, dos 23.277 casos confirmados de COVID-19 em crianças de zero a 11 anos, 1.449 evoluíram para óbito<sup>(3)</sup>. Dados coletados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 91 países mostram que, do início da pandemia até junho de 2022, a COVID-19 foi a causa principal do óbito de 5.376 crianças menores de cinco anos no mundo, de modo que o Brasil responde por cerca de uma a cada cinco dessas mortes<sup>(4)</sup>. De janeiro a dezembro de 2022, o Brasil registrou uma morte por dia de crianças entre seis meses a cinco anos diagnosticadas com COVID-19. Ao todo foram 314 óbitos nessa faixa etária no período<sup>(5)</sup>.

Com o objetivo de diminuir a transmissão do vírus, medidas de prevenção foram implementadas, dentre elas, o distanciamento social. Embora necessária, esta medida reduz a coesão social, o acesso dos indivíduos a serviços públicos e instituições que compõem a sua rede social. O fechamento das instituições de ensino, creches, igrejas e a interrupção dos serviços de proteção social, são mudanças que contribuem para o aumento ou agravamento de situações de violência já instaladas contra a mulher, criança e adolescente<sup>(6)</sup> e para o comprometimento da saúde mental infantil<sup>(7)</sup>. As repercussões do distanciamento social à saúde mental são amplas e podem ser duradouras, destacando-se na população infantil os problemas emocionais e comportamentais<sup>(8)</sup>.

A compreensão das crianças sobre as situações vivenciadas é diferente dos adultos, sendo influenciada pelas informações a que elas acedem. Nesse sentido, no processo de adoecimento pela COVID-19, crianças podem ter perspectivas que oferecem limites à sua condição de lidar com o adoecimento pelo SARS-CoV-2, podendo apresentar melhores ou piores respostas às situações por elas vivenciadas. Essas respostas têm potencial para repercutir em sua qualidade de vida (QV), definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) como a percepção do indivíduo sobre a sua vida, em relação ao seu contexto cultural e sistemas de valores, assim como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(9)</sup>.

É considerando a relevância dos aspectos individuais em situações de adoecimento que investigar as experiências das crianças sobre o adoecimento por COVID-19, sendo elas próprias as informantes, pode contribuir com evidências para ações frente aos efeitos tardios da pandemia e emergências sanitárias futuras. O conceito de QV, por ter como referência as experiências dos indivíduos e a sua multidimensionalidade, pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema e apoiar a formação e prática dos profissionais para o cuidado às

crianças e suas famílias em situações de adoecimento e distanciamento social.

Portanto, para esta investigação, definiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a vivência das crianças quanto ao seu adoecimento pela COVID-19? Para responder a esta pergunta, definiu-se como objetivo, descrever a experiência de crianças sobre o seu adoecimento por COVID-19.

## MÉTODO

### DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é o recorte de uma pesquisa maior, denominada “Repercussões do distanciamento social e adoecimento por COVID-19 na qualidade de vida de crianças de 7 a 9 anos”<sup>(10)</sup>. Trata-se de uma investigação de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, baseada no conceito de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(9)</sup>. A elaboração deste artigo atendeu às recomendações dos Critérios Consolidados de Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ)<sup>(11)</sup>.

### LOCAL

Os participantes do estudo foram localizados a partir de banco de dados disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) com informações das crianças que tiveram diagnóstico de COVID-19. Foram selecionadas as crianças residentes em quatro regionais do município, que representavam a diversidade dos Índices de Vulnerabilidade em Saúde (IVS). O IVS é calculado utilizando-se variáveis socioeconômicas e ambientais para identificar a vulnerabilidade da saúde de uma população e as desigualdades no perfil epidemiológico dos grupos sociais<sup>(12)</sup>.

### POPULAÇÃO

Participaram crianças entre sete e nove anos, 11 meses e 29 dias que tiveram diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus em Belo Horizonte, Minas Gerais.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter idade entre sete e nove anos, 11 meses e 29 dias, residir em uma das quatro regionais selecionadas e ter recebido diagnóstico de COVID-19 confirmado com o exame laboratorial de Reação de Transcriptase combinada com a Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR). Como critérios de exclusão adotaram-se a ocorrência de hospitalização em decorrência da COVID-19 e o comprometimento de comunicação e alterações psicológicas e/ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão das perguntas a serem respondidas. Consideraram-se também o insucesso da ligação telefônica e a ausência de informações que possibilitassem o contato com a família das crianças.

### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi definida por conveniência. Havia 2433 notificações de crianças infectadas pelo SARS-CoV-2 entre janeiro de 2020 e agosto de 2021. Dessas, 1012 foram excluídas por não possuírem idade elegível para o estudo e outras 593 por ausência de informações para o contato, como nome da criança, do responsável, contato telefônico ou endereço. Restaram 828

notificações de crianças, sendo que dessas, apenas 373 eram elegíveis de acordo com os critérios do estudo. A primeira autora deste estudo coletou informações da ficha de notificação das crianças elegíveis, como nome, endereço, telefone e data da notificação, e realizou o contato telefônico com os cuidadores das crianças com o objetivo de apresentar o estudo e convidá-los para participarem. Das 373 crianças elegíveis, foram contatados os cuidadores primários de 50. Este contato ocorreu de forma aleatória, por meio de sorteio realizado no site <https://www.random.org/>. Dos 50 cuidadores, 24 aceitaram participar. Nenhuma criança, após o aceite do responsável, recusou participar da pesquisa. A coleta foi interrompida quando verificou-se que os dados coletados até então eram suficientes para responder ao objetivo do estudo e que os participantes entrevistados eram diversos em relação à caracterização e às condições de vida.

## COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre 12 de julho e 15 de dezembro de 2021. Neste período, teve início a vacinação contra a COVID-19 no Brasil, ao mesmo tempo que novas variantes do SARS-CoV-2 foram identificadas. A vacinação infantil foi aprovada em 16 de dezembro de 2021 para crianças de cinco a 11 anos<sup>(13)</sup>.

Todos os contatos com as famílias foram realizados pela primeira autora, que é enfermeira, mestre em enfermagem, com experiência no atendimento a crianças e condução de entrevistas. O primeiro contato foi via telefone, para se apresentar, explicar o objetivo da pesquisa e realizar o convite para participação. Mediante o aceite, eram agendados um dia e horário em que a criança e responsável pudessem ser entrevistados.

Durante o convite para participar da pesquisa e antes do início da entrevista, os cuidadores primários e crianças foram consultados sobre a possibilidade de as crianças ficarem sozinhas durante a entrevista, não havendo objeção de nenhum deles. As entrevistas aconteceram por meio de videochamadas, com as crianças e a primeira autora em seus respectivos domicílios, respeitando o distanciamento social exigido durante a pandemia. Foi utilizado para a entrevista um roteiro semiestruturado, com objetivo de coletar informações das crianças sobre a experiência do adoecimento em decorrência da COVID-19. Após cada entrevista, a pesquisadora realizava notas de campo com as suas impressões relacionadas a cada criança.

O roteiro de entrevista construído inicialmente foi testado com duas crianças escolhidas intencionalmente. As entrevistas foram analisadas pela primeira e última autora, que verificaram a necessidade de ajustes na elaboração das perguntas para responder ao objetivo do estudo e para assegurar o entendimento das crianças. Ambas entrevistas foram descartadas. Uma nova versão do roteiro de entrevista foi elaborada com perguntas principais e perguntas de apoio. Esta versão foi testada com outras quatro crianças, com idades entre sete anos e seis meses e nove anos e quatro meses, que se diversificavam em aspectos como sexo biológico, raça/cor, presença de sintomas durante a infecção e instituição de ensino. Novamente as informações das entrevistas foram analisadas pela primeira e última autora do estudo, verificando a sua adequação. As quatro crianças foram incluídas na amostra final. A entrevista consistiu nas seguintes perguntas principais: Você sabe o que é o coronavírus? O que

você fez quando ficou doente? Desde o início da pandemia você já quis fazer alguma coisa que você não pôde fazer? Para nos proteger e proteger as outras pessoas temos que ficar em casa. Como você se sente por ter de fazer isto? Como você se sentiu quando ficou doente pelo coronavírus? Alguma vez, desde que ficou doente, você sentiu medo?

A entrevista foi iniciada com uma conversa entre a primeira autora e a criança sobre o que ela gostava de fazer, o que tinha feito nos últimos dias para se divertir. Após este diálogo inicial, as crianças se mostraram confortáveis e à vontade, sendo introduzidas as perguntas disparadoras da entrevista. Para facilitar o entendimento, a pesquisadora buscou utilizar termos semelhantes aos que as próprias crianças utilizavam.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram audiogravadas e duraram em média 29 minutos. Foram transcritas na íntegra, pela autora principal, com suporte do *Software Inqscribe*<sup>®</sup> e submetidas a análise temática do tipo dedutiva<sup>(14)</sup>, guiada pelo conceito de QV<sup>(9)</sup>. O software MAXQDA<sup>®</sup>, versão 20.2.1, foi utilizado para a organização, codificação dos dados, verificação de validade intercodificadores e apoio à exploração dos dados.

A análise dos dados ocorreu seguindo as recomendações de Clark e Braun<sup>(14)</sup> para a análise temática. Foram definidos cinco códigos a partir do conceito de QV<sup>(9)</sup>. As entrevistas foram inicialmente codificadas de forma simultânea e independente pela primeira e segunda autoras deste estudo. Após este processo, foi verificado um índice de concordância de *Kappa* 0,32, indicando a necessidade de um alinhamento conceitual, o que foi realizado em conjunto com a última autora. Nova rodada de codificação foi realizada pela primeira e segunda autora, alcançando um índice *Kappa* de 0,76 para a concordância intercodificadores. Após a codificação de cinco entrevistas, o processo foi conduzido somente pela autora principal e, sempre que identificada alguma dúvida na aplicação do código, esta dúvida era discutida com a última autora para consenso. Os códigos utilizados para este estudo e os seus respectivos temas estão descritos no Quadro 1.

## ASPECTOS ETICOS

No desenvolvimento deste trabalho foram atendidos os aspectos das Resoluções 466/12 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, em 13 de novembro de 2020, sob parecer nº 4.397.579, e da SMSA-BH, em 15 de novembro de 2020, sob parecer nº 4.466.214.

Para assegurar as dimensões de uma pesquisa com crianças foram utilizados dois documentos: i) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento em que o cuidador primário atestou seu consentimento para que sua criança participasse; ii) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), um instrumento utilizado para a efetivação da autonomia infantil diante da escolha em participar ou não de uma pesquisa, produzido em linguagem acessível, para que as crianças em estágio de pré-letramento e não alfabetizadas pudessem compreender a pesquisa. O aceite foi feito mediante audiogravação. Uma cópia do TCLE e TALE foi enviada

**Quadro 1** – Construção da categoria e subcategorias – Belo Horizonte, MG, Brasil, 2023.

| Construção dos temas  |  |
|---|--|
| Tema principal: A experiência das crianças sobre o seu adoecimento por COVID-19   |  |
| Código iniciais   | Temas  |
| Informações sobre a COVID-19 e pandemia.<br>Bem-estar físico;<br>Bem-estar psicológico e espiritual.<br>Bem-estar social;<br>Repercussões no Meio ambiente. | Conhecimento das crianças sobre a COVID-19<br>Sintomas Físicos e Alterações Emocionais vivenciadas pelas crianças<br><br>Mudanças rotina |

para a família por meio eletrônico ou correio, de acordo com a preferência.

Para assegurar o anonimato dos participantes, as entrevistas foram anonimizadas substituindo o nome da criança por “C”, seguido do número de ordem da realização da entrevista (ex.: C11). Nomes que identificavam instituições, locais e outras pessoas foram excluídos para garantir a confidencialidade.

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES

Participaram 24 crianças, sendo a maioria do sexo feminino (n = 15). Metade das crianças foi declarada pelos pais como brancas, sete como pardas, três como pretas, uma como indígena e uma como amarela. Das crianças entrevistadas, sete tinham algum tipo de comorbidade, sendo que as mais comuns foram asma e bronquite. Nove crianças vivenciaram a morte de familiares próximos. A presença de sintomas físicos devido a infecção por COVID-19 foi referida por 21 das 24 crianças participantes.

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 sete anos, dois meses e 20 dias, e a idade máxima nove anos, três meses e 15 dias. Em relação à idade das crianças no momento da entrevista, a idade mínima foi de sete anos e oito meses, e a idade máxima nove anos, dez meses e seis dias.

### A EXPERIÊNCIA DAS CRIANÇAS SOBRE O SEU ADOECIMENTO POR COVID-19

Os relatos das crianças permitiram identificar aspectos de suas experiências sobre o adoecimento por COVID-19. Os fragmentos de seus discursos foram agrupados dando origem a três temas: *Conhecimento das crianças sobre a COVID-19; Mudanças na rotina das crianças; Sintomas Físicos e Alterações Emocionais vivenciadas pelas crianças.*

#### CONHECIMENTO DAS CRIANÇAS SOBRE A COVID-19

Quando perguntadas se sabiam o que era o coronavírus, apesar de não diferenciarem o conceito entre a pandemia, a COVID-19 ou o vírus, as respostas da maioria das crianças sugerem que elas possuíam informações gerais sobre a temática. Elas descreveram o coronavírus como um *bichinho* (C13 e C16), uma *bola invisível* (C18). Reconheceram a transmissibilidade da doença ao afirmarem que é um *vírus muito contagioso*, que se *espalha* (C18) e que *dominou o mundo* (C9). Reforçaram

ainda que o coronavírus é capaz de causar danos às pessoas, uma vez que *faz as pessoas ficarem doentes* (C13 e C16), *passarem mal* (C18) e que *pode matar* (C5). A doença causada pelo vírus foi descrita pelas crianças como *bem forte* (C16), que deixa as pessoas *internadas no hospital e também em estado grave* (C18), que *está matando as pessoas no mundo inteiro* (C23). A pandemia é descrita como *um vírus que se espalhou pelo mundo todo* (C8) e que *não tem cura* (C8), explicitando a magnitude deste evento para o cenário mundial.

Quando questionadas sobre como aprenderam sobre a doença, as crianças afirmaram que aprenderam por meio da família, dos jornais e das escolas: *minha vó fica falando* (C5), *eu aprendi isso tudo com minha mãe e com meu pai* (C6), *ouço as pessoas falando* (C11), *ouvi no jornal* (C3), *a minha professora passou uma atividade sobre isso* (C10).

#### MUDANÇAS NA ROTINA DAS CRIANÇAS

No período específico de adoecimento algumas crianças relataram que ficaram isoladas no quarto, ou em contato apenas com as pessoas de sua própria casa (C1, C8, C9, C12, C17). Mesmo sem apresentar sintomas, C12 conta que durante o período de infecção pelo vírus também se manteve *isolada das pessoas, só com a família dentro de casa, sem sair* (C12).

Quando as crianças residiam, ou tinham a possibilidade de estar em sítios e locais com espaços de lazer, mesmo durante o período da infecção pelo coronavírus, essas crianças não permaneceram isoladas e restritas ao ambiente do domicílio, e mantiveram a prática de atividades físicas, como é o caso de C11 e C24.

As mudanças identificadas nos hábitos de vida das crianças, determinadas pela infecção pelo vírus, aconteceram por interrupção de atividades cotidianas realizadas com a família, impossibilidade de encontrar pessoas e de conversar como antes, como exemplificado pela fala de C23 que *não podia encontrar pessoas e ficar conversando mais tempo com a família como antes*. Além de mudanças no contato com as pessoas, as crianças referem modificações nos estudos ou em algum hábito diário, como *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).

Além do isolamento, medidas sanitárias como lavar as mãos (C6, C8 e C23), passar álcool em gel (C5 e C19) e usar máscara (C3, C12 e C19) foram intensificadas. Dentre estas medidas de prevenção, o uso da máscara foi abordado pela maioria das crianças como um fator de incômodo. Elas compreendem a importância do uso do objeto, porém enxergam essa necessidade como uma obrigação à qual foram condicionadas, como se observa em expressões como *agora a gente tem que ficar de*

máscara em casa e em todos os lugares (C23). Além disso, elas demonstraram o desconforto com o uso da máscara: *Eu sufoco naquela máscara. É horrível!* (C17).

C12 precisou ficar no seu quarto durante o período de infecção e conta que não fez *absolutamente nada!* Ficou *só mexendo no telefone*. O uso de dispositivos eletrônicos surge nos relatos das crianças com frequência, tendo sido incorporado para: *estudar online* (C2), *conversar com minha amiga* (C6), *ver vídeo no youtube, pra ver tiktok, pra gravar vídeo no instagram* (C9), e às vezes para jogar algum jogo ou ver desenho (C14).

Para algumas crianças, como C1 e C8, o adoecimento pela COVID-19 não trouxe mudanças para a sua rotina, uma vez que já estavam realizando o isolamento social. Eles afirmaram que fizeram *tudo igual* (C1), *fiquei fazendo tudo que eu faço, assistindo computador, vendo televisão* (C8).

Verifica-se nas entrevistas que as crianças que conseguiram compreender e dimensionar a letalidade do coronavírus como causador de uma doença que *pode matar* (C23) afirmaram como mudança na rotina a necessidade de distanciamento das pessoas para não contaminá-las (C18, C21, C6 e C8). Para as crianças que compreenderam a alta transmissibilidade do vírus, afirmando que ele é *contagioso* (C24) e que *está em todos os lugares* (C14), as principais mudanças referidas foram a intensificação das medidas sanitárias, como *lavar as mãos* (C5, C10), usar álcool gel (C5 e C10), *máscara* (C10 e C24) e *ficar em casa* (C10, C14 e C17).

Em contrapartida, uma parcela das crianças, mesmo entendendo a gravidade da doença, relatou que *nada mudou* (C1, C2, C3, C4 e C13) em suas rotinas no período de infecção pelo novo coronavírus. Entretanto, ao examinar o contexto de vida destas crianças, identifica-se que seus pais eram casados, possuíam ensino superior completo e a renda familiar era igual ou superior a 9,9 salários mínimos, residiam em casa própria e com possibilidade de lazer ao ar livre. Estas condições de vida caracterizam um contexto social distinto das demais crianças e a expressão de uma experiência de adoecimento também distinta. Adicionalmente, duas crianças deste grupo (C1 e C2) estiveram assintomáticas, o que pode ter contribuído para a percepção de nenhuma alteração da rotina.

Além de C1 e C2, C11 também foi uma criança assintomática. Entretanto, ela referiu como mudança em sua rotina a necessidade de ficar isolada em seu quarto e o fato de não poder sair de casa. Diferentemente de C1 e C2, esta criança vivenciou um óbito familiar devido à COVID-19.

## SINTOMAS FÍSICOS E ALTERAÇÕES EMOCIONAIS VIVENCIADAS PELAS CRIANÇAS

Neste artigo, os sintomas físicos dizem respeito às alterações fisiológicas experimentadas pelas crianças durante o período do adoecimento por COVID-19. Já as alterações emocionais abordam os sentimentos que permearam esta experiência de adoecer.

### SINTOMAS FÍSICOS

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),

*não conseguia ficar olhando, não conseguia escutar nada muito alto porque a dor de cabeça já começava* (C17), e *muito enjoo* (C17). Alteração do paladar também foi referida, sendo descrita da seguinte forma: *parece que a comida estava sem sal* (C9), como maneira de expressar a diferença no sabor do alimento.

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 e conta que sua *pele ficou muito frágil* (C20), necessitando de acompanhamento médico.

### ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

As alterações emocionais que estavam presentes no momento de adoecimento das crianças foram caracterizadas por sentimentos de tristeza, raiva, medo, saudade e solidão.

A tristeza foi comum nas falas das crianças durante toda a pandemia. No discurso de C1, a criança diz que se sentiu *triste* e justifica pela impossibilidade de frequentar os estabelecimentos e, principalmente, o impedimento de visitar sua avó. Sentimentos de tristeza também foram mencionados por C2 e C4 com o fechamento dos estabelecimentos, especialmente da escola. Diferentes fontes de tristeza foram relatadas, como ter que mudar sua rotina e ficar em casa: *Eu fiquei muito triste porque não podia sair e eu sou uma pessoa que gosta muito de sair* (C10); *triste por causa da saudade da família* (C13), por ficar sozinha: *Me senti triste quando eu ficava lá sozinha, querendo brincar com minha amiga*. (C6). C5 reforça o sentimento de solidão existente durante o período de adoecimento: *A gente fica muito preso, sozinho, não fala com ninguém. [...] Ah, porque não pode sair, não pode conversar com as pessoas, não pode abraçar, ficar perto*.

A raiva também foi um sentimento evidente nos discursos das crianças. C23 diz que ficou *com raiva, porque eu queria sair e me divertir*. C4 mencionou ainda que sentiu *raiva porque não dava pra fazer nada em casa*. C5 também mencionou sentimentos como raiva e tristeza referentes à necessidade de distanciamento, visto que ela não poderia frequentar a escola: *Fiquei bem triste e com muita raiva! Quando eu queria sair para a escola e não podia* (C5).

O medo, entretanto, esteve em evidência no período específico da infecção pelo vírus, principalmente o medo de morrer: *Eu fiquei com muito medo (...) Porque eu tenho muito medo de morrer* (C9); *fiquei com medo e preocupada de pegar o vírus e morrer* (C24). As crianças também relataram o medo de se infectar novamente, como exemplifica C17: *Ah, de coisas que eu já tenho medo normalmente é de tipo pegar o COVID-19 de novo e ficar com aquela dor de cabeça horrível!* Além do medo de nova infecção, as crianças têm medo de desenvolverem a forma grave da doença: *eu tô mais triste assim, porque eu tenho medo de pegar de novo... ai der alguma coisa mais rara assim mais grave* (C12), e com isso, precisarem de *ficar internada, intubada* (C10). C11 também teve medo de ser hospitalizado, especialmente considerando que havia perdido a avó paterna e o tio devido à COVID-19: *A maioria dos meus parentes estava no hospital, aí eu fiquei com muito medo, porque minha vó e meu tio pegou e morreu* (C11). C5, que também teve a experiência de perder familiares, relatou o medo de se infectar novamente e de outros familiares morrerem, *eu sinto medo de pegar de novo e de alguém morrer* (C5).

As crianças também referiram o medo de *passar para outras pessoas* (C1), especialmente familiares mais frágeis, como no caso de C3, que relata: *minha vó teve COVID-19 também, aí eu fiquei com medo dela morrer*. C11 conta que teve *medo de minha mãe pegar*. O medo do estigma pela doença também surgiu entre as crianças durante o período de infecção. C8 informou que não contou para a sua amiga que estava com COVID-19 pois tinha *medo de contar pra ela e ela nunca mais querer brincar* (C8).

Das nove crianças que vivenciaram o óbito familiar devido ao coronavírus, sete referiram como mudança em sua rotina a necessidade de se afastar da família e dos amigos (C5, C9, C11, C12, C17, C18, C19). Além disso, quando questionadas sobre como se sentiram durante a infecção, oito informaram que o principal sentimento foi o *medo* (C5, C9, C11, C12, C17, C18, C19 e C20) de se infectar novamente e morrer e de perder algum outro familiar pela doença. A palavra *medo* (C9 e C23) foi utilizada para expressar a compreensão da magnitude do vírus e do seu potencial de letalidade. Já os sentimentos de *tristeza* (C1, C2, C4 e C10) e *raiva* (C4, C5 e C23) foram utilizados quando falavam da necessidade de ficar em casa e de se isolar das pessoas próximas.

Uma síntese esquemática dos temas identificados está apresentada na Figura 1.

## DISCUSSÃO

Esta investigação confirmou o pressuposto de que a experiência de adoecimento por COVID-19 foi influenciada pela compreensão da criança sobre este processo e pelo significado atribuído a ele. Verifica-se que a situação concreta de adoecimento modificou a rotina da maioria das crianças e exigiu a intensificação de medidas de prevenção e contenção da transmissão do novo coronavírus. Juntamente a estas mudanças, a criança apresentou sintomas físicos e alterações emocionais, que se somam ao processo de adoecimento e ou ao contexto no qual

ela se insere. Estas dimensões aqui discutidas e apresentadas nos resultados coexistem e interagem, em um processo complexo e dinâmico que é o processo de adoecer, sobretudo no contexto da COVID-19, marcado pelo distanciamento social e pela necessidade de se criar um novo modo de viver e de se relacionar no mundo e que trazem repercussões para a QV.

Por meio dos discursos das crianças, foi possível identificar como elas significaram as informações que recebem sobre a pandemia, a partir da sua compreensão sobre o mundo e o seu repertório. Trazem elementos do seu imaginário para dar materialidade ao seu entendimento, sem minimizar a gravidade e magnitude dos fatos reais. As crianças recorrem, a partir de imagens comuns, às suas vivências, para traduzir como o coronavírus lhes parece. A descrição que elas possuem do próprio adoecimento causado pelo vírus é feita utilizando informações concretas e aparentemente vivenciadas por elas. Dessa forma, fica evidente que, por mais que as crianças não saibam expressar o conhecimento sobre o vírus e suas causas da maneira mais científica, elas possuem informações e compreensão de alguns elementos-chave em torno da pandemia por COVID-19.

O conhecimento que as crianças possuem é adquirido por meio de familiares próximos, ou mesmo de ambientes externos, como a escola e mídias sociais. 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<sup>(15)</sup>, reforçando os resultados encontrados nesta investigação.

Especialmente no contexto da pandemia, mesmo com a grande quantidade de informações, parcela menor foi de conteúdo produzido de maneira acessível para as crianças. 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, evidenciou que as crianças do referido estudo estavam cientes de que o coronavírus

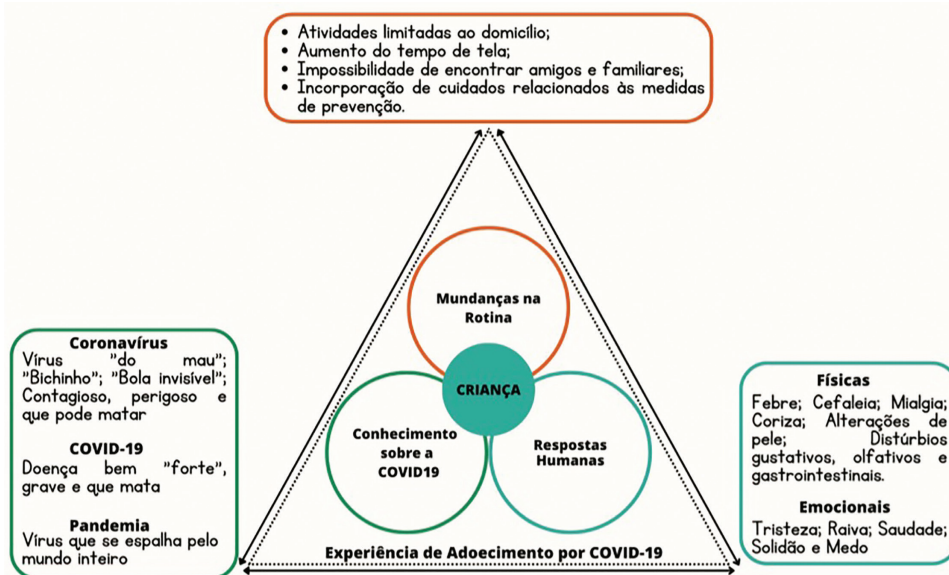


Figura 1 – A perspectiva das crianças sobre a experiência da criança sobre o seu adoecimento por COVID-19. Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

“se espalha muito rapidamente”, que “muitas pessoas no mundo inteiro estão infectadas ou morreram”, que “começou na China”, “é perigoso” e “pode matar você”<sup>(16)</sup>. A capacidade das crianças de compreenderem elementos importantes sobre o surto de uma doença contagiosa já foi evidenciada anteriormente em relação à *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) na epidemia de 2003<sup>(17)</sup>. Neste estudo, por exemplo, não se verificam informações equivocadas nos discursos das crianças, mesmo se considerarmos que a maioria das informações veiculadas sobre o coronavírus foram destinadas aos adultos.

O conhecimento que as crianças possuem sobre o coronavírus é importante visto que tem implicações para o desenvolvimento de comportamentos referentes à saúde<sup>(18)</sup>. Por meio deste estudo, fica evidente a maneira como as crianças compreendem que o vírus pode modificar a sua rotina. A compreensão de que o vírus é letal e de que causa prejuízos à saúde das pessoas, gera na criança a necessidade de adotar medidas de proteção para si e para aqueles que estão à sua volta. Durante o período do adoecimento, as crianças relataram a necessidade de ficarem isoladas em suas casas, mantendo contato apenas com os familiares residentes no mesmo domicílio. Em alguns casos, as crianças permaneceram isoladas em seus quartos, com acesso restrito às demais estruturas do domicílio. Diante disso, limitaram-se ainda mais as possibilidades de brincar ou sair ao ar livre, e o tempo gasto em dispositivos eletrônicos foi maior. O uso do dispositivo foi uma alternativa encontrada para aproximar a criança de seus parentes e amigos, para preencher o seu tempo diante do isolamento social, permitir a continuidade das aulas e, em alguma medida, obter informações.

Neste estudo, as condições de vida das crianças, especialmente de moradia com espaço para recreação, foram determinantes para a sua experiência de restrição social. Para estas crianças as mudanças foram menos significativas, por preservarem a possibilidade de manter suas atividades ao ar livre e possuírem espaço para brincar. Nestes contextos de vida, as crianças tiveram o seu direito de brincar (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), art. 16, inciso IV) preservado, em um período em que ele foi negligenciado para assegurar as medidas de redução das infecções. Crianças em contextos de vida de maior vulnerabilidade podem ter vivenciado o adoecimento de formas distintas das apresentadas neste estudo, assim como terem uma diferente percepção de sua QV e das repercussões de seu adoecimento.

Este estudo mostrou 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. O maior tempo de permanência no domicílio, que nem sempre oferece as melhores condições de bem-estar, pode favorecer tensões e conflitos dentro do lar e até mesmo episódios de violência contra a criança, que acarreta prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento<sup>(4,6)</sup>. Além disso, o aumento do uso de telas durante a pandemia também pode oferecer riscos imediatos e em longo prazo para o desenvolvimento infantil<sup>(4)</sup>. Apesar de a tecnologia ser uma importante aliada durante a pandemia para a manutenção dos laços sociais e afetivos das crianças,

a obtenção de informações por meio do uso de telas pode influenciar as respostas manifestadas por elas, visto que a veiculação de dados sobre os números de pessoas infectadas e que evoluíram a óbito devido à infecção, pode gerar alterações emocionais como medo, estresse e ansiedade<sup>(19)</sup>. Ademais, a exposição em ambientes virtuais, sem a devida supervisão, favorece a ação de criminosos sexuais e torna a criança vulnerável a este tipo de violência<sup>(4)</sup>.

Nesta investigação, apesar de nenhuma das crianças terem desenvolvido a forma grave da doença, para algumas delas as condições de saúde foram mais delicadas, e um risco que existe em relação à COVID-19 é a permanência dos sintomas mesmo após a infecção. Um relato de caso sobre cinco crianças suecas, com idade entre nove e 15 anos, indica que elas tiveram sintomas durante seis a oito meses após seus diagnósticos clínicos de COVID-19<sup>(20)</sup>. Destaca-se dentre as crianças participantes deste estudo, o caso de C20 que, após a melhora da infecção pelo vírus, permaneceu apresentando lesões de pele, necessitando de tratamento e assistência médica.

O cenário de infecção pelo vírus e as inúmeras mudanças na vida das crianças podem gerar nelas sentimentos como solidão<sup>(21)</sup>, ansiedade<sup>(21-23)</sup>, estresse<sup>(22)</sup>, sintomas depressivos<sup>(21-24)</sup>, raiva<sup>(24)</sup>, medo<sup>(21,24)</sup> e irritabilidade<sup>(25)</sup>. 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<sup>(25)</sup>.

Nesta investigação, o medo esteve relacionado ao fato de que pouco se sabia sobre a doença, medo de hospitalização, medo da morte, medo de transmitir a doença, especialmente para aquelas crianças que vivenciaram casos de óbitos de pessoas da família. Portanto, a abordagem dessa temática com as crianças deve ser feita de maneira cuidadosa, uma vez que a qualidade da comunicação com as crianças sobre doenças e mortes que ameaçam a vida tem um efeito de longo prazo em seu bem-estar psicológico<sup>(26)</sup>.

Ao sabermos as perspectivas das crianças sobre as suas vivências e, em especial, as alterações vivenciadas, sejam físicas ou emocionais, é possível focalizar a atuação dos profissionais de enfermagem de forma a torná-los mais eficazes, tanto no controle sintomático como na gestão emocional da criança com COVID-19. Assim sendo, o estudo das experiências vivenciadas pelas crianças no contexto de adoecimento por COVID-19 e, em especial, conhecer sintomas e sentimentos vivenciados por elas, oferece recursos para a melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem, que tem como foco da sua prática o cuidado às respostas humanas apresentadas pelas pessoas.

## CONCLUSÃO

Os achados do estudo evidenciam que as crianças tiveram uma compreensão própria sobre o que é o coronavírus, suas formas de contágio, adoecimento e seu potencial de letalidade. Os seus sentimentos e a forma como lidaram com a pandemia pareceu ter influência deste conhecimento.

A situação concreta de adoecimento trouxe mudanças na rotina das crianças. As atividades do cotidiano foram limitadas

ao domicílio, houve aumento do tempo de tela, intensificação das medidas de higiene e controle de transmissão da doença e as crianças foram impedidas de ver amigos e familiares. Sintomas físicos como febre, cefaleia e coriza foram apresentados pelas crianças, bem como alterações emocionais, incluindo tristeza, raiva, solidão, saudade e medo.

Este estudo teve como limitação ter sido realizado após cerca de um ano e meio do início da pandemia, não sendo possível conhecer as repercussões imediatas de crianças que se infectaram no início da emergência sanitária. Outra limitação se deu pela

dificuldade de contactar todas as crianças, o que pode sugerir que a investigação não atingiu crianças em situação de vulnerabilidade.

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. Além disso, é importante realizar outros estudos que investiguem as repercussões na vida dessas crianças em longo prazo, uma vez que as alterações percebidas podem ter potencial para durar até a vida adulta.

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a experiência de crianças em seu adoecimento por COVID-19. **Método:** Estudo qualitativo descritivo e exploratório, guiado pelo conceito de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Participaram 24 crianças, com idades entre sete e nove anos, 11 meses e 29 dias, diagnosticadas com COVID-19. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática dedutiva. **Resultados:** As crianças compreendiam o que é a COVID-19, a sua alta letalidade e transmissibilidade e ainda suas formas de contágio e prevenção. A COVID-19 foi identificada como algo negativo. A experiência de adoecimento de crianças por COVID-19 foi permeada por mudanças em suas rotinas, sobretudo por ter as atividades limitadas ao domicílio, alterações emocionais e sintomas físicos devido à infecção pelo vírus. **Conclusão:** As crianças compreenderam a gravidade da pandemia e identificaram as mudanças ocorridas. Também manifestaram entendimento sobre a doença e o seu controle. Conhecer a experiência de adoecimento de crianças pode orientar ações de cuidado direcionadas a elas, reconhecendo que entendimento adequado da criança sobre o que ela vivencia pode contribuir para o enfrentamento do adoecimento e para sua participação nas ações de controle.

## DESCRITORES

Criança; COVID-19; Coronavírus; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la experiencia de los niños cuando enferman de COVID-19. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio, guiado por el concepto de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Participaron 24 niños, con edades entre siete y nueve años, 11 meses y 29 días, diagnosticados con COVID-19. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y sometidos a análisis temático deductivo. **Resultados:** Los niños entendían lo que es la COVID-19, su alta letalidad y transmisibilidad y sus formas de contagio y prevención. La COVID-19 ha sido identificada como algo negativo. La experiencia de los niños enfermando por COVID-19 estuvo permeada por cambios en sus rutinas, especialmente por tener actividades limitadas al hogar, cambios emocionales y síntomas físicos por la infección con el virus. **Conclusión:** Los niños comprendieron la gravedad de la pandemia e identificaron los cambios que se habían producido. También expresaron comprensión sobre la enfermedad y su control. Conocer la experiencia de enfermedad de los niños puede orientar las acciones de cuidado dirigidas a ellos, reconociendo que la comprensión adecuada de lo que viven los niños puede contribuir al enfrentamiento de la enfermedad y su participación en las acciones de control.

## DESCRIPTORES

Niño; COVID-19; Coronavirus; Enfermería; Investigación Cualitativa.

## REFERÊNCIAS

1. Dey SK, Rahman MM, Siddiqi UR, Howlader A. Analisando o surto epidemiológico de COVID-19: uma abordagem de análise de dados exploratórios visuais. *J Med Virol.* 2020;92(6):632-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25743>. PubMed PMID: 32124990.
2. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(2):e2020044. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. PubMed PMID: 32348405.
3. Butantan. COVID-19 já matou mais de 1.400 crianças de zero a 11 anos no Brasil e deixou outras milhares com sequelas [Internet]. São Paulo: Butantan; 2022 [citado em 2022 Mar 27]. 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>
4. Brasil, Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Crianças na pandemia do COVID-19: saúde mental e atenção psicossocial na pandemia do COVID-19 [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 2023 Mar 15]. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41713/crianc%cc%a7as\\_pandemia.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41713/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf)
5. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19: Brasil registra uma morte por dia entre crianças de 6 meses a 5 anos em 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [citado em 2023 Mar 27]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-brasil-registra-uma-morte-por-dia-entre-criancas-de-6-meses-5-anos-em-2022>
6. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00074420. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074420>. PubMed PMID: 32374808.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg' [Internet]. Nova York: UNICEF; 2021 [citado em 2022 Mar 12]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-20. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). PubMed PMID: 32112714.



9. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993;2(2):153-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00435734>. PubMed PMID: 8518769.
10. Silva JB. Qualidade de vida de crianças de 7 a 9 anos infectadas pelo Sars-Cov-2 em distanciamento social durante a pandemia por COVID-19 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022.
11. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34(1):eAPE02631. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
12. Belo Horizonte, Prefeitura Municipal. Índice de vulnerabilidade da saúde [Internet]. Belo Horizonte: PBH; 2018 [citado em 2022 Fev 12]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>
13. Sociedade Brasileira de Imunizações. COVID-19: breve linha do tempo [Internet]. São Paulo: SBIM; 2022 [citado em 2022 Fev 27]. Disponível em: <https://sbim.org.br/covid-19/80-a-covid-19/1442-breve-linha-do-tempo>
14. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol.* 2020;18(3):328-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>.
15. Folino CH, Alvaro MV, Massarani L, Chagas C. A percepção de crianças cariocas sobre a pandemia de COVID-19, SARS-CoV-2 e os vírus em geral. *Cad Saude Publica.* 2021;37(4):e00304320. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00304320>. PubMed PMID: 33950089.
16. Bray L, Carter B, Blake L, Saron H, Kirton JA, Robichaud F, 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.* 2021;16(2):e0246405. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246405>. PubMed PMID: 33566813.
17. Koller D, Nicholas D, Gearing R, Kalfa O. Paediatric pandemic planning: children's perspectives and recommendations. *Health Soc Care Community.* 2010;18(4):369-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00907.x>. PubMed PMID: 20180866.
18. Leotti L, Pochinki N, Reis D, Bonawitz E, LoBue V. Learning about germs in a global pandemic: children's knowledge and avoidance of contagious illness before and after COVID-19. *Cogn Dev.* 2021;59(1):e101090. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cogdev.2021.101090>.
19. Miranda DM, Athanasio BS, Oliveira ACS, Silva ACS. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct.* 2020;51(1):101845. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>. PubMed PMID: 32929399.
20. Ludvigsson JF. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. *Acta Paediatr.* 2021;110(3):914-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.15673>. PubMed PMID: 33205450.
21. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, 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.* 2020;59(11):1218-39.e3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>. PubMed PMID: 32504808.
22. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, et al. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic-results of the copsy study. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(48):828-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828>. PubMed PMID: 33568260.
23. Luijten MAJ, van Muilekom MM, Teela L, Polderman TJC, Terwee CB, Zijlmans J, et al. The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Qual Life Res.* 2021;30(10):2795-804. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>. PubMed PMID: 33991278.
24. Tiwari GK, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Understanding the perceived health outcomes of children during COVID-19 pandemic. *Acta Paul Enferm.* 2020;34(1):eAPE02631.
25. Remmerswaal D, Muris P. Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: the role of threat information as provided by parents. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):444-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.008>. PubMed PMID: 21159486.
26. Rapa E, Dalton L, Stein A. Talking to children about illness and death of a loved one during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(8):560-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30174-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30174-7). PubMed PMID: 32505223.

## EDITOR ASSOCIADO

Ivone Evangelista Cabral

---

### Apoio financeiro

O estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

---



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.