UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CORINA MILAGRO MOSQUEIRA TAIPE

Ambiente Familiar, desenvolvimento e saúde mental de crianças entre 4 e 7 anos no início do distanciamento social pela Pandemia da COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CORINA MILAGRO MOSQUEIRA TAIPE

Ambiente Familiar, desenvolvimento e saúde mental de crianças entre 4 e 7 anos no início do distanciamento social pela Pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mosqueira Taipe, Corina Milagro
Ambiente Familiar, desenvolvimento e saúde mental de crianças entre 4 e 7 anos no início do distanciamento social pela Pandemia da COVID-19. Ribeirão Preto, 2022.
131 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos

1. COVID-19. 2. Saúde Mental. 3.Crianças. 4.Família.

MOSQUEIRA TAIPE, Corina Milagro

Título: Ambiente Familiar, desenvolvimento e saúde mental de crianças entre 4 e 7 anos no início do distanciamento social pela Pandemia da COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Para toda minha família,

Aqueles que me acompanham em corpo e alma e para aqueles que estão comigo espiritualmente.

Para minha mãe Yeny e meu pai Yudy por terem sempre acreditado que o estudo é o melhor caminho para conseguir nossos sonhos, a minha irmã Diana e meu irmão Freddy por serem meu apoio em todo momento.

Para meu noivo Raul,

Que compartilha comigo este caminho de estudos e descobertas com muito carinho e amor.

Para a Patricia,

Por ser uma mulher na ciência que inspira e ensina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me levado por caminhos e rumos para me encontrar e achar os meus sonhos, por ter me colocado os seres mais cheios de luz para me acolher em um país diferente.

À Prof ª Dra. Patricia por ter me recebido e acolhido de uma forma sensível e humana, pelas orientações cheios de entusiasmo e pela parceria que fez que este tempo de mestrado numa pandemia seja mais leve.

À banca examinadora pela boa disposição a participarem e contribuírem compartilhando seus conhecimentos e sugestões do tema.

À minha família, pela força e motivação que me dão dia a dia, por sempre acreditarem em mim e nas minhas capacidades, por ser o meu motor e motivo da minha vida.

Às amizades do ProDeFa, pela recepção com muito carinho e pelas trocas de conhecimentos.

A Eduarda, por ser minha amiga e parceira neste mundo científico, e que se tornou uma confidente e conselheira da vida.

Às minhas amizades peruanas, brasileiras e estrangeiras em Ribeirão Preto, por compartilharem seu tempo, carinho e experiencias comigo.

As minhas amigas do Futsal, por cada terça e quinta cheia de esporte e risadas.

A Eliana e família, a Rosse, por serem pessoas especiais que esquentaram meus dias mais frios com seu amor.

À todas as famílias que participaram do presente estudo, por compartilharem suas experiencias em um momento tão diferente como a pandemia e acreditarem que com a ciência é possível mudar o futuro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

“Fechei os olhos e pedi um favor ao vento: leve tudo que for desnecessário. Ando cansada de bagagens pesadas... daqui para frente levo apenas o que couber no bolso e no coração”

Cora Coralina

RESUMO

TAIPE, C. M. M. Ambiente Familiar, desenvolvimento e saúde mental de crianças entre 4 e 7 anos no início do distanciamento social pela Pandemia da COVID-19, 2022, 131 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2022.

Com a pandemia da COVID-19, ocorreram diversas mudanças no cotidiano das crianças e dos pais, o que justifica a procura de informação sobre como foram afetadas a oferta de recursos no ambiente familiar e escolar, o desenvolvimento e a saúde mental infantil e parental. O objetivo do estudo é conhecer as alterações ocorridas no ambiente familiar e nas atividades escolares, causados pelo distanciamento social (DS) como resultado da pandemia da COVID-19 e verificar possíveis associações com desenvolvimento e saúde mental infantil e a saúde mental dos pais, bem como investigar correlações entre variáveis da criança (desenvolvimento e saúde mental) e dos pais (saúde mental - estresse, ansiedade e depressão). Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de 374 pais brasileiros de crianças entre quatro e sete anos, que participaram e responderam a um questionário online sobre informações sociodemográficas, Questionário de marco de desenvolvimento Infantil (4 a 7 anos), Recursos do Ambiente Familiar (RAF), Saúde Mental Infantil (SDQ) e Saúde Mental Parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R). Para a análise estatística dos dados, utilizou-se estatística descritiva, teste t de Student, teste de Qui-quadrado, teste do Qui-quadrado de MC Nemar, teste exato de Fisher e teste de correlação de Pearson. Os resultados mostraram que durante os primeiros meses do DS os recursos oferecidos pelas famílias diminuíram em relação ao tempo anterior ao DS ($p \leq ,002$), nesse período foi observada maior presença de crianças com sintomas de hiperatividade (32,1%), comportamentos pró-sociais e pais com sinais e sintomas de ansiedade (leve = 36,1%, moderado = 22,2%, grave = 17,4%) e correlação positiva entre a realização de atividades com os pais em casa e a ansiedade dos pais. Correlações negativas entre saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2) com saúde mental infantil (SDQ). Poucas atividades escolares também foram encontradas para as crianças que pertenciam à pré-escola em relação aos escolares ($p=0,000$), e as escolas particulares ofereciam maior diversidade de atividades em relação às escolas públicas ($p=0,007$). A oferta de recursos familiares e escolares favorece o desenvolvimento infantil, mas é possível que eventos adversos (pandemia), fatores psicológicos e emocionais interfiram nesse processo.

Palavras-chave: COVID-19, saúde mental, crianças, família.

ABSTRACT

TAIPE, C. M. M. Family environment, development and mental health of children between 4 and 7 years old at the beginning of social distancing by the COVID-19 Pandemic, 2022, 131 p. Dissertation (Master of Science) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2022.

With the COVID-19 pandemic, there have been several changes in the daily lives of children and parents, which justifies the search for information on how the supply of resources in the family and school environment, the development and mental health of children and parents was affected. The objective of the study is to know the changes that have occurred in the family environment and school activities, caused by social distancing (SD) as a result of the COVID-19 pandemic and to verify possible associations with child development and child mental health and mental health of parents, as well as how to investigate correlations between child variables (development and mental health) and parents (mental health - stress, anxiety, and depression). This is a cross-sectional study, with a sample of 374 Brazilian parents of children between four and seven years of age, who participated and answered an online questionnaire on sociodemographic information, Child Development Milestones Questionnaire (4 to 7 years old).), Family Environment Resources (RAF), Child Mental Health (SDQ), and Parental Mental Health (GAD-7, PHQ-2, IES-R). For the statistical analysis of the data, descriptive statistics, Student's t-test, Chi-square test, MC Nemar's Chi-square test, Fisher's exact test and Pearson's correlation test were used. The results showed that during the first months of the DS the resources offered by the families decreased in relation to the time before the DS ($p \leq .002$), in that period a greater presence of children with symptoms of hyperactivity was observed (32.1%), prosocial behaviors and parents with signs and symptoms of anxiety (mild = 36.1%, moderate = 22.2%, severe = 17.4%) and positive correlation between carrying out activities with parents at home and parental anxiety. Negative correlations between parental mental health (GAD-7, PHQ-2) with children's mental health (SDQ). Few school activities were also found for children who belonged to preschool compared to schoolchildren ($p=0.000$), and private schools offered a greater diversity of activities compared to public schools ($p=0.007$). The supply of family and school resources promotes child development, but it is possible that adverse events (pandemic), psychological and emotional factors interfere in this process.

Keywords: COVID-19, mental health, children, family.

RESUMEN

TAIPE, C. M. M. Ambiente familiar, desarrollo y salud mental de los niños de 4 a 7 años al inicio del distanciamiento social por la Pandemia del COVID-19, 2022, 131 p. Disertación (Maestría en Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, 2022.

Con la pandemia del COVID-19 se han producido varios cambios en el día a día de los niños y padres, lo que justifica la búsqueda de información sobre cómo fue la provisión de recursos en el ámbito familiar y escolar, el desarrollo y la salud mental de niños y padres. afectado. El objetivo del estudio es conocer los cambios que se han producido en el entorno familiar y en las actividades escolares, provocados por el distanciamiento social (DS) como consecuencia de la pandemia del COVID-19 y verificar posibles asociaciones con el desarrollo infantil y la salud mental y la salud mental de los padres, así como también cómo investigar las correlaciones entre las variables del niño (desarrollo y salud mental) y los padres (salud mental - estrés, ansiedad y depresión). Este es un estudio transversal, con una muestra de 374 padres de niños de entre cuatro a siete años de edad, brasileños, que participaron y respondieron a un cuestionario on-line sobre informaciones sociodemográficas, Cuestionario de hitos de desarrollo Infantil (4 a 7 anos), Recursos del ambiente familiar (RAF), Salud mental infantil (SDQ) y Salud mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R). Para el análisis estadística de los datos fueron utilizados, estadística descriptiva, Test t de Student, Test de Chi Cuadrado, Chi Cuadrado de MC Nemar, Test exacto de Fisher y el Test de correlación de Pearson. Los resultados demostraron que durante los primeros meses del DS los recursos ofrecidos por las familias disminuyeron en relación con el tiempo antes del DS ($p \leq .002$), en ese periodo se observó mayor presencia de niños con síntomas de hiperactividad (32.1%), comportamientos pro sociales y padres con signos y síntomas de ansiedad (leve = 36,1%, moderado = 22.2%, grave = 17,4%) e correlación positiva entre la realización de actividades junto a los padres en casa y ansiedad parental. Correlaciones negativas entre salud mental parental (GAD-7, PHQ-2) con la salud mental de los niños (SDQ). También fue encontrado pocas actividades escolares para niños que pertenecías al preescolar en comparación a los escolares ($p=0,000$), y las escuelas particulares ofrecían mayor diversidad de actividades comparadas con las escuelas públicas ($p=0,007$). La oferta de recursos familiares y escolares promueve el desarrollo infantil, pero es posible que eventos adversos (pandemia), factores psicológicos y emocionales interfieran en ese proceso.

Palabras clave: COVID-19, salud mental, niños, familia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1- Recrutamento de participantes.....45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das crianças 52

Tabela 2 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às áreas do desenvolvimento infantil.....53

Tabela 3 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (SDQ).....53

Tabela 4 – Frequência e porcentagem dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (SDQ).....54

Tabela 5 – Correlações entre desenvolvimento (Batelle) e saúde mental infantil (SDQ) (Coeficiente de correlação de Pearson) 55

Tabela 6 – Comparação entre as horas gastas em brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola no período antes e no início do distanciamento social 55

Tabela 7– Distribuição dos participantes segundo a região do Brasil (N=374) 57

Tabela 8 – Características dos responsáveis (N=374) 57

Tabela 9 – Características das famílias (N=374) 59

Tabela 10 – Dados relacionados a COVID-19 e distanciamento social (N=374) 61

Tabela 11 – Perfil do trabalho dos pais no início do DS (N=374) 62

Tabela 12 – Mudanças na rotina da família (N=374) 62

Tabela 13 – Características da moradia antes e no início do DS (N=374) 63

Tabela 14 –Valores de média, desvio padrão (DP) referentes aos valores brutos dos instrumentos para conhecer a saúde mental parental no início do DS devido à pandemia da COVID-19 64

Tabela 15 –Valores de frequência (f) e porcentagem (%) referentes à classificação dos instrumentos para conhecer a saúde mental parental no início do DS devido à pandemia da COVID-19 64

Tabela 16 – Realização de atividades escolares no período de distanciamento social a partir da comparação entre faixa etária 65

Tabela 17 – Atividades escolares oferecidas no período de distanciamento social a partir da comparação entre faixa etária 65

Tabela 18 – Realização de atividades escolares no período de distanciamento social conforme tipo de escola 66

Tabela 19 – Comparação entre os tipos de escolas e as atividades escolares oferecidas.....67

Tabela 20 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp), valor **t** e **p** dos resultados referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF) 68

Tabela 21 – Correlações significativas entre Desenvolvimento infantil e Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) (Coeficiente de correlação de Pearson - r) 69

Tabela 22 – Correlações significativas entre Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) e Saúde mental infantil (SDQ) (Coeficiente de correlação de Pearson) 70

Tabela 23 – Correlações entre desenvolvimento infantil e recursos do ambiente familiar antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson) 71

Tabela 24 – Correlações entre Saúde mental infantil (SDQ) e Recursos do ambiente (RAF) antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson) 72

Tabela 25– Correlações entre Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) e Recursos do ambiente (RAF) antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson) 73

LISTA DE SIGLAS

PPCT – Processo, pessoa, contexto e tempo

COVID-19 – Doença de coronavírus 2019

SARS-CoV-2 – Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

H1N1 – Subtipo Influenza A

mRNA – Ácido Ribonucleico mensageiro

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

UNICEF – Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

DS – Distanciamento Social

ProDeFa – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Processos de Desenvolvimento Humano e Relações Familiares em Contextos de Saúde e Adoecimento

IES-R – Impact of Event Scale

BDIS – Battelle Developmental Inventory Screening Teste

GAD-7 – Transtorno de Ansiedade Generalizado

PHQ-9 – Questionário sobre a saúde do paciente 9

PHQ-2 – Questionário sobre a saúde do paciente 2

OMS – Organização Mundial de Saúde

DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição número 4

TV – Televisão

RAF – Inventário de Recursos do Ambiente Familiar

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades

SPSS – Statistic Package for Social Science

Dp – Desvio-padrão

f – Frequência

SE – Sintomas emocionais

PC – Problemas de conducta

HIP – Hiperatividade

PRC – Problemas de relacionamento com os colegas

PS – Comportamento pró-social

SUMÁRIO

1. **APRESENTAÇÃO** 18
1.1 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano 20
O que mais sabemos sobre o desenvolvimento infantil e como ele acontece? 24
Família e seu papel no desenvolvimento infantil 27
Escola e seu papel no desenvolvimento infantil 31
1.2 Contextualizando a pandemia 33
2. **OBJETIVOS** 41
2.1 Objetivo geral 41
2.2 Objetivos específicos 41
3. **MÉTODO** 44
3.1 Tipo e delineamento de estudo 44
3.2 Participantes 44
3.3 Instrumentos 45
3.4 Procedimentos 49
3.5 Análise de dados 49
4. **RESULTADOS** 52
4.1 Pessoa 52
Características das crianças 52
Tempo dedicado em atividades (brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola) antes e no início do distanciamento social 55
4.2 Contexto – características dos pais e escola 57
Características dos pais 57
Saúde mental parental 63
Características da escola das crianças 65
Recursos do ambiente familiar antes e durante o distanciamento social causado pela pandemia da covid-19 67

4.3 Associações entre características da criança e contexto.....69

Saúde mental parental e o desenvolvimento e saúde mental infantil 69

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e o desenvolvimento infantil.....70

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e a saúde mental infantil 71

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e a saúde mental parental.....73

5. **DISCUSSÃO** 76

6. **CONCLUSÃO**.....85

REFERÊNCIAS.....87

ANEXOS 103

1. APRESENTAÇÃO

Desde que descobri o meu gosto pela saúde mental na pratica profissional quis conhecer além de aquilo que conhecia, dar respostas às minhas dúvidas.

Quando cheguei ao Brasil me deparei com uma realidade muito diferente, um lugar onde a saúde mental estava logrando posicionamento e mudanças notáveis a nível nacional e internacional, conheci a pesquisa ainda que com dificuldade me deslumbrou e cativou.

A partir disso quis conhecer e ser parte de descobertas que aportassem a resolver dúvidas sobre saúde mental.

Pouco a pouco comecei a ver que pesquisa não é um caminho fácil, e que para entender ao ser humano precisava pensar além do observável. Assim, conheci que a Teoria Bioecológica, que olha fatores individuais e também fatores que se encontram fora do indivíduo para compreender o desenvolvimento do ser em questão.

Neste tempo de pandemia, terrível momento para o aprendizado e começo da minha vida acadêmica na pesquisa, me motivou muito saber que poderia contribuir e conhecer o que aconteceria com essa mudança tão drástica no tempo em que vivemos.

Somado a minha sede de querer conhecer mais, a infância que é um período a qual tenho afinidade se tornou alvo de minha curiosidade na pandemia e saber como eles poderiam estar sendo impactados junto a família.

Nessa direção, o presente estudo buscou conhecer quais seriam os primeiros impactos da pandemia na família e nas crianças.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

No final de 2019 o mundo começou a vivenciar um evento inesperado, o início do surto da doença de um novo Coronavírus (SARS-CoV-2) que foi relatado pela primeira vez em Wuhan, China e espalhou-se para mais de 216 países resultando em 535.248.141 casos confirmados e 6.313.229 mortes em todo o mundo até 16 de junho de 2022 (OMS, 2022).

A forma fácil de se contagiar deste vírus (gotículas respiratórias) fez com que rapidamente se espalhasse pelo mundo e causasse perdas de vidas, desequilíbrio financeiro, impactos na saúde física e mental das pessoas. Para tentar mitigar as consequências da COVID-19 foram necessárias medidas como quarentena e distanciamento social, o que levou ao fechamento de áreas públicas, entre elas as escolas, espaços abertos como parques e áreas de lazer (CHEN et al., 2019)

Hoje em dia sabe-se mais do vírus e conta-se com tratamentos e vacinas que ajudam a evitar a forma mais grave da doença. Entretanto, pouco se sabe sobre as consequências das medidas específicas utilizadas durante a pandemia da COVID-19, como o distanciamento social, os estudos *on-line*, o *home office* dos pais, a restrição de espaços abertos para o brincar na vida das crianças e suas famílias.

Assim, é preciso conhecer e descrever tais mudanças com o intuito de ajudar na construção de políticas públicas que possam proteger o desenvolvimento infantil e das suas famílias.

Tomando o referencial da Teoria Bioecológica e a literatura atual tentamos entender, explicar e refletir a partir dos resultados deste estudo.

1.1 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano, a partir da teoria bioecológica, é compreendido como resultado da influência de fatores individuais e ambientais que se relacionam de forma mútua e bidirecional, e contribui para compreender tanto a trajetória da criança como os resultados de adaptação a ela associados. Desta perspectiva, não é suficiente focar apenas nos comportamentos observáveis, há necessidade de analisar os sistemas (ou diferentes ambientes), as diversas interações entre eles e as trocas entre o indivíduo e seus contextos

(BRONFENBRENNER, 1999). Essa abordagem entende o desenvolvimento humano de forma contextual em quatro dimensões dinâmicas e interconectadas: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo (PPCT) (BRONFENBRENNER, 2011).

No que diz respeito à pessoa, há que se observar os fatores biológicos e genéticos no desenvolvimento, porém com ênfase nas características pessoais que os indivíduos trazem com eles para as situações sociais. Esses atributos da pessoa foram divididos em três tipos dentro da teoria: demandas, recursos e disposições/força. As demandas consistem nas características pessoais como cor da pele, idade e gênero, que estimulam ou desencorajam as reações do ambiente social, contribuindo ou não para o aumento de processos proximais, os quais são conceituados como interações recíprocas de nível mais complexo, entre pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, ocorrendo de forma regular e duradoura (BRONFENBRENNER, 2011; TUDGE; ROSA; PAYIR, 2018).

Quanto aos recursos, são constituídos por características bioecológicas, a partir de experiências, habilidades, conhecimentos e competências do indivíduo; são características parcialmente relacionadas com recursos cognitivos e emocionais e, diferem-se do atributo de demanda, por não ser imediatamente aparentes. Há também os recursos sociais e materiais, tais como acesso à boa comida, moradia, cuidado parental, atividades oferecidas, oportunidades educacionais apropriadas a uma determinada sociedade. Neste quesito, é importante considerar que existem características que funcionam como elementos perturbadores: deficiências genéticas, lesões cerebrais e deficiências graves (BRONFENBRENNER, 2011). Deste modo, há que se considerar que as habilidades da criança em interagir, as experiências anteriores e o conhecimento sobre uma situação ou evento também vão influenciar a forma como a criança interage com o ambiente, favorecendo ou dificultando o desenvolvimento da mesma. Complementarmente, esse desenvolvimento também sofrerá a influência dos recursos ambientais disponíveis.

Finalmente, as características de disposições/força são aquelas relacionadas ao temperamento, motivação e persistência; envolvem a capacidade de movimentar e sustentar os processos proximais. Deste modo, estas características podem explicar, por exemplo, porque duas crianças com as mesmas condições de recurso seguem trajetórias de desenvolvimento diferentes (BRONFENBRENNER, 2011).

Retomando o conceito de processo proximal, de acordo com Bronfenbrenner (2011), tais processos são os principais mecanismos de desenvolvimento, pois é através do envolvimento

em atividades e interações, características desses processos, que as crianças entendem o mundo (BRONFENBRENNER, 2011; HAYES; O'TOOLE; HALPENNY, 2017). As crianças têm uma relação com as atividades e dependerão da qualidade destas para o estabelecimento dos processos proximais, o que significa pensar, por exemplo, que faz muita diferença o brincar sozinho de uma criança, com o brincar em conjunto; essas interações (com outras pessoas, objetos e símbolos) devem ocorrer com frequência e de maneira cada vez mais complexa e duradoura (TUDGE; ROSA; PAYIR, 2018). É importante considerar que a interrupção de processos proximais, como em situações de perda de um familiar, aparecimento de uma doença ou em situações de pandemia como, o isolamento e distanciamento social podem impossibilitar a continuidade das interações, consequentemente gerando um impacto no desenvolvimento. Além disto, os processos proximais, são influenciados pelos outros componentes do modelo: a pessoa, o contexto e o tempo (BRONFENBRENNER, 2011; ROSA; TUDGE, 2013).

No que tange ao terceiro elemento do modelo PPCT, o contexto, é caracterizado por qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pelo desenvolvente (TUDGE; ROSA; PAYIR, 2018), e apresenta-se organizado em cinco subsistemas socialmente organizados, que permeiam o ser em crescimento: Microssistema, Mesossistema, Exossistema, Macrossistema e Cronossistema, e permitem descrever e analisar os contextos de vida do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1996, 2011).

Os microssistemas, são ambientes nos quais os papéis, as atividades e as interações acontecem face a face. Essa estrutura permite, como contexto primário de desenvolvimento, que o indivíduo participe de atividades conjuntas, cada vez mais complexas (processos proximais), com o auxílio direto de pessoas com quem ele tem uma relação afetiva positiva, e que já possuem conhecimentos e competências que ele ainda não possui. Tal estrutura pode promover e, também, inibir o envolvimento do indivíduo em atividades na interação com o ambiente imediato. Exemplos de microssistemas são: família, escola, contextos onde o indivíduo é influenciado diretamente e exerce influência direta. Vale destacar também que dentro de uma interação, por exemplo, entre pais-criança, as atitudes e sentimentos de ambos os sujeitos podem afetar o processo de desenvolvimento destes – coerente com os princípios da bidirecionalidade e mutualidade propostos pela teoria (BRONFENBRENNER, 2011; ROSA; TUDGE, 2013; TUDGE; ROSA; PAYIR, 2018).

O mesossistema compreende a interação entre dois ou mais microssistemas, que pode ser ampliada sempre que a pessoa passa a frequentar um novo ambiente (POLETTO; KOLLER, 2008). A vinculação entre o microssistema familiar e o escolar, ou a vinculação entre a família e os amigos das crianças caracterizam essa estrutura. Estas interações podem ser favorecedoras do desenvolvimento na medida em que ampliam as oportunidades de novas interações e experiências para o indivíduo.

O exossistema consiste na interação entre dois ou mais contextos, entretanto, diferentemente dos sistemas anteriores, o indivíduo em desenvolvimento não se encontra inserido nele. Este é o caso do ambiente de trabalho dos pais que, embora seja distal à criança, acaba por afetá-la (BRONFENBRENNER, 2011). Neste sentido, por exemplo, uma situação de estresse vivenciada pelos pais no trabalho pode repercutir na falta de disponibilidade dos pais para a interação com a criança em casa ou para frequentar uma reunião escolar.

Já o macrossistema é o contexto mais amplo, e compõe-se de todos os padrões globais do micro, meso e exossistema, que fazem parte da cultura; engloba crenças, valores, e costumes dominantes na sociedade, juntamente com os sistemas sociais, políticos e econômicos (recursos, riscos, oportunidades, opções e estilos de vida, padrões de intercâmbio social) (TUDGE; ROSA; PAYIR, 2018).

Por fim o cronossistema, que foi incorporado subsequentemente aos demais elementos dessa teoria, é a estrutura que adiciona dimensões de tempo às estruturas existentes, ao captar as mudanças do meio ao longo da existência, que produzem condições que afetam o desenvolvimento das pessoas. É o efeito do tempo sobre outros sistemas, cujas dimensões estão vinculadas aos atributos da pessoa, aos processos proximais e aos parâmetros do contexto. Essa perspectiva enfatiza como os fatores contextuais do macrossistema (mudanças no regime político, crises econômicas, situações de guerra ou epidemias) podem impactar os indivíduos e seus contextos. Isso também inclui divórcio, mudanças na composição familiar, lugar da residência e emprego dos pais, eventos que ocorrem em momentos distintos da vida (BRONFENBRENNER, 2011).

A Teoria Bioecológica também destaca a importância do que foi denominado de transição ecológica, que refere-se a essas mudanças que ocorrem no ambiente em que a pessoa está inserida ou passa a estar; o ingresso na escola, por exemplo, quando antes, predominantemente, a criança em desenvolvimento estava em contato apenas com a família, bem como as alterações quanto ao papel que o indivíduo exerce dentro de um determinado

contexto (de ouvinte – criança pequena – a leitor – criança alfabetizada, por exemplo, ou como mudança de papel como filho para aluno), assumem um papel importante podendo redirecionar a trajetória do desenvolvimento. Vale destacar que as transições ecológicas irão ocorrer durante toda vida, em diferentes momentos, por exemplo, pela promoção dos pais no centro de trabalho ou a partir do nascimento de um irmão mais novo (BRONFENBRENNER; 2011).

Portanto, deve-se considerar que a criança é um ser em desenvolvimento que influencia e sofre influência de diversos fatores pessoais, papéis estabelecidos, atividades e contextos em que vive (Bronfenbrenner, 2011). Destaca-se, também, as influências a partir de um contexto macro, tal como as questões socioculturais, políticas de determinado país, pandemias, guerras, desastres naturais, entre outros (Bronfenbrenner, 1999, 2011). Estes contextos podem influenciar de alguma maneira se estabelecendo de forma negativa, apresentando-se como fator de risco para problemas de saúde mental, ou de forma positiva, podendo atuar como fator de proteção para tais problemas (RUTTER, 2012; RUTTER et al., 2008).

O que mais sabemos sobre o desenvolvimento infantil e como ele acontece?

As ideias atuais sobre infância e os estilos de relação com as crianças são fenômenos relativamente novos. Durante séculos, as crianças estiveram longe de ter a consideração social e os direitos que tem hoje e as relações entre pais e filhos tinham muito pouco a ver com o que agora se considera importante (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2004)

Hoje sabe-se que desenvolvimento infantil é uma etapa onde acontecem mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo, que ocorrem de forma ordenada e são relativamente duradouras. Também, pode ser entendido como período de mudanças nas funções corporais, incluindo aquelas influenciadas por fatores emocionais e sociais (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2004; MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1995). Para a OMS (Organização Mundial de Saúde) este é um processo que ocorre desde a concepção do feto até a morte, envolve o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança, tendo como produto um indivíduo competente para

responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (OPAS, 2005).

Ainda que a primeira infância seja considerada o período mais crítico do desenvolvimento, especialmente pelo intenso desenvolvimento neurológico e pelo estabelecimento de vínculo e apego, que serão determinantes de relações e aprendizagens futuras, o período pré-escolar ou segunda infância e o início do escolar (terceira infância) são marcados pela expansão de contextos sociais e crescente demanda psicossocial e de aprendizagem formal para a criança e fornece as bases para aquisição de habilidades complexas que serão desenvolvidas nos anos seguintes (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013). Trata-se de um período de intensa maturação biológica, social, psicológica e motora (GANDRA, 2001).

O desenvolvimento das capacidades cognitivas entre segunda e terceira infância é mais complexo que nos primeiros anos: atenção, percepção, raciocínio, memória, autorregulação, automonitoramento, habilidades linguísticas, competências matemáticas, formação de conceitos, construção e generalização de estratégias, são algumas delas (FERREIRA et al., 2010; KOSTOVIC; JUDAS, 2009). Essas funções, agora mais exigidas, têm importância no desenvolvimento de interações sociais, tais como: produção e significado da fala, capacidade para inferir estados mentais dos outros, consciência e sentimentos de si mesmo, que são competências essenciais para o desempenho acadêmico e social (KOSTOVIC; JUDAS, 2009).

Nos aspectos motores se observa um controle notável da criança sobre os movimentos, equilíbrio, coordenação e posição que tem de seu próprio corpo o que impactará no desempenho e independência na realização de movimentos mais complexos especialmente dos membros superiores e das mãos, como a capacidade para escrever e fazer uso da escova de dentes e do pente (LEWIS; WOLKMAR, 1993).

Também nesta etapa, os processos sensoriais são cada vez mais rápidos, aumentando a capacidade de recepcionar as sensações e organizá-las para se relacionar e adaptar aos ambientes novos, como a escola e também outros contextos que esta criança conhecerá no transcorrer do tempo (AYRES, 2005; LANE; SCHAAF, 2011; WATTS et al., 2014).

Na área psicossocial, por ser esta fase de inserção no ambiente escolar, a interação com outras crianças e grupos permitem através do brincar o desempenho de papeis sociais,

da resolução de conflitos, autopercepção dos sentimentos, autocontrole e reconhecimento das emoções e o aprimoramento de habilidades sociais. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013). O brincar é considerado a principal atividade e ocupação da criança; é no brincar que as crianças aprendem sobre o ambiente e interagem com o mesmo. Possibilita o domínio do seu próprio corpo, favorecendo o desenvolvimento de variadas habilidades (cognitivo, motor e psicossocial) que serão necessárias por todo o ciclo de vida (TONETTO et al., 2020; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013).

O desenvolvimento da criança é influenciado por aspectos próprios da pessoa, assim por exemplo, doenças podem ser um risco no desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011). Como por exemplo, crianças com cardiopatia congênita podem apresentar atrasos nos marcos de desenvolvimento e comprometimento cognitivo, além do crescimento físico como tamanho e peso. (CHEN et al., 2004). Os transtornos do neurodesenvolvimento e psiquiátricos também dificultam o desenvolvimento da criança especificamente o desenvolvimento do cérebro e consequentemente o desenvolvimento da aprendizagem e habilidades, além de impactar na saúde mental (BARIBEAU; ANAGNOSTOU, 2013; CROPLEY et al., 2020)

A influência da família (microssistema) também é de relevância para pensar de que forma interage com o desenvolvimento e saúde mental da criança (BRONFENBRENNER, 2011). Assim, por exemplo, a capacidade dos pais de refletir sobre os estados internos de seus filhos é crucial para o desenvolvimento saudável das crianças durante a infância (HERON-DELANEY et al., 2016 , SMALING et al., 2015). A falta de preocupação dos pais com o mundo interior da criança (fazer atribuições maliciosas, interpretações distorcidas ou intrusivas, certeza excessiva sobre estados mentais etc.) pode gerar dificuldades na regulação emocional da criança, como mostrado num estudo, onde a falta de preocupação materna pelos processos internos da criança foi associada a níveis baixos do desenvolvimento e da regulação emocional da criança (ÁLVARES et al., 2022). Por outro lado, os efeitos duradouros do abuso infantil e da negligência por parte dos pais, gerou além de danos físicos resultantes de lesões e negligência, efeitos negativos no desenvolvimento do comportamento, no bem-estar emocional, nas relações interpessoais e no funcionamento cognitivo (GLASER, 2014). A adversidade na infância (violência familiar e/ou sexual, eventos traumáticos, negligencia física ou emocional, ausência dos pais) pode potencialmente ter efeitos prejudiciais (nas funções fisiológicas, cognitivas, comportamentais e psicológicas) sobre a saúde física e mental a curto e longo prazo (ORAL et al., 2015)

Outro microssistema importante no desenvolvimento da criança é a escola. O papel da escola quando se propor a estimular, acolher e observar a criança, também faz uma diferença no desenvolvimento infantil se tornando em um fator de proteção. A escola com currículos bem estruturados e de qualidade na infância muitas vezes tem efeitos positivos nos resultados socioemocionais, autorregulação e desempenho da criança tanto cognitivos como sociais e ser favorável para o desenvolvimento geral da criança (NESBITT; FARRAN, 2021)

Aspectos ainda mais amplos como aqueles que acontecem no cronossistema e sua relação com o desenvolvimento da criança também foram estudados, uma pesquisa europeia, por exemplo, identificou associação em relação á presença do medo e do pânico nos pais e como aquilo se relacionava com o aumento do medo nas crianças a partir de um contexto de pandemia de gripe suína (H1N1) em 2009 (REMMERSWAAL; MURIS, 2009). Outro impacto do cronossistema no desenvolvimento infantil tem a ver com os avanços próprios de um tempo, como por exemplo o avanço de novas tecnologias. O rápido desenvolvimento tecnológico (televisão, notebook, celular, videogames) fez com que o acesso aos dispositivos eletrônicos seja cada vez mais fácil. Sua presença e uso hoje em dia chegou até as crianças, sendo que seu uso sem controle pode chegar a gerar impacto psicológico, pioras no desenvolvimento da linguagem e dificuldades nas habilidades psicossociais (BILGRAMI, et al., 2017; TREMBLAY et al., 2011)

Família e seu papel no desenvolvimento infantil

O Desenvolvimento humano como Bronfenbrenner (2011) propôs, e já mencionado anteriormente, apesar de ser um processo individual, necessita da interação com outras pessoas, símbolos e atividades, com a finalidade de estimular a interação recíproca, de experiências, sentimentos e afeto, o que ele denominou de processos proximais. Um dos microssistemas que gera as oportunidades do desenvolvimento de processos proximais é a família. A disponibilidade de recursos físicos e emocionas, a estrutura e o funcionamento da família pode ser negativa chegando a ser restritiva (prejudicial) ou condutora e estimuladora (promotora) dos processos proximais no desenvolvimento da criança (BRONFENBRENNER, 2011).

A família é composta normalmente pelos principais cuidadores, que são fonte de apoio emocional dos filhos, seguido de outros membros que podem residir na mesma casa, e destaca-se como o ambiente mais duradouro na vida da pessoa (BRONFENBRENNER, 2011). Ressalva-se que o conceito de família tem se diversificado muito nos últimos tempos em relação à sua configuração e estrutura, o que amplia a complexidade desse grupo e da discussão em torno das múltiplas variáveis e fatores que influenciam na sua dinâmica e no modo como ela pode afetar o desenvolvimento individual de seus membros (WAGNER et al., 2011).

Durante o desenvolvimento da criança que se encontra no período pré-escolar e escolar, a família, é o ambiente mais próximo, gerador de processos proximais e também responsável pela socialização e principal fonte de afeto; possibilita as primeiras aprendizagens, ideias, crenças e valores para a criança (GUZZO; TIZZEL, 2007; MINUCHIN, 1990). A família se estabelece como principal promotor de atividades, rotina, brincadeiras, autonomia, independência, enfrentamento de situações, resolução de problemas, o que contribui com a aquisição de diversas habilidades e promove o processo de aprendizagem (CID, 2015; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Assim, o ambiente familiar pode ser visto como o resultado da qualidade do relacionamento interpessoal e caracterizado por fatores como, coesão, harmonia e habilidade de enfrentar conflitos; tal ambiente pode ser grande contribuinte para o desenvolvimento ou risco de psicopatologias. (FLORES; SALUM; MANFRO, 2014).

O ambiente familiar composto por recursos, atividades, rotinas, estímulos para a criança em desenvolvimento, assim como as interações que ocorrem entre os membros da família proporcionam uma melhora no desempenho cognitivo (LAMY FILHO et al., 2011; NEVES et al., 2016); do mesmo modo que pode se estabelecer como fator protetivo para o desenvolvimento da criança e problemas de saúde mental (CID, 2015; FLORES; SALUM; MANFRO, 2014). Além disso, o ambiente familiar se comporta como capaz de realizar interconexões ou não com os demais contextos onde a criança está inserida como a escola e a vizinhança. Assim, torna-se um ambiente importante para o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional da criança (KAVOUSIPOR, 2019).

Pesquisas estudaram a relação entre o ambiente familiar e o desenvolvimento da criança. Monteiro e Santos (2013), concluíram que o oferecimento de recursos pela família é fundamental para o melhor rendimento acadêmico da criança, mostrando que quanto maior

o suporte, a interação e os recursos familiares, melhor a compreensão de leitura, confirmando que a família pode ser promotora do desenvolvimento. Igualmente, Ferreira e Barrera (2010) sugeriram que a aprendizagem escolar está associada à supervisão e à organização das rotinas no lar, às oportunidades de interação com os pais e à oferta de recursos no ambiente físico. A presença de horários definidos para a realização de atividades diárias, inclusive a lição de casa, a oportunidade de compartilhar atividades com os pais e a diversidade de livros e brinquedos disponíveis para a criança, possibilita efeitos positivos no desenvolvimento da criança. Assim também, crianças com acesso a materiais de aprendizagem estimulantes e experiências enriquecedoras em casa e em outros lugares apresentam níveis mais altos de competência, funcionamento adaptativo, bem-estar, desenvolvimento físico e mental desde a infância tardia até a adolescência (BRADLEY; PUTNICK, 2012).

Comportamentos sensíveis e de estimulação por parte dos pais para com seus filhos estão associados aos bons índices de desenvolvimento comportamental e neurocognitivo mostrando-se como protetor aos efeitos negativos de um ambiente econômico baixo que os coloca em risco para diversos problemas (JUNG et al., 2018)

Por outro lado, o ambiente familiar também pode possibilitar efeitos negativos para o ser em desenvolvimento. Renzaho et al (2013), analisando dados de um estudo de base populacional, encontraram que o funcionamento familiar era preditor de problemas de comportamento, sendo que crianças de famílias com baixo funcionamento apresentavam baixos níveis de comportamento pró-social e maiores níveis de dificuldades de comportamento geral (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e relacionamento com os colegas).

Poucos recursos disponíveis oferecidos no ambiente familiar e a escassez de brinquedos e materiais didáticos (devido a pobreza, baixa escolaridade dos pais, etc) necessários para estimular a aprendizagem e/ou o pouco tempo dedicado para a interação entre pais e filhos pode impactar negativamente o desenvolvimento infantil (BRADLEY; PUTNICK, 2012).

A má organização física e temporal do lar como a desordem e a falta de rotinas pode afetar a capacidade dos pais de interagir com seus filhos e de manter a ordem e a rotina que eles precisam em casa, gerando consequências negativas para a família e para a criança. As características de este caos doméstico são encontradas normalmente em famílias de estratos econômicos baixos (FRONBERG; BAI; TETI, 2022). Ambientes economicamente desfavorecidos aumentam as dificuldades no bem-estar emocional como a presença de

depressão nos pais e diminuem as habilidades parentais, sendo cada vez menos estimulantes e impactando na sua relação com a criança (MARTIN et al., 2010)

Vários estudos concordaram que a presença de problemas de saúde mental na mãe principalmente está amplamente relacionada a prognósticos negativos de saúde mental infantil. Assim, numa pesquisa descobriram que, se a mãe estiver deprimida, a criança tinha seis vezes mais risco de atraso no desenvolvimento emocional em relação a quando a mãe não estava deprimida, devido ao comprometimento da interação com seus filhos. No mesmo estudo houveram evidências de que a baixa renda familiar, o analfabetismo materno e que a criança sofrera abuso físico por algum integrante da família estiveram associados ao atraso no desenvolvimento emocional das crianças (ALI; MAHMUD; KHAN, 2013). Souza et al. (2011), observaram que quando a mãe adoece e tem um transtorno mental, a família tende a se tornar disfuncional, devido ao papel que ela exerce na família, a falta de suporte e afeto se faz evidente alterando a dinâmica familiar e impactando no desenvolvimento da criança. Malhotra et al. (2015), encontrou resultados similares, mães com esquizofrenia apresentaram filhos com problemas de comportamento externalizantes e internalizantes ao serem comparados com um grupo de crianças com mães sem esquizofrenia.

Acontecimentos no macrossistema como as catástrofes e/ou pandemias podem afetar a natureza e a estrutura das famílias, provocando mudanças tanto no âmbito da dinâmica familiar, como no seu funcionamento pós evento adverso, principalmente em famílias com crianças e adolescentes, uma das explicações possíveis, segundo os autores seria a influência que os pais podem proporcionar a seus filhos em relação as suas reações psicológicas à adversidade (BONANNO et al., 2010). Ao mesmo tempo, durante esse período, os pais têm um grande papel como rede de suporte, são considerados os elementos mais estáveis para enfrentamento de situações adversas, provendo o suporte emocional, social e cultural. Sendo assim, a forma como o ambiente familiar funciona, as características das pessoas envolvidas nesse contexto e a forma de lidar com situações adversas influenciam no desenvolvimento da criança (HAYES; O'TOOLE; HALPENNY, 2017; PERRY; DOCKETT; PETRIWSKYJ, 2014).

Pesquisas e políticas globais sugerem que as crianças se desenvolvem melhor em famílias saudáveis (famílias que ofereçam cuidado, educação de qualidade parentalidade e exercem uma paternidade positiva) e que aquelas que vivem fora dos cuidados familiares ou

famílias não saudáveis tem consequências significativas para o desenvolvimento e para a saúde mental da criança (UNITED NATIONS, 2019).

Escola e seu papel no desenvolvimento infantil

A escola se estabelece como outro microssistema importante no desenvolvimento da criança, este passa a ser parte do novo cotidiano infantil nos períodos pré-escolar e escolar, modificando o tempo da interação com a família. Este novo contexto implica em exercer novos papéis, sendo também identificado como um período importante para o desenvolvimento, responsável pela socialização e novas redes sociais da criança (BLACK et al., 2017; DI FOLCO et al., 2017). Um diferencial importante nesse ambiente diz respeito à sua estruturação, que ocorre em torno de objetivos explícitos de instrução (tipicamente alfabetização e aritmética) e está bastante focada no progresso acadêmico das crianças, diferente da maioria dos ambientes de acolhimento que as crianças frequentaram até então (HUGHES, 2015; RIMM-KAUFMAN; PIANTA, 2000).

Diversos pesquisadores consideram a entrada na escola um momento estressante e de adaptação, porque as crianças entram em um novo cenário de grupo de pares e enfrentam novas demandas sociais e cognitivas, como estabelecer novos relacionamentos com os colegas de sala e adultos desconhecidos, assim como acompanhar as atividades propostas com o grupo de estudantes do mesmo nível. Essas novas exigências podem conduzir à expressão de comportamentos problemáticos que podem ser passageiros ou evoluir para processos desadaptativos do ponto de vista desenvolvimental (considerada todas as dimensões – neuropsicológica, motora, psicossocial e aprendizagem) (GROENEVELD et al., 2013; MARTURANO, 2008; MCDERMOTT et al. 2016; RUSS et al., 2012).

Considerando as alterações geradas pelo ingresso na escola (seja na educação infantil ou no ensino fundamental) que apresentam potencial para modificar trajetórias de desenvolvimento, eventos que possam trazer outras alterações significativas neste momento, especialmente na transição de uma etapa escolar para outra (que coincide com mudanças do ciclo de vida) certamente trarão novos desafios ao desenvolvente, família e escola (BRONFENBRENNER, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Remontando à importância das escolas, é sabido que elas desempenham um papel substancial, não apenas no fornecimento de recursos educacionais para as crianças, mas também para oferecer aos alunos outros recursos importantes para o desenvolvimento, como por exemplo as interações entre colegas e criança-professores (BRAZENDALE et al., 2017). Deste modo, o impedimento de frequentar o espaço escolar também rompe com a possibilidade de estabelecer e ampliar vínculos com outras pessoas e de exercitar diferentes papéis, como acontece habitualmente no ambiente escolar a partir das atividades acadêmicas em sala de aula e das brincadeiras nos intervalos e após a aula.

A qualidade das relações entre professor-criança, auxilia na visão da criança em relação a experiência escolar. Evidências mostram que a criação de vínculo com outro adulto que não faça parte da família é um fator de proteção para o desenvolvimento, pois também pode se estabelecer como promotor de autoconfiança, além de propiciar-se como rede de suporte (HAYES; O'TOOLE; HALPENNY, 2017; MASTEN; REED, 2002).

A escola é um ambiente propicio para o reconhecimento de comportamentos de risco para o desenvolvimento das crianças. Num estudo, por exemplo, os professores relataram uma proporção maior de dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais em comparação com os pais. Sendo que os pais ao serem entrevistados possam ocultar informações e detalhes que delatem falta de interação e observação dos seus filhos (O'CONNOR; ROSEMA; QUACH, 2016). Também, a escola é um espaço onde programas de ajuda, vigilância e proteção são oferecidos como, por exemplo, o programa de merendas, que por diversos motivos (econômicos, negligencia, etc) as crianças possam não ter acesso a uma alimentação adequada. Consequentemente crianças com boa alimentação são mais produtivas nas salas de aula e com maior chance de desenvolver habilidades necessárias no ambiente escola (WALL et al., 2022)

Mas, igual que as famílias, a funcionalidade das escolas também é ameaçada por baixos níveis socioeconômicos, impactando no oferecimento de matérias, professores capacitados, estrutura física e trabalho na busca do vínculo escola-família. Ditas características pode limitar o desenvolvimento acadêmico e social da criança (CURTIS; ANICAMA; SHOU, 2021).

A experiência das interações de continuidade da criança com o seu ambiente familiar e escolar tem sido importantes, na medida que um evento adverso ou uma situação de caos pode afetar as interações no outro ambiente, assim essas interações se apresentam cada vez

mais complexas de serem compreendidas, pois podem influenciar conjuntamente o desenvolvimento da criança (BRADLEY, 2010).

1.2 Contextualizando a pandemia

A COVID-19 consiste em uma infecção viral altamente transmissível e patogênica causada pelo vírus SARS-CoV-2 (SHEREEN et al., 2020). A partir do dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da COVID-19 era uma emergência de saúde pública global, e em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou o surto como uma pandemia (GUO; CAO; HONG; et al., 2020).

Com base na investigação epidemiológica, o período de incubação do vírus é de 1 a 14 dias (JIN; CAI; CHENG et al., 2020) e as características clínicas da COVID-19 são diversas, variando de estado assintomático à síndrome do desconforto respiratório agudo e disfunção de múltiplos órgãos. As mais comuns incluem febre (não no total), tosse, dor de garganta, dor de cabeça, fadiga e falta de ar, sendo muito semelhante aos sintomas de outras infecções respiratórias. Em um subconjunto de pacientes, até o final da primeira semana, a doença pode progredir para pneumonia, insuficiência respiratória e morte (CHEN; ZHOU; DONG, 2020). A população de maior risco são os idosos e aqueles com doenças crônicas (hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, doença cardiovascular) que desenvolvem complicações respiratórias rapidamente, o que não significa que não possa ocorrer em pessoas mais jovens e em crianças (HUANG; WANG; LI, 2020).

A disseminação do vírus na população ocorre devido ao contato próximo com uma pessoa infectada (sintomática ou assintomática), por exposição à tosse, espirros e gotículas respiratórias (SHEREEN et al., 2020). A infecção é adquirida pela inalação dessas gotículas ou pelo contato delas com o nariz, boca e olhos (OMS, 2020). A forma rápida de contágio e a grande população afetada fez possível a presença de variantes da COVID-19, foi assim que em 26 de novembro de 2021, a OMS designou a variante B.1.1.529 como uma variante de alta preocupação denominada Ômicron. Essa variante apresenta um grande número de mutações, algumas das quais preocupantes. As outras variantes de preocupação ainda estão em circulação e são: Alfa, Beta, Gama e Delta. (OPA/OMS,2021).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. Após um mês dessa primeira confirmação, todos os estados brasileiros

já haviam notificado casos da doença, com mortes registradas em oito deles, distanciamento social obrigatório e outras restrições (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020). Para o 20 de fevereiro de 2021 já somavam 10.139.148 casos confirmados e 245.977 mortes (CORONAVIRUS BRASIL,2021).

A implementação de vacinas contra o vírus SARS-CoV-2 é um ativo importante na desaceleração da pandemia da doença e a aparição de novas variantes da COVID-19. Até dezembro do ano 2020 se tinha conhecimento de vacinas em desenvolvimento, mas nenhuma validada contra o vírus, e nenhum tratamento clínico promissor. Em 31 de dezembro de 2020 a OMS validou a vacina de mRNA (Ácido Ribonucleico mensageiro) contra a COVID-19, desenvolvida pela Pfizer/BioNTech, para uso emergencial. Hoje em dia tem-se disponíveis vacinas de diferentes tipos e tecnologias. Porém, estabelecer barreiras para evitar a disseminação do vírus foi e continua sendo crucial, o que envolve o isolamento doméstico de casos suspeitos e aqueles com doenças leves, e as que precisam de medidas rigorosas de controle de infecções em hospitais; assim como existem recomendações da OMS para a população geral, como a higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70% e também praticar o distanciamento social, evitando e afastando-se de grandes grupos de pessoas, entre outros (OMS, 2020).

Dentre essas intervenções, a medida de distanciamento social, cujo termo se refere a esforços que visam a diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis, além de proteger aqueles indivíduos em risco de desenvolver a forma grave da doença, incluiu o cancelamento de eventos em massa, fechamento temporário de escolas e locais de trabalho, bloqueio de fronteiras e a recomendação para a população manter-se em casa (WHO, 2020)

As medidas de distanciamento social já foram utilizadas na mitigação de epidemias e pandemias anteriores, incluindo a pandemia de influenza de 1918-1919, a epidemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002-2003 e a pandemia de influenza H1N1 em 2009-2010. Tal intervenção foi determinante para diminuir a taxa de mortalidade total e contribuiu muito para a redução do pico da mortalidade tendo sido amplamente recomendada para a mitigação e combate à pandemia da COVID-19. (BELL et al., 2004; FONG et al., 2020; MARKEL et al., 2007; WHO, 2020).

Todas essas características da doença, causada pelo vírus SARS-CoV-2, ou Novo Coronavírus, produziu repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica, mas

também produziu alterações de ordem social, econômica, política, cultural e histórica sem precedentes no mundo (ONU NEWS, 2020).

A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas por conta do confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, risco de redução de acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros (FIOCRUZ, 2020)

Neste contexto, foram tomadas medidas como transferência de atividades de trabalho para as casas (home office - trabalhadores que poderiam manter atividades deste modo), fechamento de parques, praças, lojas, cinemas e outros locais públicos como escolas (desde a educação infantil até o ensino superior), locais sujeitos a aglomeração de pessoas. De outro lado, muitas atividades foram mantidas utilizando-se o apoio da rede de telefonia (teletrabalho, televendas) e da internet (reuniões e aulas virtuais, por exemplo). Além disto, hábitos de higienização foram reforçados e orientados com maior rigor, incluindo indicação para uso de máscaras em ambientes externos. Deste modo, a pandemia requereu uma rápida alteração de hábitos, com impacto sobre diferentes dimensões da vida das pessoas: social, emocional, financeira, deixando no ar dúvidas sobre o processo de adaptação psicossocial e desenvolvimental (BROOKS et al., 2020).

A mudança inesperada da dinâmica social e das rotinas afetou a saúde mental e comportamental das pessoas em geral, incluindo as crianças (WANG et al.,2020). Embora o número de crianças afetadas pela doença da COVID-19 seja pequeno, e a maioria das crianças afetadas tenha apresentado apenas sintomas leves, previa-se que a doença e as medidas de contenção teriam um impacto negativo na saúde mental e no bem-estar dos pequenos (QIU et al., 2020), pela significativa modificação das condições nas quais elas normalmente crescem, aprendem, brincam, se comportam, interagem e gerenciam emoções (SHAH et al., 2020).

A partir disso e de experiências prévias existentes com outros desastres e eventos adversos (guerras, epidemias, desastres naturais e traumas militares), há evidências de que a pandemia da COVID-19 trará diversas consequências para as crianças, famílias e diferentes ambientes ou contextos (BAHN, 2020; DIAB; PALOSAARI; PUNAMÄKI, 2018; RUSSEL et al., 2020; WANG et al.,2020).

Estudos iniciais realizados na China, em áreas atingidas pelo surto, indicam que crianças e adolescentes foram impactados psicologicamente, manifestando problemas comportamentais e emocionais, o que pode ter prejudicado as interações sociais, levado à redução do apetite, aumento da letargia, ansiedade e depressão. Estes sintomas se apresentaram de forma diferente na população infantil na China, crianças entre a faixa etária de três a seis anos de idade foram mais propensas a mostrar apego excessivo, enquanto crianças a partir dos seis anos demonstraram maior desatenção e irritabilidade. (JIAO et al., 2020).

A UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) publicou um documento, também em relação às mudanças na vida da criança como consequência da Pandemia da COVID-19, apontando mudanças nos ambientes em que as crianças crescem e se desenvolvem. Destacaram alterações no cotidiano das famílias, nas amizades, nas rotinas diárias e nas comunidades em geral, que podem ter consequências negativas no bem-estar, desenvolvimento e proteção das crianças (UNICEF, 2020).

Conhecer o impacto na saúde infantil exigirá uma ampla compreensão de como as crianças e as famílias vivenciaram a pandemia e como os efeitos indiretos como o distanciamento social – falta de acesso à educação, instabilidade habitacional, instabilidade financeira, entre outros - podem se estabelecer como ameaçadores do desenvolvimento infantil (YOSHIKAWA et al.,2020).

O tempo de tela de crianças e adolescentes aumentou excessivamente, visto que o distanciamento social, com confinamento em suas casas faz com que a probabilidade da oferta de recursos e atividades seja menor. Neste quesito, há evidências de que o uso excessivo de mídias eletrônicas e sociais, é um fator de risco para o desenvolvimento de dependência tecnológica em crianças. Além disso, o uso excessivo das mídias sociais torna as crianças vulneráveis a predadores *on-line*, *cyberbullying*, conteúdo potencialmente prejudicial, além de prejuízos desenvolvimentais, como alterações em processos cognitivos, atrasos no desenvolvimento de marcos motores, entre outros (LINHARES; ENUMO, 2020; QUATRIN; CASSEL, 2020).

Durante a pandemia da COVID-19, algumas pesquisas identificaram aumento dos níveis de estresse, ansiedade, depressão e sobrecarga nos pais, quando comparados com o período anterior a pandemia (PIERCE et al., 2020; ORGILÉS, et al., 2020). Além disso, outros estudos identificaram que tais aspectos foram mais observados quando eram pais de

crianças menores, devido à necessidade maior de cuidado e suporte dessa faixa etária (MARCHETTI et al., 2020).

Além disso, sintomas de saúde mental parental como depressão, ansiedade e estresse durante a pandemia, foram associados com sintomas internalizantes nas crianças (WHITTLE et al., 2020).

Assim, é possível compreender o quanto o ambiente familiar influencia no processo de desenvolvimento e na presença ou não de problemas de saúde mental; portanto estudos mostram que a saúde mental parental tem interferência nessa questão da criança. Mesmo anteriormente à pandemia da COVID-19, é sabido que a saúde mental parental é um possível fator de risco para problemas de saúde mental nas crianças, visto que se os pais apresentam tais dificuldades, isso irá influenciar na dinâmica, coesão, comunicação familiar e estilos parentais, contribuindo para a ocorrência de dificuldades emocionais e comportamentais da criança (COBHAM et al., 2016; GREEN et al., 2018).

Além do caos, do desequilíbrio mundial e o medo do desconhecido a pandemia proporcionou, modificações no ambiente familiar, na sensação de bem-estar, segurança, trabalho dos membros da família, com a ocorrência ou não de perda financeira, outros fatores como comportamentos tidos como não saudáveis, como aumento do consumo de álcool e outras drogas também permeiam as reações ao caos; assim, estes contribuem para a instabilidade emocional (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020).

Em relação às medidas de quarentena e isolamento no ambiente doméstico, fechamento do comércio e escolas, além de restrições no deslocamento, a UNICEF sugeriu, que tais medidas seriam novas fontes de estresse tanto para as crianças como para os pais, que teriam que encontrar alternativas para o cuidado, e ainda poderiam se deparar com outros desafios como a violência domiciliar, o sofrimento psicológico pela morte ou doença de um parente, medo da doença, falta de intervenção em condições de saúde mental pré-existentes (UNICEF, 2020), situações que se tornaram muito reais para diversas famílias. O aumento do estresse e da ansiedade em decorrência das medidas de evitar uma piora da pandemia, como o isolamento social e quarentena, contribuíram com condutas não saudáveis como aumento de violência doméstica, uso de substâncias e maltrato infantil no ambiente familiar, dificultando o enfrentamento desse evento sanitário histórico (AHMED et al., 2020; BANERJEE, 2020; LIU et al., 2020; MONTEMURRO, 2020;).

A pandemia da COVID-19 introduziu novos estressores para os pais, aumentando seus papéis e responsabilidades, restringindo seus apoios sociais e estratégias usuais de

enfrentamento (FONTANESI ET AL., 2020). As famílias tiveram acesso reduzido à educação e cuidados infantis (por exemplo, creche, escola, entre outras), atividades recreativas (por exemplo, parques) e apoio social (por exemplo, professores, familiares, outros cuidadores). Além disso, para muitas famílias, as consequências econômicas da pandemia resultaram em perda de emprego, licença, dificuldade para pagar contas e diminuição da segurança alimentar doméstica (ROLL et al., 2022). Um estudo com pais canadenses sugere que equilibrar as responsabilidades de trabalho com cuidados infantis e/ou apoio à educação remota das crianças enquanto trabalham em casa foi uma fonte considerável de estresse para muitos cuidadores (CARROLL ET AL., 2020). O estresse prolongado pode corroer a percepção dos pais sobre sua capacidade de atender às demandas dos filhos, criando assim uma tensão que possa desencadear o estresse parental (RUSSELL ET AL., 2020). Essa condição complica a paternidade, sobrecarrega os recursos emocionais e físicos dos cuidadores e piora sua saúde mental e impacta na saúde mental e desenvolvimento da criança (MASTEN, 2018).

De outro lado, o isolamento pode se apresentar de forma positiva, pois podem oferecer uma boa oportunidade para melhorar a interação entre pais e filhos, com o envolvimento das crianças em atividades familiares, assim como os laços familiares também podem ser fortalecidos, isso irá depender também de como ocorrem as relações diádica e triádica (mãe-filho, pai-filho, mãe-pai-filho), se conflituosa ou com proximidade e afeto positivo (RUSSEL et al., 2020; BROOKS et al., 2020).

O fechamento prolongado das escolas e o confinamento domiciliar durante o surto da doença conduziram a efeitos negativos, a curto, médio e longo prazos, na saúde física e mental das crianças e de suas famílias (BRAZENDALE et al., 2017; BROOKS et al., 2020). Consequentemente, é possível identificar nesse contexto a ocorrência da privação das crianças em relação às suas interações sociais, com os colegas na escola e de sua rotina diária; também pode-se observar que além dos impactos psicológicos e físicos, o desempenho acadêmico poderá sofrer transformações, de forma negativa ou não (BROOKS et al., 2020).

Assim o fechamento das escolas pode ser comparado a quando as crianças estão fora da escola, por exemplo, em fins de semana e férias de verão, pois é comprovado que elas se apresentam fisicamente menos ativas, têm muito mais tempo de tela, padrões de sono irregulares e dietas menos favoráveis, resultando em impactos na saúde física e mental das crianças (WANG et al., 2019). Entretanto, é evidente que no contexto de fechamento por

emergência sanitária, que cerceia a liberdade de escolher realizar atividades fora de casa, isto traz diversas complicações. As consequências podem ser mais graves quando já estão presentes problemas de saúde mental, podendo ocorrer agravamento dos sintomas e maior disrupção no ambiente familiar (LEE, 2020).

Nessa direção, com vistas no contexto atual de pandemia, alguns estudos já mostram que a ocorrência do fechamento das escolas trouxe consequências adversas para as crianças e seu ambiente familiar (aumento de sintomas psicológicos das crianças e dos pais, dificuldade na flexibilidade e engajamento familiar, mudanças na alimentação e aumento da exposição às telas), sendo que a escola junto a outros membros da família são o apoio externo social para o cuidado da criança. Assim, a falta de acesso à escola pode ser particularmente prejudicial para qualquer família, mas ainda mais para crianças e/ou famílias que já se encontravam em situação de vulnerabilidade (BAHN,2020; FEGERT et al., 2020; HOFFMAN; MILLER, 2020; PRIME; WADE; BROWNE, 2020).

A partir do exposto sabe-se que o desenvolvimento tem influência de diversos sistemas e contextos, sendo assim atualmente tem-se um cenário de uma pandemia mundial, a qual tem exercido influência direta em toda a sociedade e nas particularidades de cada indivíduo, seja relacionado a mudanças de papéis, rotinas, atividades e nas relações com outros, modificando os diversos contextos em que a criança e sua família estão inseridos, o que justifica a busca de informações sobre de que modo as interações, processos proximais, atividades estão sendo afetados, quais as interações e recursos disponibilizados mais significativos na perspectiva das famílias e, de que modo essas mudanças podem estar afetando a saúde mental e desenvolvimento infantil.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer as alterações ocorridas no ambiente familiar e nas atividades escolares, causados pelo distanciamento social (DS) como resultado da pandemia da COVID-19 e verificar possíveis associações com desenvolvimento e saúde mental infantil e a saúde mental dos pais, bem como investigar correlações entre variáveis da criança (desenvolvimento e saúde mental) e dos pais (saúde mental - estresse, ansiedade e depressão).

Tomou-se como hipótese que as alterações no contexto familiar e escolar, incluindo a diminuição de oferta de recursos no ambiente familiar (atividades, materiais, passeios) conduziriam a prejuízos no desenvolvimento e saúde mental das crianças. De forma complementar, ao pensar no contexto familiar, considerou-se que a pandemia e o distanciamento social também afetariam a saúde mental parental, dadas as intensas e drásticas mudanças que se fizeram necessárias.

2.2 Objetivos específicos

Entre os objetivos específicos estão:

1. Caracterizar as crianças, considerando variáveis sóciodemográficas, de desenvolvimento e saúde mental nos primeiros meses de distanciamento social;
2. Estabelecer comparações entre atividades realizadas pelas crianças antes do DS e no início deste período (brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola);
3. Caracterizar as famílias, considerando variáveis sóciodemográficas, configuração familiar e saúde mental dos pais;
4. Verificar características do contexto escolar, considerando o perfil da escola (pública ou privada), oferta de atividades e o contexto da pandemia;

5. Verificar as alterações no ambiente familiar decorrentes do período de pandemia, incluindo alterações na rotina e moradia, adoecimento por COVID-19 e necessidade dos pais de trabalhar de casa (*home office*);

6. Verificar alterações na oferta de recursos no ambiente familiar, estabelecendo comparações entre esta oferta no período anterior ao DS e no início do DS;

7. Investigar associações entre desenvolvimento e saúde mental infantil nos primeiros meses de DS;

8. Verificar associações de desenvolvimento e saúde mental da criança com saúde mental dos pais nos primeiros meses do DS, recursos do ambiente familiar antes e durante o DS;

9. Analisar associações entre saúde mental dos pais e a oferta de recursos do ambiente familiar antes e durante o DS.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Tipo e delineamento de estudo

Estudo analítico com delineamento transversal, com abordagem quantitativa dos dados (HULLEY et al., 2015). O estudo levantou, de forma retrospectiva, informações referentes ao período prévio ao distanciamento social (como era um mês antes do distanciamento social) e dados referentes ao período durante o distanciamento social para a variável recursos do ambiente familiar, além de informações referentes ao contexto familiar no início do distanciamento e às outras variáveis – saúde mental infantil, desenvolvimento da criança, saúde mental parental (estresse, depressão e ansiedade).

3.2 Participantes

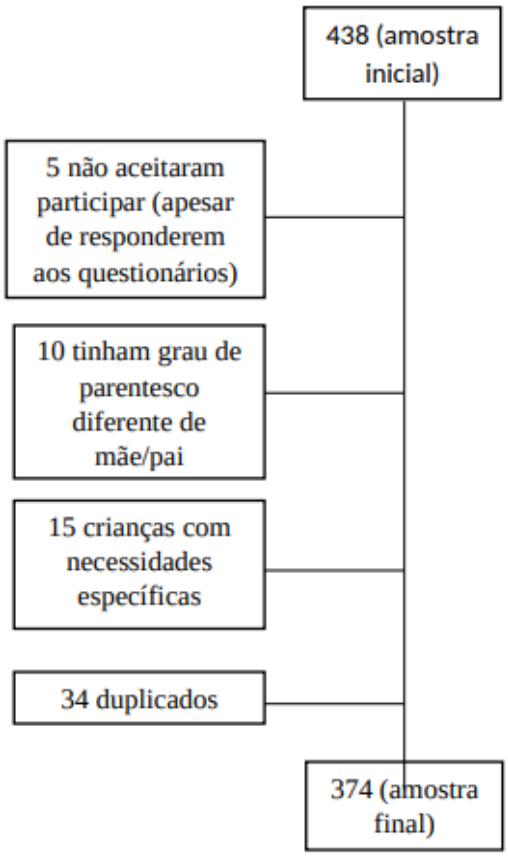
A coleta foi realizada entre os meses de maio até julho de 2020; foram convidados a colaborar na pesquisa os responsáveis (mãe ou pai) de crianças da faixa etária entre quatro a sete anos de idade que residiam no Brasil e estivessem no país no início da pandemia da COVID-19 e do distanciamento social.

Os critérios de inclusão foram: ser mãe ou pai de pelo menos uma criança em idade entre quatro e sete anos que frequentava instituição educacional no período prévio ao distanciamento social; ter idade igual ou acima de 18 anos; residir no Brasil; ser o cuidador da criança por pelo menos parte do dia, todos os dias da semana; ser capaz de responder sobre a criança e seu ambiente familiar.

Os critérios de exclusão foram: ter grau de parentesco diferente de mãe ou pai; não preencher todo o formulário (que incluiu todos os instrumentos), crianças com condições neurológicas, deficiências auditivas, visuais, transtornos do espectro autista ou outros quadros que pudessem aumentar as demandas familiares desses responsáveis.

A amostra inicial foi de 438 responsáveis, restando após aplicação dos critérios de exclusão 374 participantes, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 − Recrutamento de participantes



3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

Caracterização sociodemográfica:

a) Questionário de informações sociodemográficas e familiares: instrumento construído pelos pesquisadores do ProDeFa (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Processos de Desenvolvimento Humano e Relações Familiares em Contextos de Saúde e Adoecimento) para estudos do grupo, contendo questões para investigação de dados sociodemográficas e familiares. O questionário é constituído por 32 questões que investigam os dados pessoais, grau de escolaridade dos responsáveis pela criança, configuração familiar, situação financeira da família, incluindo o Critério Brasil para classificação socioeconômica do tipo A= Até R$ 1093,00; B= R$ 1093,00 até R$ 3117,01; C= R$ 3117,01 até R$ 5195,00; D= R$ 5195,00 até R$ 10390,00 e E= mais

de R$ 10390,00 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA-ABEP, 2018) e alterações da rotina e ambiente no início do DS.

Recursos do ambiente familiar:

b) Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF): instrumento que avalia os recursos do ambiente familiar, considerando três domínios: recursos que promovem os processos proximais, atividades que estabilizam a vida familiar e práticas parentais que promovem a relação família-escola (MARTURANO, 2006). Compreende 10 questões abordando as seguintes temáticas: o que a criança faz quando não está na escola, suas atividades regulares, seus últimos passeios, as atividades que os pais desenvolvem com ela em casa, os brinquedos que ela tem ou já teve, se existem jornais, revistas e livros na sua casa, se alguém acompanha a criança nos afazeres da escola, se ela tem uma rotina estabelecida para tomar banho, almoçar, brincar, fazer lição de casa etc., se a família tem o costume de se reunir nas refeições e nos finais de semana. A pontuação bruta em cada um dos dez tópicos é a soma dos itens assinalados, com exceção dos tópicos 8, 9, 10, que têm pontuação específica indicada. Considerando estudos anteriores (DILLEGI; SANTO; SCORSOLLINI-COMIN, 2022; DILLEGGI; ROSA; SANTOS, 2019; MORILLA et al., 2017) o instrumento foi atualizado para contemplar os itens: uso de celulares, tablets, computador e mídias sociais, e adaptado para a investigação antes da pandemia e no início do distanciamento social. O instrumento apresentou bom índice de confiabilidade no estudo de validação com um alfa de Cronbach igual a 0,72 (Marturano, 2006). Para a amostra deste estudo, o alfa foi calculado para o período antes da pandemia e no início do DS, resultando valores iguais a 0,85 e 0,82, respectivamente.

Desenvolvimento infantil:

c) Questionário de marco de desenvolvimento Infantil (4 a 7 anos): instrumento adaptado pelas pesquisadoras do ProDeFa (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Processos de Desenvolvimento Humano e Relações Familiares em Contextos de Saúde e Adoecimento) para este estudo, com base no Inventário de Desenvolvimento de Battelle (Battelle Developmental Inventory Screening Teste – BDIS) (NEWBORG; STOCK; WNEK, 2011). É focado na investigação do

desenvolvimento infantil a partir de questões que envolvem habilidades sociais, adaptativas, motoras (grossa e fina), de comunicação e cognitivas. Contém 40 questões dirigidas para a percepção dos pais em relação ao desenvolvimento da criança. Cada item pode ser respondido com “Ainda não”, “Às vezes” e “Sim”, variando de 0 (não) a 2 (sim); os escores por área vão de 0 a 16 pontos e o escore total varia de 0 a 80; a somatória baseia-se primeiro em cada domínio e o valor total decorre da soma de todos os domínios; maiores valores correspondem a melhor resultado. Em relação a sua confiabilidade, para a amostra deste estudo o instrumento apresentou um alfa de Cronbach de 0,89, considerando todos os itens. Avaliando por áreas, os índices ficaram 0,60 para a área social, 0,63 para a área adaptativa, 0,79 para a área motora, 0,80 para a área de comunicação e 0,72 para a área cognitiva.

Saúde mental infantil:

d) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ - 4 a 17 anos - versão pais): instrumento utilizado para rastrear e avaliar problemas de saúde mental infantojuvenil. Consiste em um questionário composto por 25 itens, que são subdivididos em cinco subescalas que vão avaliar: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Cada item pode ser respondido como “falso”, “mais ou menos verdadeiro” e “verdadeiro”, com pontuações de 0 a 2, respectivamente e o escore total pode variar de 0 a 40 pontos. A soma de cada subescala e a total possibilitam a classificação do indivíduo em três categorias: comportamento normal (0-15 pontos), limítrofe (16-19 pontos) e clínico (20-40 pontos). Em quase todas as subescalas (exceto comportamento pró-social), quanto maior a pontuação, maior é o número de sintomas presentes (FLEITLICH; CORTAZAR; GOODMAN, 2000). Possui bons índices de confiabilidade e fidedignidade em estudos brasileiros definidos pelo alfa de Cronbach com valores próximos de 0.80 (WOERNER et al, 2004; SAUR, LOUREIRO, 2012). Neste estudo o alpha da escala geral foi 0,70 e foram calculados os alfas por subescalas: hiperatividade obteve $\alpha = 0,73$; sintomas emocionais, $\alpha = 0,62$; problemas de conduta, $\alpha = 0,63$; problemas de relacionamento, $\alpha = 0,72$; comportamento pró-social, $\alpha = 0,70$.

Saúde mental parental:

e) Transtorno de Ansiedade Generalizado (GAD-7): instrumento autoaplicável, utilizado para triagem, diagnóstico e monitoramento de ansiedade, foi elaborado por Spitzer et al. (2006). É composto por sete itens correspondentes aos sintomas de transtornos de ansiedade generalizado, com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 2003). Os sintomas devem ser referidos com relação às últimas duas semanas; os itens são dispostos por escala Likert de quatro pontos, 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), a pontuação varia de 0 a 21. Neste estudo será utilizado para rastreamento de sintomas de ansiedade nos pais das crianças. O instrumento apresenta bons índices de confiabilidade - entre 0,88 e 0,92 (SOUSA et al., 2015; MORENO et al., 2016) e permite distinguir entre quatro categorias: nenhuma ansiedade ou ansiedade normal (0-4 pontos), leve (5–9 pontos), moderada (10–14 pontos) e grave (15–21 pontos). O índice de confiabilidade alfa de Cronbach para a amostra deste estudo foi de 0,92.

f) Questionário sobre a saúde do paciente 2 (PHQ-2): é uma versão reduzida do instrumento PHQ-9, o qual foi desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2003) e possui validação brasileira por Osório et al. (2009); tem como objetivo o rastreamento de depressão maior em adultos de acordo com DSM-IV. O PHQ-2 corresponde às duas primeiras questões do PHQ-9 e consiste na avaliação da frequência de humor deprimido e anedonia nas duas semanas anteriores à avaliação. É autoaplicável, utilizado para rastreamento e é composto por duas questões, do tipo Likert de quatro pontos, 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de depressão, valor ≥ 3 (OSÓRIO et al, 2009). O alfa de Cronbach calculado nesta pesquisa foi de 0,83.

g) Impact of Event Scale (IES-R-versão brasileira): instrumento autoaplicável, utilizado para avaliar o estresse relacionado a eventos da vida, em relação às características particulares que envolvem tais eventos e que contemplam os critérios de avaliação de transtorno do estresse pós-traumático publicados no DSM-IV. É composto por 22 itens, respondidos em escala do tipo Likert de cinco pontos, 0 (nenhum pouco) a 4 (extremamente) e subdividido em três subescalas ligadas a evitação (evitamento dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral), intrusão (reexperiência intrusiva do acontecimento traumático) e hiperestimulação (aumento da ativação fisiológica). O escore total é a soma dos escores das subescalas que pode

variar entre 0 e 88, sendo dividido em: 0-23 normal, 24-32 impacto psicológico leve, 33-36 impacto moderado e ≥37 é considerado impacto severo. Foi elaborado por Weiss e Marmar (1997), adaptada e validada para o Brasil por Caiuby et al. (2012) obtendo um alfa de Cronbach de 0,93 para o escore total e 0,75 a 0,88 para as subescalas. O presente estudo obteve α=0,95 para a escala total, com α= 0,88 para Evitação, α= 0,90 para Intrusão e α= 0,87 para Hiperestimulação.

Os índices de confiabilidade dos instrumentos foram calculados para verificar se mantinham boa consistência interna quando aplicados no formato *on-line*, uma vez que todos foram construídos e validados para aplicação presencial.

3.4 Procedimentos

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o protocolo CAAEE: 31378920.6.0000.5393, estando de acordo com a Resolução 466/2012 do CONEP para pesquisas com seres humanos e tendo sido avaliado em fluxo especial para estudos sobre COVID-19.

Todos os instrumentos foram inseridos em um questionário usando a plataforma Google (Google Forms). A divulgação da pesquisa ocorreu pelas redes sociais (Facebook, Instagram, Whatsapp) e nas plataformas de notícias da Universidade de São Paulo (USP), e incluiu material contendo convite, link para o questionário, e-mails dos pesquisadores e identificação da instituição sede do estudo. O acesso ao questionário era possível apenas após a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), inserido no início do formulário. Após o cumprimento das questões éticas os participantes foram direcionados para responder o questionário. O texto que foi inserido na divulgação seguiu o modelo apresentado no Anexo I, com link disponível para responder à pesquisa, adequando-se conforme a mídia utilizada.

3.5 Análise de dados

Os dados coletados pelos formulários *on-line* foram armazenados em planilha do Excel, transportados para o SPSS 24.0 e submetidos a análises descritivas.

Para os dados referentes a variáveis categóricas foram realizados cálculos de frequência e porcentagem e para as variáveis numéricas foram calculadas média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

Foram utilizadas provas estatísticas paramétricas. Para verificar diferenças significativas nos recursos do ambiente familiar (RAF) entre os tempos antes e no início do DS foi aplicado o teste t de Student para amostras pareadas. Foi utilizado o teste de correlação de Person entre RAF e o desenvolvimento infantil, entre o RAF e o SDQ (saúde mental infantil) , entre o RAF e saúde mental parental (IES-R, GAD-7 e PHQ-2), e saúde mental parental (IES-R, GAD-7 e PHQ-2) e o SDQ. Para verificar a diferencia entre a realização de atividades escolares por faixa etária e o tipo de escola no início do DS foram utilizadas os testes exato de Fisher e Qui Quadrado, respetivamente. Para comparar as diversas atividades escolares oferecidas no início do DS segundo a faixa etária e o tipo de escola foi utilizado o teste de Qui Quadrado. Para verificar as correlações entre o tempo dedicado nas atividades de lazer e lição de casa antes e no início do DS foi utilizado o teste Qui Quadrado de McNemar.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Pessoa

Características das crianças

Em relação às crianças, a idade média foi de 5,44 (±1,09), sendo que o 50,8% foi do gênero masculino, 81,3% frequentavam escola privada e a maioria estava cursando a Educação Infantil (25,7% na etapa 1 e 28,3% na etapa final) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características das crianças

Variável	Frequência	Porcentagem
Gênero da criança		
Masculino	190	50,8%
Feminino	184	49,2%
Idade da criança		
4 anos	95	25,4%
5 anos	101	27%
6 anos	98	26,2%
7 anos	80	21,4%
Tipo de escola/pré-escola		
Pública	70	18,7%
Privada	304	81,3%
Escolaridade da criança		
Pré-escolar (etapa 1)	96	25,7%
Pré-escolar (etapa final)	106	28,3%
1° ano do Ensino Fundamental	96	25,7%
2º ano do Ensino Fundamental	76	20,3%

Desenvolvimento e saúde mental infantil no início do distanciamento social devido á pandemia da covid-19

Na tabela 2 observam-se os resultados referentes a desenvolvimento infantil. Nota-se maior média na área de comunicação (relacionada a capacidade de receber, compreender e

expressar informações, a partir da comunicação verbal e não verbal), e habilidades motoras (motora grossa e fina), enquanto a menor média foi na área adaptativa (capacidade de usar informações e habilidades nas atividades de vida diária – AVD).

Tabela 2 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às áreas do desenvolvimento infantil

Áreas de desenvolvimento infantil	**Mínimo**	**Máximo**	**Média (±dp)**
Pessoal-Social	4	16	12,07 (±2,38)
Adaptativa	0	16	11,30 (±2,99)
Motora	0	16	13,56 (±3,08)
Comunicação	0	16	14,79 (±2,15)
Cognitiva	2	16	12,31 (±2,53)
Total	8	80	64,04 (±9,93)

Nota-se a ocorrência de escores 0 para algumas subescalas – adaptativa, motora e comunicação.

Os resultados referentes aos escores parciais e totais do SDQ, referente à saúde mental infantil, estão sumarizados na tabela 3.

Tabela 3 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (SDQ)

Subescalas do SDQ	**Mínimo**	**Máximo**	**Média (±dp)**
Sintomas emocionais	0	10	3,34 (±2,17)
Problemas de conduta	0	9	2,48 (±1,92)
Hiperatividade	0	10	4,45 (±2,39)
Problemas de relacionamento com os colegas	0	10	1,80 (±2,09)
Pró-social	0	10	7,92 (±1,94)
Total	8	36	19,88 (±5,54)

As subescalas Pró-social (comportamento positivo) e Hiperatividade (comportamento disruptivo) foram aquelas que mostraram maiores médias, 7,92 (±1,94) e 4,45 (±2,39)

respectivamente. A menor pontuação média ocorreu na subescala Problemas de relacionamento com os colegas (1,80).

No que tange à classificação obtida pela criança a partir dos escores, observa-se na tabela 4 que 21,4% do total das crianças foi considerada como apresentando dificuldades de comportamento - grupo clínico, de acordo com o resultado total da escala.

Tabela 4 – Frequência e porcentagem dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (SDQ)

Subescalas do SDQ	**Normal f(%)**	**Limítrofe f(%)**	**Clínico f(%)**
Sintomas emocionais	224 (59,9)	56 (14,9)	94 (25,1)
Problemas de conduta	221 (59,1)	57 (15,2)	96 (25,7)
Hiperatividade	254 (67,9)	40 (10,7)	80 (21,4)
Problemas de relacionamento com os colegas	279 (74,6)	36 (9,6)	59 (15,8)
Pró-social	329 (87,9)	24 (6,4)	21 (5,6)
Total	258 (68,9)	36(9,6)	80 (21,4)

Na tabela 5 são apresentados os resultados da correlação entre os resultados de desenvolvimento e saúde mental infantil.

Observá-se que todas as áreas de desenvolvimento se correlacionaram negativa e significativamente com a subescala de hiperatividade e positivamente com a subescala pró-social. Nota-se, também, correlações negativas significativas entre: a área de comunicação e problemas de conduta (p=0 ,000), problemas de relacionamento com os colegas (p= 0,001) e com o valor total do SDQ (p= 0,000).

A área social também mostrou correlações negativas significativas com problemas de relacionamento com os colegas (p= 0,007). Da mesma forma, a subescala de problemas de conduta se correlacionou também negativamente ao valor total do desenvolvimento infantil (p= 0,018).

Tabela 5 – Correlações entre desenvolvimento (Batelle) e saúde mental infantil (SDQ) (Coeficiente de correlação de Pearson)

Subescalas do SDQ	**Áreas de desenvolvimento infantil**					
	Social	**Adaptativo**	**Motor**	**Comunicação**	**Cognitivo**	**Geral**
Sintomas emocionais	-0,026	0,014	0,047	-0,065	0,085	0,020
Problemas de conduta	-0,081	-0,056	-0,085	**-0,182****	-0,079	**-0,122***
Hiperatividade	**-0,189****	**-0,152****	**-0,205****	**-0,219****	**-0,205****	**-0,254****
Problemas de relacionamento com os colegas	**-0,139****	-0,031	-0,052	**-0,168****	0,007	-0,093
Pró-social	**0,252****	**0,185****	**0,134****	**0,173****	**0,118***	**0,226****
Total	-0,084	-0,027	-0,073	**-0,186****	-0,039	-0,101

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01

Tempo dedicado em atividades (brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola) antes e no início do distanciamento social

Em relação ao tempo gasto pelas crianças em diferentes atividades, a tabela 6 apresenta a comparação entre o período antes do DS e no início do DS.

Tabela 6 – Comparação entre as horas gastas em a brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola no período antes e no início do distanciamento social

(continua)

		Antes da Pandemia da COVID-19 f(%)	**Durante a Pandemia da COVID-19 f(%)**	**X^2**	**p**
Brincar na rua	Não realiza	209 (55,9)	317 (84,8)		**<0,001*** **
	Até duas horas	148 (39,6)	40 (10,7)	94,81	**<0,001*** **
	Três ou mais horas	17 (4,5)	17 (4,5)		-

Tabela 6 – Comparação entre as horas gastas em a brincadeiras, tempo de exposição a telas e lições da escola no período antes e no início do distanciamento social

(conclusão)

		Antes da Pandemia da COVID-19 f(%)	**Durante a Pandemia da COVID-19 f(%)**	**X^2**	**p**
Brincar em casa	Não realiza	1 (0,3)	4 (1,1)		-
	Até duas horas	196 (52,4)	97 (25,9)	76,06	**<0,001*** **
	Três ou mais horas	177 (47,3)	273 (73,0)		**<0,001*** **
Lição de casa	Não realiza	66 (17,6)	55 (14,7)		-
	Até duas horas	293 (78,3)	250 (66,8)	47,09	**<0,001*** **
	Três ou mais horas	15 (4,0)	69 (18,4)		**<0,001*** **
Videogame, celular e/ou tablet	Não realiza	119 (31,8)	64 (17,1)		**<0,001*** **
	Até duas horas	220 (58,8)	193 (51,6)	108,12	-
	Três ou mais horas	35 (9,4)	117 (31,3)		**<0,001*** **
Televisão	Não realiza	13 (3,5)	8 (2,1)		-
	Até duas horas	292 (78,1)	138 (36,9)	153,89	**<0,001*** **
	Três ou mais horas	69 (18,4)	228 (61,0)		**<0,001*** **

Nota: ***p< 0,001

Observam-se diferenças significativas entre o tempo gasto nas diferentes atividades, considerando os dois tempos investigados. No início do DS houve uma diminuição significativa do tempo de brincar na rua [$X^2 = 94,81$; $p < 0.001$] e aumento do tempo gasto em todas as outras atividades.

4.2 Contexto – características dos pais e escola

Características dos pais

Entre os responsáveis das crianças predominaram residentes da região Sudeste do país (Tabela 7), sendo que destes 74,7% eram provenientes do estado de São Paulo.

Tabela 7– Distribuição dos participantes segundo a região do Brasil (N=374)

Região do Brasil onde residem	Frequência	Porcentagem
Norte	18	4,8%
Nordeste	20	5,3%
Centro-Oeste	24	6,4%
Sudeste	297	79,4%
Sul	15	4,0%

A idade dos responsáveis variou de 18 a 57 anos (Média=38,36±5,23), que se identificaram principalmente como mães (93,9%), de gênero feminino (92,5%), casados ou com união estável (87,9%) e com escolaridade superior ou pós-graduada (90,5%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Características dos responsáveis (N=374)

(continua)

Variável	Frequência	Porcentagem
Parentesco		
Mãe	351	93,9%
Pai	23	6,1%
Gênero		
Masculino	27	7,2%
Feminino	346	92,5%
Transgênero	1	0,3%
Estado Civil		
Solteiro (a)	20	5,3%
Casado (a)	278	74,3%

Tabela 8 – Características dos responsáveis (N=374) (conclusão)

Variável	Frequência	Porcentagem
União estável/morar com companheiro	51	13,6%
Separado (a)/divorciado(a)	23	6,1%
Viúvo/viúva	1	0,3%
Outros	1	0,3%
Escolaridade do responsável		
Fundamental incompleto	4	1,1%
Fundamental completo	0	0%
Médio incompleto	1	0,3%
Médio completo	15	4%
Superior incompleto	16	4,3%
Superior completo	84	22,5%
Pós-graduação Incompleto	26	7%
Pós-graduação completo	228	61%
Situação ocupacional do responsável		
Assalariado – setor público	140	37,4%
Assalariado – setor privado	79	21,1%
Autônomo	87	23,3%
Mercado informal/bicos	1	0,3%
Aposentado (a) / pensionista	0	0
Não trabalha/ desempregado	39	10,4%
Estudante com/sem bolsa	9	2,4%
Empresário/ microempresário	9	2,4%
Outros	10	2,7%

A Tabela 9 mostra características familiares, observando-se o predomínio de famílias provenientes dos extratos A e B (85,6% no total), com quatro ou mais integrantes (58,1%), composta por pai, mãe e filhos de um único casamento (79,7%).

Tabela 9 – Características das famílias (N=374)

Variável	Frequência	Porcentagem
Classificação econômica		
A	123	32,9%
B1	119	31,8%
B2	78	20,9%
C1	46	12,3%
C2, D, E	8	2,1%
Número de integrantes da família		
2 integrantes	22	5,9%
3 integrantes	135	36,1%
4 integrantes	167	44,7%
5 ou mais integrantes	50	13,4%
Núcleo familiar		
Pai, mãe e filhos de um único casamento	298	79,7%
Pai/padrasto, mãe/madrasta com filhos de casamentos anteriores	13	3,5%
Pai/padrasto, mãe/madrasta com filhos de casamentos anteriores e atual	22	5,9%
Pai ou mãe sozinhos com filhos	32	8,6%
Dois pais/duas mães com filhos de casamentos anteriores e atual	1	0,3%
Outros	8	2,1%
Configuração familiar		
Duas ou três gerações residindo juntos (com avós ou bisavós)	42	11,2%
Outras pessoas participando da família (tios, primos, amigos, por exemplo)	13	3,5%
Igual ao Núcleo familiar informado	319	85,3%

A Tabela 10 sintetiza os resultados referentes a variáveis relevantes frente a pandemia da COVID-19 e distanciamento social, incluindo alterações no contexto familiar decorrente das mesmas.

Tabela 10 – Dados relacionados a COVID-19 e distanciamento social (N=374) (continua)

Variável	Frequência	Porcentagem
Condição de risco de algum membro da família	186	49,7%
Mãe da criança	40	21,5%
Pai da criança	49	26,3%
Avós e/ou avôs	84	45,2%
Filhos/crianças	34	18,3%
Outros	14	7.5%
Distanciamento Social (DS)		
Não	53	14,2%
Motivo de não ter feito DS		
Relacionados ao trabalho	38	71,7%
Relacionados ao cuidado da saúde	3	5,7%
Relacionados ao cuidado dos outros (parentes, idosos, etc)	5	9,4%
Outros não especificados	7	13,2%
Sim	321	85,8%
Motivo de ter feito o DS		
Evitar ter a doença	252	78.5%
Evitar transmitir para as outras pessoas	202	62,9%
Atender as recomendações das autoridades	200	62,3%
Outros	4	7.5%
Sem resposta	3	5,7%
Positivo para COVID-19 na família		
Não	361	96,5%
Sim	13	3,5%
Isolamento da pessoa com COVID-19		
Não	2	15,4%
Sim	8	61,5%
Sem resposta	3	23,1%
Sintomas como febre ou tosse na família		
Não	338	90,4%
Sim	36	9,6%
Isolamento da pessoa com sintomas de febre ou tosse		
Não	17	47,2%
Sim	19	52,8%

Tabela 10 – Dados relacionados a COVID-19 e distanciamento social (N=374) (conclusão)

Variável	Frequência	Porcentagem
Dificuldade no isolamento da pessoa com COVID-19 ou sintomas de febre ou tosse		
Não	12	44,4%
Sim	14	51,9%
Sem resposta	1	3,7%
Tipo de dificuldade na realização de isolamento da pessoa com COVID19 ou sintomas de febre ou tosse		
Organização do espaço físico, procedimentos de higienização do ambiente e alimentação da pessoa isolada	9	64,3%
Dificuldades emocionais, comportamentais da pessoa isolada	1	7,1%
Dificuldades emocionais, comportamentais das outras pessoas da casa	3	21,4%
Dificuldades financeiras para seguir todas as recomendações do isolamento	0	0
Falta de informação ou orientação sobre como fazer o isolamento	0	0
Motivo de não realização de isolamento da pessoa com COVID-19 ou sintomas de febre ou tosse		
Organização do espaço físico, procedimentos de higienização do ambiente e alimentação da pessoa isolada	4	23,5%
Dificuldades emocionais, comportamentais da pessoa isolada	3	17,6%
Dificuldades emocionais, comportamentais das outras pessoas da casa	1	5,9%
Dificuldades financeiras para seguir todas as recomendações do isolamento	0	0
Falta de informação ou orientação sobre como fazer o isolamento	2	11,8%
Outros	7	41,2%

Observa-se na tabela 10, que 49,7% das famílias incluía membros que apresentavam condição de risco diante da COVID-19, especialmente avós/avôs (45,2%); 85,8% das famílias realizaram distanciamento social, das quais o 78,5% referiu estar realizando distanciamento social para evitar a doença. Entre as famílias que não cumpriram a recomendação de distanciamento social (14,2%), 71,7% referiu que não o fizeram por motivos relacionados ao trabalho.

Durante o distanciamento social o trabalho dos pais sofreu alterações referente aos dias de trabalho, o local de trabalho, entre outros, sumariza a tabela 11

Tabela 11 – Perfil do trabalho dos pais no início do DS (N=374)

Variável	**Frequência**	**Porcentagens**
Continuam indo a seus locais de trabalho	97	25,9%
Estão trabalhando sem alteração de horários	21	5,6%
Estão trabalhando com tempo ou dias da semana reduzido	68	18,2%
Estão trabalhando em casa	169	45,2%
Estão afastadas do trabalho	19	5,1%
Motivo do afastamento		
Trabalho não permite home office; afastamento; trabalho fechado; férias	8	42,1%
Distanciamento social; evitar contágio; prevenção	2	10,5%
Grupo de risco; licenças-saúde e maternidade; testou positivo para COVID-19	3	15,8%
Demissão/suspensão de contrato	4	21,1%
Outros	2	10,5%

Na tabela 12 é possível observar as alterações ocorridas na rotina das famílias, identificando-se que 69,5% das famílias referiu ter sido necessário modificar o espaço para estudo ou atividades escolares das crianças.

Tabela 12 – Mudanças na rotina da família (N=374)

Variável	**Frequência**	**Porcentagem**
Foi necessário criar/estabelecer espaço para o trabalho dentro de casa	217	58%
Foi necessário modificar o espaço para estudo ou atividades escolares das crianças	260	69,5%
Houve alterações nos espaços usados para dormir, comer, brincar e estudar dentro de casa	102	27,3%

Ainda no que diz respeito as mudanças, a tabela 13 apresenta dados sobre o tipo de moradias e a necessidade de mudança decorrente do distanciamento social, sendo que 6,1% se mudou e destes, 30,4% buscaram a área rural para se instalarem.

Tabela 13 – Características da moradia antes e no início do DS (N=374)

Variável	**Frequência**	**Porcentagem**
Tipo de Moradia		
Apartamento	149	39,8%
Casa com quintal	195	52,1%
Casa sem quintal	21	5,6%
Comunidade	1	0,3%
Área rural (chácara, sítio, rancho ou fazenda)	8	2,1%
Mudança de moradia para realizar o distanciamento social		
Sim	23	6,1%
Não	351	93,9%
Moradia onde mudou para passar o distanciamento social		
Apartamento	3	13%
Casa com quintal	13	56,7%
Casa sem quintal	0	0
Comunidade	0	0
Área rural (chácara, sítio, rancho ou fazenda)	7	30,4%

Saúde mental parental

Esta seção contém os resultados referentes a saúde mental dos responsáveis. A tabela 14 e 15 representa os escores relacionados à saúde mental dos pais, considerando estresse percebido (IES-R); níveis de ansiedade (GAD-7) e de depressão (PHQ-2). Verificou-se um porcentual mais elevado de pais com sintomas de ansiedade (75,4% considerando nível leve, moderado e grave), seguido de pais com algum sintoma de estresse (51%, considerando nível suave, moderado e severo) e depressão (29,7%).

Tabela 14 –Valores de média, desvio padrão (DP) referentes aos valores brutos dos instrumentos para conhecer a saúde mental parental no início do DS devido à pandemia da COVID-19

	Mínimo	**Máximo**	**Média (±dp)**
IES-R	0	88	27,05 (±17,17)
Subescalas			
Evitação	0	32	9,83 (±6,42)
Intrusão	0	32	9,89 (±6,78)
Hiperestimulação	0	24	7,33 (±5,43)
GAD-7	0	21	8,7 (±5,41)
PHQ-2	0	6	2,0 (±1,69)

Tabela 15 –Valores de frequência (f) e porcentagem (%) referentes à classificação dos instrumentos para conhecer a saúde mental parental no início do DS devido à pandemia da COVID-19

Classificação	**f(%)**
GAD-7	
Normal	91 (24,3)
Leve	135 (36,1)
Moderado	83 (22,2)
Grave	65 (17,4)
PHQ-2	
Presença de sintomas de depressão	111 (29,7)
Ausência de sinais e sintomas	263 (70,3)
IES-R	
Leve	68 (18,2)
Moderado	20 (5,3)
Severo	103 (27,5)
Ausência de sinais e sintomas	183 (48,9)

Características da escola das crianças

Na tabela 16, observa-se que 90,1% (337) das crianças continuaram realizando atividades escolares no início do DS, havendo diferença significativa quanto à esta condição entre as crianças de 4 a 5 anos e aquelas com 6 a 7 anos [X^2 (1) = 25,668; p= 0,000].

Tabela 16 – Realização de atividades escolares no período de distanciamento social a partir da comparação entre faixa etária

	4 a 5 anos f (%)	**6 a 7 anos f (%)**	**X^2**	**p**
Realiza atividades escolares	162 (48,1)	175 (51.9)	25,668	**0,000*** **
Não realiza atividades escolares	34 (91,9)	3 (8,3)		

Nota: ***p< 0,001

Na tabela 17, é possível observar quais foram as atividades escolares oferecidas às crianças no início do DS, discriminados por faixa etária, 4-5 anos (pré-escolar) e 6-7 anos (ensino fundamental), assim a tabela sumariza as informações referentes apenas às crianças que apresentaram alguma oferta de atividades, pela escola, durante o período (n= 337).

Tabela 17 – Atividades escolares oferecidas no período de distanciamento social a partir da comparação entre faixa etária

	4-5 anos (n=162)		**6-7 anos (n=175)**		**X^2**	**P**
	Não faz f(%)	**Faz f(%)**	**Não faz f(%)**	**Faz f(%)**		
Aulas virtuais	71 (68,3)	91 (39,1)	33 (31,7)	142 (60,9)	24,583	**0,000*** **
Tarefas *on-line*	92 (59,4)	70 (38,5)	63 (40,6)	112 (61,5)	14,638	**0,000*** **
Tarefas indicadas pela escola realizadas em caderno ou livros	63 (60,0)	99 (42,7)	42 (40,0)	133 (57,3)	8,694	**0,003** **
Estudo orientado pelos pais	105 (46,5)	57 (51,4)	121 (53,5)	54 (48,6)	0,713	**0,398**
Outros	144 (46,6)	17 (77,3)	165 (97,1)	5 (2,9)	7,734	**0,005** **

Nota: **p < 0,01; ***p< 0,001

Para as crianças de 4 a 5 anos as atividades escolares mais frequentes foram tarefas indicadas pela escola realizadas em cadernos ou livros (60%), seguidas de virtuais (59,4%); de forma inversa para grupo de 6 a 7 anos teve o predomínio de aulas virtuais (60,9%), seguidas das tarefas indicadas pela escola realizadas em livros e cadernos (57,3%).

Na comparação entre os grupos etários, foi possível observar diferenças significativas, sendo mais prevalente para os mais velhos a oferta de aulas virtuais [X^2 (1) = 24,583; p= 0,000]; tarefas *on-line* [X^2 (1) = 14,638; p= 0,000]; estudo tarefas indicadas pela escola em cadernos ou livros [X^2 (1) = 8,694; p= 0,003].

No que tange à comparação entre estudantes de escola pública (18,7%) e privada (81,3%), foi observado diferença significativa quanto à realização de atividades escolares, que foi mais prevalente entre os que frequentavam instituição privada [X^2 (1) = 7,276; p= 0,007] (Tabela 18).

Tabela 18 – Realização de atividades escolares no período de distanciamento social conforme tipo de escola

	Pública f (%)	**Privada f (%)**	**X^2**	**p**
Realiza atividades escolares	57 (16,9)	280 (83,1)	7,276	**0,007****
Não realiza atividades escolares	13 (35,1)	24 (64,9)		

Nota: **p < 0,01

Nesse sentido a tabela 19, buscou verificar a existência de diferença significativa na oferta de atividades escolares em relação ao tipo de escola (pública ou privada) para as crianças que realizavam atividades escolares no início do distanciamento social (n=337). Destaca-se a existência de diferenças significativas na proposta de atividades oferecidas de acordo com o tipo de escola, com predomínio de oferta pelas escolas privadas.

Tabela 19 – Comparação entre os tipos de escolas e as atividades escolares oferecidas

	Pública (N=57)		**Privada (N=280)**		**X²**	**P**
	Não faz f(%)	**Faz f(%)**	**Não faz f(%)**	**Faz f(%)**		
Aulas virtuais	43 (41,3)	14 (6)	61 (58,7)	219 (94)	63,894	**0,000*** **
Tarefas *on-line*	34 (21,9)	23 (12,6)	121 (78,1)	159 (87,4)	5,150	**0,023***
Tarefas indicadas pela escola realizadas em caderno ou livros	23 (21,9)	34 (14,7)	82 (78,1)	198 (85,3)	2,703	0,100
Estudo orientado pelos pais	27 (11,9)	30 (27)	199 (88,1)	81 (73)	12,047	**0,001** **
Outros	50 (16,2)	7 (31,8)	259 (83,8)	15 (68,2)	3,523	0,061

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p< 0,001

É possível observar que as aulas virtuais e tarefas *on-line*, foram mais oferecidas nas escolas privadas do que nas públicas, respectivamente [X^2 (1) = 63,894; p= 0,000]; [X^2 (1) = 5,150; p= 0,023].

Em contrapartida, as atividades em que o estudo era orientado pelos pais apresentou maior frequência dentre as atividades oferecidas pelas escolas públicas, mas ainda por baixo do valor comparado com as escolas privadas [X^2 (1) = 12,047; p= 0,001].

Não observou-se diferença significativa quanto à oferta de atividades realizadas em caderno ou livros, nem outras atividades.

Recursos do ambiente familiar antes e durante o distanciamento social causado pela pandemia da covid-19

Os resultados referentes aos recursos do ambiente familiar, comparando os dois tempos antes e no início do DS, estão sumarizados na tabela 20.

Tabela 20 – Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp), valor **t** e **p** dos resultados referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF)

	Antes do DS			**Durante o DS**			**t**	**p**
	Mínimo	**Máximo**	**Média (±dp)**	**Mínimo**	**Máximo**	**Média (±dp)**		
Atividades recreativas em casa/vizinhança	0	10	6,06(±1,97)	0	10	5,69(±1,80)	3,50	**0,001****
Passeios com a família	0	10,67	7,14(±2,48)	0	10,67	0.93(±2,11)	29,56	**0,000*****
Atividades programadas e regulares	0	10	2,93(±1,87)	0	10	0,76(±1,16)	22,62	**0,000*****
Atividades conjuntas com pais em casa	0	10	7,18(±2,14)	0	10	7,22(±1,74)	-0,28	0,781
Brinquedos	0	10	7,74(±2,22)	0	10	7,56(±2,21)	1,28	0,200
Jornais, revistas e livros	0	10	9,87(±1,15)	0	10	9,57(±2,03)	3,09	**0,002****
Apoio e supervisão escolar	0	10,37	4,08(± 2,05)	0	10	3,12(± 2,12)	8,94	**0,000*****
Organização de horários	0	10	8,31(±1,61)	0	10	6,16(±2,20)	20,21	**0,000*****
Família reunida para atividades de rotina	2,25	10	7,58(±1,55)	0	10	8,05(±2,03)	-4,78	**0,000*****
RAF total	22,30	79,16	60,89(±8,44)	14,95	68,83	49,06(±7,77)	26,09	0,000***

Nota: Ds=Distanciamento social, **p < 0,01; ***p< 0,001

Observa-se que em todas as dimensões do RAF houve diferença significativa entre os grupos (p<0,05), exceto nas atividades conjuntas com pais em casa onde a média foi maior durante

do DS [Antes do DS= 7,18 e no início do DS = 7,22] e disponibilidade de brinquedos onde a média foi maior antes o DS [Antes do DS= 7,74 e no início do DS = 7,56].

As médias referentes à realização de atividades recreativas em casa/vizinhança, passeios com a família, atividades programadas e regulares, disponibilidade de jornais, revistas e livros, apoio e supervisão escolar e organização de horários, foram mais altas para o período antes do distanciamento, enquanto a média referente à família estar reunida para atividades de rotina foi maior no início do DS. O escore médio total do RAF foi significativamente mais elevado antes do DS.

4.3 Associações entre características da criança e contexto

Saúde mental parental e o desenvolvimento e saúde mental infantil

Esta seção apresenta os resultados das correlações entre saúde mental dos pais e desenvolvimento e saúde mental das crianças.

Observa-se na tabela 21 correlações negativas significativas entre ansiedade dos pais (GAD) e o desenvolvimento infantil na área social (p= 0,024), em comunicação (p=0 ,007) e o escore total da escala de desenvolvimento infantil (p=0,008). Estresse e depressão parentais não se correlacionaram com desenvolvimento infantil.

Tabela 21 – Correlações significativas entre Desenvolvimento infantil e Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) (Coeficiente de correlação de Pearson - r)

Saúde mental parental	**Áreas de desenvolvimento infantil**					
	Social	**Adaptativo**	**Motor**	**Comunicação**	**Cognitivo**	**Total**
GAD	**-0,117***	-0,091	-0,100	**-0,138****	-0,078	**-0,136****
PHQ-2	-0,089	-0,063	-0,049	-0,092	-0,024	-0,082
IES-R	-0,015	-0,035	-0,022	-0,059	-0,031	-0,042

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01

No que tange às associações entre saúde mental parental e saúde mental da criança, a tabela 22 mostra correlações positivas e significativas entre as subescalas de problemas de conduta,

hiperatividade e os resultado total do SDQ com ansiedade, depressão e estresse dos pais com valores de significativos entre p= 0,000 e p= 0,028. Sintomas emocionais da criança se correlacionaram significativa e positivamente com ansiedade e estresse parentais (p=0,000 e p=0,000, respectivamente) e problemas de relacionamento com colegas se correlacionou de forma significativa e positiva com depressão (p=0,027) e estresse dos pais (p=0,002).

Tabela 22 – Correlações significativas entre Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) e Saúde mental infantil (SDQ) (Coeficiente de correlação de Pearson)

Saúde mental parental	**Subescalas do SDQ**					
	SE	**PC**	**HIP**	**PRC**	**PS**	**Total**
GAD	**0,274*****	**0,164****	**0,194*****	0,096	0,034	**0,296*****
PHQ-2	-0,078	**0,194*****	**0,172****	**0,114***	0,001	**0,298*****
IES-R	**0,297*****	**0,174****	**0,143****	**0,163****	0,044	**0,316*****

Nota: SE= Sintomas emocionais; PC= Problrmas de conduta; HIP= Hiperatividade; PRC= Problemas de relacionamento com os colegas; PS= Pró-social.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e o desenvolvimento infantil

A tabela 23, apresenta dados sobre os recursos ambientais oferecidos pela família (RAF) antes e no início do distanciamento social e os domínios do Desenvolvimento Infantil.

Nota-se que as correlações significativas e negativas, sendo que a área cognitiva se correlacionou com realização de atividades conjunta com os pais em casa (p=0,029), organização dos horários (rotina) (p=0,013) e o RAF total (p=0,028); o resultado total de desenvolvimento se correlacionou com família reunida para atividades de rotina (p=0,042) e o RAF total (p= 0,028) e a área motora se correlacionou com família reunida para atividades de rotina (p=0,003). Todas as associações identificadas referem-se ao período anterior ao DS.

Tabela 23 – Correlações entre desenvolvimento infantil e recursos do ambiente familiar antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson)

Recursos do Ambiente familiar (RAF)		**Áreas de desenvolvimento infantil**					
		Social	**Adaptativo**	**Motor**	**Comunicação**	**Cognitivo**	**Total**
Atividades recreativas em casa/vizinhança	Antes do DS	-0,008	-0,087	-0,097	-0,017	-0,086	-0,084
	Início do DS	-0,037	-0,070	0,028	0,030	0,031	-0,007
Passeios com a família	Antes do DS	0,043	-0,023	-0,054	0,000	-0,010	-0,016
	Início do DS	-0,061	-0,037	0,071	-0,096	0,006	-0,023
Atividades programadas e regulares	Antes do DS	-0,032	0,029	0,061	-0,049	-0,008	0,007
	Início do DS	-0,022	-0,058	0,089	0,002	0,030	0,013
Atividades conjuntas com pais em casa	Antes do DS	-0,039	-0,093	-0,092	-0,019	**-0,113***	-0,099
	Início do DS	-0,005	-0,040	-0,042	-0,035	-0,013	-0,037
Brinquedos	Antes do DS	-0,063	-0,069	-0,052	-0,009	-0,097	-0,079
	Início do DS	-0,035	0,039	-0,024	-0,062	0,014	-0,014
Jornais, revistas e livros	Antes do DS	-0,006	0,051	0,074	-0,044	-0,023	0,022
	Início do DS	-0,038	0,026	-0,005	-0,051	0,005	-0,012
Apoio e supervisão escolar	Antes do DS	-0,070	-0,064	-0,029	-0,061	-0,006	-0,060
	Início do DS	0,036	0,063	0,085	0,033	0,013	0,064
Organização de horários	Antes do DS	-0,019	-0,015	-0,062	-0,068	**-0,128***	-0,076
	Início do DS	0,022	-0,003	-0,011	-0,032	-0,002	-0,007
Família reunida para atividades de rotina	Antes do DS	-0,070	-0,087	**-0,151****	-0,033	-0,033	**-0,105***
	Início do DS	-0,061	-0,025	-0,038	-0,037	0,011	-0,039
RAF total	Antes do DS	-0,057	-0,090	-0,099	-0,062	**-0,114***	**-0,114***
	Início do DS	-0,049	-0,016	0,032	-0,067	0,021	-0,016

Nota: *p < 0,05; **p < 0,01

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e a saúde mental infantil

A tabela 24 mostra as correlações entre a subescalas do SDQ e o RAF antes e no início do distanciamento social. Foram encontradas correlações positivas significativas antes do DS, entre elas estão: sintomas emocionais correlacionados a passeios com a família

(p=0,031), as atividades programadas e regulares (p= 0,029) e ao valor total do RAF (p= 0,016). Também, entre problemas de conduta correlacionada a passeios com a família e (p=0,023) e organização de horários (p=0,010). E por último, o valor total do SDQ correlacionado a passeios com a família (p=0,032),

Tabela 24 – Correlações entre Saúde mental infantil (SDQ) e Recursos do ambiente (RAF) antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson)

Recursos do ambiente		**Subescalas do SDQ**					
		SE	**PC**	**HIP**	**PRC**	**PS**	**Total**
Atividades recreativas	Antes do DS	0,076	-0,016	-0,019	-0,091	-0,060	-0,039
em casa/vizinhança	Início do DS	**0,132***	-0,025	-0,037	-0,064	-0,021	-0,005
Passeios com a família	Antes do DS	**0,111***	**0,118***	0,076	0,024	-0,044	**0,111***
	Início do DS	0,018	-0,082	-0,034	-0,022	0,013	-0,040
Atividades programadas	Antes do DS	**0,113***	0,085	0,034	-0,016	0,021	0,090
e regulares	Início do DS	**0,118***	0,058	0,009	-0,016	0,065	0,087
Atividades conjuntas	Antes do DS	0,081	0,037	0,023	-0,041	-0,028	0,029
com pais em casa	Início do DS	0,080	0,046	0,056	-0,055	-0,034	0,039
Brinquedos	Antes do DS	0,086	0,062	0,036	0,007	-0,057	0,053
	Início do DS	0,064	-0,026	0,016	-0,056	0,036	0,014
Jornais, revistas e livros	Antes do DS	0,045	0,017	0,003	0,000	-0,005	0,023
	Início do DS	0,029	-0,044	-0,026	-0,027	0,018	-0,019
Apoio e supervisão	Antes do DS	0,031	0,019	0,000	0,019	0,007	0,028
escolar	Início do DS	-0,031	-0,018	-0,018	-0,048	,011	-0,041
Organização de horários	Antes do DS	-0,017	**0,133****	0,057	-0,009	-,005	0,059
	Início do DS	-0,010	0,044	-0,009	-0,060	,039	-0,001
Família reunida para	Antes do DS	-0,026	-0,054	-0,014	-0,012	,048	-0,023
atividades de rotina	Início do DS	0,049	-0,029	0,006	-0,063	,024	-0,004
RAF total	Antes do DS	**0,124***	0,098	0,049	-0,026	-,036	0,082
	Início do DS	0,098	-0,028	-0,012	**-0,105***	,036	-0,004

Nota: SE= Sintomas emocionais; PC= Problrmas de conduta; HIP= Hiperatividade; PRC= Problemas de relacionamento com os colegas; PS= Pró-social. *p < 0,05; **p < 0,01

Com relação ao início do DS foram encontradas correlações positivas significativas entre: atividades recreativas em casa/vizinhança e sintomas emocionais (p=0,011), atividades programadas e regulares e sintomas emocionais (p=0,022). Também verificou-se uma correlação negativa significativa entre o valor do RAF total e Problemas de relacionamento com os colegas (p=0,043).

Recursos ambientais oferecidos pela família antes e no início do distanciamento social e a saúde mental parental

Na tabela 25, buscamos verificar a existência de correlações entre os recursos oferecidos na família (RAF) e a saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R).

Antes do DS foi observado correlações negativas significativas entre o GAD (ansiedade) e as atividade programadas e regulares (p=0,024), e por outro lado, uma correlação positiva significativa entre o PHQ-2 (depressão) e a disponibilidade de jornais, revistas e livros (p=0,031).

No início do DS a única correlação positiva significativa identificada foi entre atividades conjuntas com pais em casa e o GAD (p= 0,016).

Tabela 25– Correlações entre Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) e Recursos do ambiente (RAF) antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson)

(continua)

Recursos do ambiente		**Saúde mental parental**		
		GAD-7	**PHQ-2**	**IES-R**
Atividades recreativas em casa/vizinhança	Antes do DS	-0,001	0,020	0,078
	Início do DS	0,016	-0,002	0,005
Passeios com a família	Antes do DS	0,022	-0,060	0,022
	Início do DS	0,017	0,080	0,077
Atividades programadas e regulares	Antes do DS	**0,116***	0,074	0,017
	Início do DS	0,032	-0,003	-0,050
Atividades conjuntas com pais em casa	Antes do DS	0,072	0,037	0,075
	Início do DS	**0,125***	0,099	0,029

Tabela 25– Correlações entre Saúde mental parental (GAD-7, PHQ-2, IES-R) e Recursos do ambiente (RAF) antes e no início do distanciamento social (Coeficiente de correlação de Pearson)

(conclusão)

Recursos do ambiente		**Saúde mental parental**		
		GAD-7	**PHQ-2**	**IES-R**
Brinquedos	Antes do DS	-0,021	-0,032	0,001
	Início do DS	-0,027	-0,016	0,040
Jornais, revistas e livros	Antes do DS	-0,080	**-0,112***	-0,080
	Início do DS	-0,022	-0,073	-0,021
Apoio e supervisão escolar	Antes do DS	0,073	0,067	0,027
	Início do DS	-0,002	-0,008	-0,028
Organização de horários	Antes do DS	-0,040	-0,061	-0,022
	Início do DS	-0,021	-0,053	0,004
Família reunida para atividades de rotina	Antes do DS	0,030	0,003	0,003
	Início do DS	-0,029	-0,074	-0,058
RAF total	Antes do DS	0,049	-0,006	0,040
	Início do DS	0,014	-0,017	0,005

Nota: *p < 0,05

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi conhecer as alterações ocorridas no ambiente familiar e nas atividades escolares, causadas pelo distanciamento social como resultado da pandemia da COVID-19 e verificar possíveis associações com desenvolvimento e saúde mental infantil e a saúde mental dos pais, bem como investigar correlações entre variáveis da criança (desenvolvimento e saúde mental) e dos pais (saúde mental - estresse, ansiedade e depressão).

Tomou-se como hipótese que as alterações no contexto familiar e escolar, incluindo a diminuição de oferta de recursos no ambiente familiar (atividades, materiais, passeios) conduziriam a prejuízos no desenvolvimento e saúde mental das crianças. De forma complementar, ao pensar no contexto familiar, considerou-se que a pandemia e o distanciamento social também afetariam a saúde mental parental, dadas as intensas e drásticas mudanças que se fizeram necessárias.

A hipótese inicial, no que tange à diminuição na oferta de recursos no ambiente familiar foi confirmada. Como era possível esperar, houve uma drástica redução na realização de passeios e de atividades regulares e programadas (como as atividades esportivas e cursos extracurriculares). Chama a atenção que houve uma diminuição quanto à organização de horários para atividades, o que remete a pensar em uma desorganização do ambiente familiar diante das mudanças provocadas pelo distanciamento social, que incluiu fechamento das escolas e diferentes serviços, obrigando muitos pais a trabalharem dentro de suas próprias casas, o que foi observado nos resultados referentes a alterações ocorridas no contexto familiar. Esta condição também pode explicar porque, apesar de estarem mais tempo dentro de casa, tanto os pais quanto as crianças, não houve aumento significativo quanto à realização de atividades conjuntas com os pais em casa, embora tenha aumentado momentos em que a família se reunia para atividades de rotina (refeições, assistir televisão, passeios).

No que se refere a associações entre saúde mental da criança e as alterações do ambiente familiar, observou que quanto mais atividades recreativas mais sintomas emocionais estavam presentes, o mesmo ocorrendo quanto à realização de atividades programadas e regulares. É possível que isso decorra da percepção das crianças sobre o risco de adoecimento, da preocupação com uso de máscaras (e a convivência com pessoas “mascaradas” nos espaços externos à casa) e solicitação frequente para lavagem de mãos e

uso de álcool para limpeza de mãos e objetos, que provavelmente conduziu a um aumento de medo, ansiedade e estresse. As crianças focalizadas neste estudo, com 4 a 7 anos de idade, apresentam recursos cognitivos e emocionais ainda limitados, apresentando dificuldades para compreender de tudo que estava acontecendo, bem como regular as emoções, diante de tantos eventos estressores (JIAO et al., 2020).

O oferecimento de recursos no ambiente familiar faz diferença no desenvolvimento infantil, sendo que crianças expostas a maior número de recursos possuem melhor desempenho escolar e na aprendizagem (PEREIRA et al., 2015; D'AVILA-BACARJI, MARTURANO; ELIAS, 2005). Assim também, os recursos ambientais como o uso do tempo livre e rotinas com horário definido na família podem se tornar protetores para transtornos emocionais ou de comportamento das crianças (FERRIOLLI, 2005). Por outro lado, menor presença de recursos promotores do desenvolvimento, menor oportunidade de interação com os pais e menor organização da rotina pode interferir no desenvolvimento desejado da criança (MIAN, 2005).

Neste sentido, os resultados aqui apresentados quanto ao desenvolvimento infantil corroboram com os estudos mencionados acima, uma vez que as associações (sempre negativas) identificadas entre as áreas cognitiva e motora com alguns recursos do ambiente familiar referem-se ao momento anterior à pandemia. Ressalva-se, que os dados deste estudo foram coletados ainda no início do distanciamento social (em torno de 3 a 6 meses), um tempo pequeno para se identificar prejuízos no desenvolvimento. É necessário que estudos longitudinais sejam conduzidos de modo a verificar como a pandemia e suas consequências afetaram as trajetórias de desenvolvimento. Estudos realizados na Itália e China já têm demonstrado o impacto desse evento adverso sobre a saúde mental das crianças (GIANNOTTI et al., 2021; JIAO et al., 2020; TSO et al., 2020).

Ainda que o microssistema familiar seja um espaço propício e privilegiado para o estabelecimento de processos proximais, promotores do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011), o confinamento da família no ambiente doméstico e a abertura da casa para a escola e o trabalho alterou as fronteiras entre os microssistemas, exacerbando as interações com o exossistema (o trabalho dos pais, a escola do irmão, por exemplo, vieram para dentro da casa), modificando padrões estabelecidos sobre a organização dos espaços da moradia (cozinha associado a refeições, passou a ser espaço de trabalho, estudo, lazer) e, consequentemente, o padrão de processos proximais. Deste modo,

também a qualidade das interações pode ter sido afetada, o que é corroborado por algumas pesquisas que mostraram que eventos deste tipo, quando os espaços como escolas e creches foram fechados, provocaram o aumento do estresse, sobrecarga do cuidador, níveis de ansiedade, depressão e medo, violência doméstica e diminuição da capacidade de tolerância, aumentou o conflito na relação pai-filho o qual repercutiu negativamente no estresse e saúde mental das crianças (RUSSEL et al.,2020; POWER, 2020; CLUVER et al., 2020; CUARTAS, 2020). Para que os processos proximais cumpram seu papel de promover desenvolvimento é preciso tempo de qualidade e interações significativas positivas.

A mudança no cotidiano, rotinas, tempo de qualidade para passar com os filhos por conta da pandemia é um acontecimento que afeta e gera sofrimento tanto crianças como pais (EALES et al., 2021), impactando nas interações pais-filhos na realização de atividades e no bem-estar emocional de ambos (SCHMIDT et al, 2021).

Segundo Rowell et al. (2015) e Whitesell et al. (2018), os ambientes desorganizados junto aos processos individuais e familiares, de vivencias caóticas como o estresse vivido numa pandemia, por exemplo, podem afetar a capacidade dos pais de manter a ordem e a rotina de casa, gerando uma diminuição no oferecimento de recursos e impactando, como consequência, a saúde e desenvolvimento da criança. Uma pesquisa desenvolvida no Reino Unido concluiu que os pais estavam passando por um estresse maior durante o surto de coronavírus, enquanto tentavam equilibrar as responsabilidades de cuidar, estudar e trabalhar em casa (POWER, 2020). Isso pode-se dever a fatores referidos ao trabalho, demandas familiares, medo de ser infectado ou de infectar aos membros da família, o que a sua vez pode também interferir na relação dos pais com os filhos, gerando pouca disponibilidade para se relacionar com eles e oferecer os recursos necessários (COYNE et al., 2020; BAYHAM, FENICHEL, 2020).

Neste sentido os resultados evidenciaram que a maioria dos pais estavam experienciando algum nível de estresse (51% deles - de estresse suave a severo) e de ansiedade (75,7% - de leve a grave) e uma parcela considerável deles (29,7%) referiu sintomas de depressão, o que possivelmente afetou a qualidade das interações e as práticas parentais. A análise das correlações apontou que o aumento de ansiedade dos pais associou-se a pior resultado da criança na área social e na comunicação. Do ponto de vista desenvolvimental, reconhece-se que a aquisição de habilidades nesses domínios depende diretamente da interação com o outro, da resposta do adulto às demandas e iniciativas

infantis, da oferta de modelos de comportamento e oportunidades de expressão e de convivência com pares PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De forma complementar, no que tange às associações entre saúde mental parental e saúde mental da criança identificou-se que quanto mais sintomas de ansiedade, estresse e/ou depressão dos pais, mais sintomas emocionais, problemas de conduta, sintomas de hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas foram apresentados pelas crianças

A correlação positiva entre a saúde mental parental e a saúde mental infantil durante a pandemia da COVID-19, foi estudada também por Marques et al (2020), que encontraram resultados similares ao do presente estudo, mostrando que maior nível de estresse parental foi associado a um maior nível de comportamentos externalizantes da criança, como irritabilidade. Em um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, Thibodeau-Nielsen (2021) relatou que o aumento do estresse do cuidador se associa ao aumento do estresse emocional e a habilidades de autorregulação mais fracas.

Foram muitas as causas de estresse na pandemia da COVID-19, entre elas, para os pais que trabalhavam fora, o medo de perder o emprego, que junto a presença de sintomas depressivos, aumentaram a probabilidade de os filhos apresentarem mais sintomas psicológicos quando comparado aos pais que não tinham este receio nem esses sintomas (YEASMIN et al.,2020).

Analisando o perfil das crianças investigadas neste estudo, de 4 a 7 anos, idades em que a participação em instituições escolares contribui de forma significativa para o desenvolvimento de uma série de habilidades, observou-se uma distribuição equilibrada da amostra quanto a gênero, idade e escolaridade (que incluiu etapas 1 e 2 da Educação Infantil-EI ou pré-escola e 1º e 2º anos do Ensino Fundamental-EF). No que tange a desenvolvimento, de modo geral as crianças apresentaram bons escores, ainda que para algumas áreas (adaptativa, motora e comunicação) tenha sido observado escore mínimo de zero. Há que se considerar que a extensão etária (4 anos) nesta etapa de transição do desenvolvimento (período de passagem da 2ª para a 3ª infância) e correspondente variabilidade na escolaridade (4 etapas distintas, começando com início da EI e seguindo até 2º ano do EF) podem explicar a variabilidade de respostas. Pesquisas em psicologia do desenvolvimento referem que experiências aprendidas por meio de fatores ambientais durante a primeira infância geram os fundamentos para o comportamento e sucesso ao longo da vida, pois é uma fase crucial para

o desenvolvimento de habilidades cognitivas, emocionais e psicossociais (ALLEN; KELLY, 2015).

Sendo assim é possível pensar que nos primeiros meses de DS (influencias ambientais) onde as mudanças de rotinas e ambientes (de passar tempo na escola a passar o tempo todo em casa) as crianças mostrem mais dificuldade em se adaptar ao novo cotidiano. O fechamento de escolas priva as crianças de interações com os colegas na escola e de sua rotina diária. Ou seja, além de serem psicológica e fisicamente vulneráveis durante a pandemia, as crianças também sofrerão interferências em seu desenvolvimento ou atrasos em seu progresso educacional (PEEK, 2008).

Chama atenção, a prevalência de crianças com escores clínicos (indicativos de problemas emocionais e/ou comportamentais) identificado nesta amostra, especialmente no que tange a sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade (em torno de 21 a 26% das crianças), que acrescidos dos escores limítrofes, chegam a valores bem expressivos (entre 32 e 40%). Sabe-se que o ajustamento da criança é multiplamente determinado, com influência de fatores distais (por exemplo, perturbações sociais devido ao COVID-19) e processos proximais (por exemplo, relacionamentos com outras pessoas próximas, como membros da família, professores e / ou colegas) (BRONFENBRENNER, 2006). Neste sentido, Dalton, Rapa e Stein (2020) mencionaram que as incertezas com relação à pandemia, medidas rígidas de distanciamento social, fechamentos de escolas prolongados, fatores estressantes dos pais e perda de entes queridos viriam a afetar o bem-estar de crianças e adolescentes, além dos efeitos psicológicos específicos decorrentes da quarentena e isolamento.

Coerente com os resultados apresentados, num estudo realizado na província de Shaanxi (China), no período de janeiro a fevereiro de 2020 foi observado que as condições psicológicas mais frequentes da população entre 3-18 anos foram: aumento do apego, desatenção, sintomas emocionais como: irritabilidade, preocupação, comportamentos obsessivos, medo e agitação, além de dificuldades do sono, perda do apetite, (JIAO et al., 2020). De modo semelhante, pesquisadores discutiram os possíveis efeitos da pandemia e sugeriram que o estresse sofrido pelas crianças devido ao distanciamento social, poderia aumentar as chances de ocorrência de psicopatologias futuras, como consequência da ausência de rotina e com isso as crianças podem apresentar comportamentos do tipo: birras, apego intenso aos pais, aumento da urina na cama, choro repetido, uso de substâncias (DAS;

DAS, 2020). Além de prejuízos na aprendizagem e interações sociais (devido ao fechamento das escolas), nas emoções, aumento dos níveis de ansiedade, estresse, medo e de comportamentos externalizantes (GUPTA; JAWANDA, 2020; SHORER; LEIBOVICH, 2020).

Num estudo realizado na Itália e na Espanha, a maioria dos pais relatou uma mudança no estado emocional e no comportamento de seus filhos. Cerca de 12% dos pais italianos e espanhóis informaram que a convivência familiar era difícil ou muito difícil com seus filhos sendo mais inquietos, irados e irritáveis (ORGILES et al., 2020). É possível que esta avaliação dos pais possa sofrer a influência da condição de estresse dos mesmos, bem como de outras dificuldades psicológicas. A favor disto, pode-se observar os resultados referentes à saúde mental parental que evidenciaram prevalência importante de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, o que está em conformidade com outros estudos, que evidenciaram que a pandemia da COVID-19 aumentou os níveis de depressão e ansiedade nos pais (FIOCRUZ, 2020). O estudo de Wang et al. (2020) sobre as consequências psicológicas da pandemia de COVID-19, investigou 1.210 indivíduos, dos quais o 53,8% dos entrevistados classificaram o impacto psicológico do surto como moderado ou grave, 16,5% relataram sintomas depressivos moderados a graves, 28,8% relataram sintomas moderados a graves de ansiedade. Aqueles participantes que tinham filhos, quando comparados com aqueles que não tinham, apresentaram níveis significativamente mais elevados de estresse, ansiedade e depressão.

Além disso, o aumento das demandas para os pais, com relação às crianças, especialmente no que tange à maior assistência nas questões educacionais, uma vez que a maioria das crianças continuou realizando atividades escolares, mesmo afastadas da escola, também pode ter contribuído para maior sensibilidade quanto aos comportamentos infantis, podendo ter influenciado os escores referentes à saúde mental infantil. Os pais tiveram que enfrentar um aumento dramático no gerenciamento da vida familiar diária, no cuidado de seus filhos e nos níveis de estresse associados (CARLSON et al., 2020). Devido ao confinamento domiciliário, ao encerramento dos serviços educativos e à falta de interação das crianças com professores e pares, os pais encontravam-se sozinhos na promoção de novas experiências de aprendizagem para os seus filhos (WANG et al., 2020), e na gestão do ensino em casa e atividades sociais para crianças em idade escolar (CHEN, BYRNE, VÉLES, 2020). Em geral, como sugerido por Coyne et al., os pais vivenciaram uma condição estressante de

colisão de papéis e responsabilidades, tendo que cuidar da educação dos filhos e, ao mesmo tempo, das cargas laborais, conjugais e domésticas, com consequências importantes para o seu bem-estar psicológico (COYNE et al., 2020).

O nível de estresse, ansiedade e depressão dos pais podem sobrecarregar e comprometer sua capacidade de responder apropriadamente às necessidades e ao sofrimento de seus filhos, provocando respostas mais negativas, impulsivas e até agressivas (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD, 2016). Sem dúvidas a responsabilidade de lidar com as demandas do lar, educacionais dos filhos e o trabalho num mesmo ambiente e durante uma pandemia pode ter tornado a jornada ainda mais difícil de levar para os pais e seus filhos. Essas condições todas colocam em evidência que as alterações no microssistema familiar foram muito intensas, deste modo, há que se relembrar do conceito de transição ecológica proposto por Bronfenbrenner, uma vez que a pandemia alterou de forma significativa o ambiente, mas também o papel dos pais, além da intensa redução na possibilidade de receber suporte tanto de familiares quanto da escola, professores e da vizinhança. Recorda-se que a maioria das famílias (86,7%) tinham quatro integrantes ou menos, incluindo a criança alvo do estudo, configurando uma rede pequena de interações, lembrando que 8,6% eram famílias monoparentais, frequentemente mais desafiadas no que tange aos cuidados parentais e à própria sobrevivência (TSO et al., 2020).

Deste modo, com as medidas de distanciamento social, os ambientes e papéis se modificaram tanto para as crianças quanto para os pais, provocando intensas mudanças, também, no exercício dos papéis. Isso incluiu, a necessidade dos pais de monitorarem aulas e atividades escolares virtuais, exercer parte da função que antes era do professor.

Considerando a criança, as aulas virtuais foram a atividade escolar mais frequente para as que estavam no ensino fundamental (faixa etária entre seis e sete anos). Apesar das alterações relacionadas a forma de ensinar e aprender, as aulas virtuais também exigem novas habilidade e tarefas a serem realizadas, como o pensamento crítico mais aguçado, criatividade, colaboração e manter uma comunicação da mesma forma que o ensino presencial, mas de uma nova maneira, com a utilização de um recurso tecnológico tendo mediador das interações. Ao mesmo tempo, o ensino remoto e as aulas virtuais também trazem desafios à criança, como por exemplo, o manuseio de aparelhos de tecnologia, manter a atenção por um longo período de tempo e sem a presença da interação face a face, o que pode aumentar o risco para problemas no desempenho acadêmico (KIM, 2020). A situação

de vulnerabilidade neste quesito pode ter sido agravada para as crianças matriculadas em escola pública, que tiveram menor oferta das diferentes atividades.

As crianças em idade entre quatro e sete anos, que já estão em um processo de mudanças relacionadas ao desenvolvimento de uma forma geral, assim como, estão passando por um período de transição ecológica - devido ao ingresso na escola ou mudança de etapa escolar (pré-escolar para o escolar) – podem apresentar-se ainda mais vulneráveis devido ao momento de tensão e mudanças desse período (O'TOLLE; HAYES & MHATHÚNA, 2014; BRONFENBRENNER, 2011). Jiang et al. (2021) apontaram que as crianças ao ingressarem na escola, podem apresentar dificuldades relacionadas a interações, seguir rotinas, demandas acadêmicas, organização e trabalhos em grupos, com isso se faz necessário que a escola e o pais estejam atentos na minimização de possíveis resultados problemáticos. Ingressar na escola, sem estar dentro do espaço escolar, distante de colegas e professores trouxe desafios ainda maiores, especialmente para aquelas crianças que estavam matriculadas em escolas públicas, nas quais a oferta de atividades foi menor.

O grupo de crianças pertencentes a pré-escola apresentou menor oferta de atividades escolares no presente estudo. Sendo a pré-escola uma idade crucial para a adaptação e os aprendizados básicos para a alfabetização e demandas acadêmicas futuras, como também o desenvolvimento de habilidades psicossociais importantes para se relacionar com outras crianças ter pouca oferta de atividades e ferramentas de aprendizado por parte da escola nesta etapa de desenvolvimento pode ser prejudicial (FOLEY et al., 2021).

A diferença na oferta de oportunidades oferecidas às crianças entre escolas públicas e privadas, conduz à reflexão sobre quanto essa diferenciação, cria um distanciamento maior e um aumento da desigualdade social, tornando-se um possível fator de risco para o desenvolvimento, além do que, com a pandemia tais disparidades sociais já tendem a aumentar (NALOM; SCHOCHAT, 2020; BISI-ONYEMAECHI et al., 2018)

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que houve mudanças importantes nos diferentes sistemas a partir dos quais se dá o desenvolvimento infantil. As casas mudaram, as famílias e os papéis parentais se transformaram, bem como a escola desenvolveu novas estratégias educacionais, crianças foram expostas a maior tempo de telas e tiveram menos oportunidades de interações sociais, especialmente com pares e adultos externos à família; ao menos no início da medida de distanciamento social, as famílias se defrontaram com desafios financeiros, de saúde e sociais. Todas essas mudanças conduziram a mudanças nos processos proximais previamente estabelecidos, de forma abrupta, não necessariamente positivas. Pais e crianças mostraram sinais de sofrimento psíquico que, a médio e longo prazo poderão conduzir a alterações em sua trajetória de vida, o que não foi possível evidenciar neste estudo

Os resultados apontam para intensas mudanças bioecológicas que decorreram da pandemia, entretanto, não é possível prever de que modo as trajetórias desenvolvimentais foram afetadas, uma vez que entre as limitações do estudo está o fato de ter um delineamento transversal. Além disso, considerando que a coleta de dados foi realizada nos primeiros meses do distanciamento social, havia ainda muitas incertezas, o que pode ter contribuído para os altos índices de ansiedade dos pais e de sintomas emocionais das crianças. Outros estudos devem apontar o quanto este panorama se manteve ao longo da pandemia e no período de retomada completa das atividades. Certo é que as transformações decorrentes da pandemia não foram momentâneas e, possivelmente, a ciência do desenvolvimento humano levará um tempo para ter um corpo teórico suficiente que indique quais as alterações foram mais significativas para as crianças e famílias focalizadas neste estudo.

Este estudo apresentou limitações que devem ser considerados por outros pesquisadores, uno deles é o delineamento do estudo, por ser transversal dificulta a possibilidade de estabelecer uma relação de causalidade. O tipo de coleta de dados (*on-line*) não permitiu avaliar diretamente as crianças e os pais. Por último, amostra foi conformada por responsáveis de uma condição econômica alta, com nível superior e residentes, na sua maioria de um estado do Brasil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AHMED, M. Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian Journal of Psychiatry, China, v. 51, p. 1-7, 2020.

ALI, Niloufer Sultan; MAHMUD, Sadia; KHAN, Asia; et al. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, 2013.

ALLEN, LaRue; KELLY, Bridget B; ON, Committee; et al. **Child Development and Early Learning**. Nih.gov. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310550/>.

ÁLVAREZ, Naiara; LÁZARO, Marta Herrero; GORDO, Leire; et al. Maternal mentalization and child emotion regulation: A comparison of different phases of early childhood. **Infant Behavior and Development**, v. 66, p. 101681, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.).Porto Alegre: Artmed, 2003

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org>.

AYRES, A. J. Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges. Los Angeles. WPS. 2005.

BAHN GH. Coronavirus Disease 2019, School Closures, and Children's Mental Health. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020; 1;31(2):74–9.

BANERJEE, D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. Asian Journal of Psychiatry, 50, 2020.

BARIBEAU, Danielle A. ; ANAGNOSTOU, Evdokia. A Comparison of Neuroimaging Findings in Childhood Onset Schizophrenia and Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. **Frontiers in Psychiatry**, v. 4, 2013.

BAYHAM, Jude ; FENICHEL, Eli P. Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e271–e278, 2020.

BEHRMAN RE, KLIEGMAN R. NELSON: princípios de pediatria. Tradução de Marcio Moacyr de Vasconcelos. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.

BELL DM; World Health Organization Working Group on Prevention of International and Community Transmission of SARS. Public health interventions and SARS spread, 2003. Emerg Infect Dis 2004; 10:1900-6.

BILGRAMI, Zaid; MCLAUGHLIN, Laura; MILANAIK, Ruth; et al. Health implications of new-age technologies: a systematic review. **Minerva Pediatrics**, v. 69, n. 4, 2017.

BISI-ONYEMAECHI A. I., AKANI N. A., IKEFUNA A. N., TAGBO B. N., & CHINAWA J. M.. Evaluation of the School Environment of Public and Private Schools in Enugu to Ensure Child Health Promotion. Niger J Clin Pract.21(2):195-200, 2018.

BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: Science through the life course. Lancet, Baltimore, v. 389, p. 77–90, 2017.

BONANNO, G. A. et al. Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. Psychol Sci Public Interest, London, v. 11, n. 1, p. 1-49, 2010.

BRADLEY, R. H.; PUTNICK, D. L. Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries. Child Development, v.83, n.1, p.76-91, 2012.

BRADLEY, R. H. From home to day care: Chaos in the family/child-care mesosystem. In: EVANS, G. W., WACHS, T. D. (Eds.). Decade of behavior (science conference). Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective (p. 135–153). American Psychological Association, 2010.

BRAZENDALE K, BEETS MW, WEAVER RG, PATE RR, TURNER-MCGRIEVY GM, KACZYNSKI AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017; 14(1).

BRONFENBRENNER, U. Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In: FRIEDMAN, S. L.; WACHS, T. D. (Eds.), Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts (pp. 3-28). Washington, DC, US: American PsychologicalAssociation. 1999.

BRONFENBRENNER, U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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. The Lancet. 2020; 395(10227):912–20.

CAIUBY, A. V. S.; LACERDA, S. S.; QUINTANA, M. I.; TORII, T. S.; ANDREOLI, S. B. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R).Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 597-603, 2012.

CARLSON, Daniel L.; PETTS, Richard J. ; PEPIN, Joanna R. Changes in US Parents' Domestic Labor During the Early Days of the COVID-19 Pandemic. **Sociological Inquiry**, 2021.

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.

Center on the Developing Child at Harvard University. Center on the Developing Child at Harvard University. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/>.

CID, M. F. B. Cotidiano familiar: refletindo sobre saúde mental infantil e a prática. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v.26, n.3, p.1-10, 2015.

CHEN, Cliff Yung-Chi; BYRNE, Elena ; VÉLEZ, Tanya. Impact of the 2020 pandemic of COVID-19 on Families with School-aged Children in the United States: Roles of Income Level and Race. **Journal of Family Issues**, v. 43, n. 3, p. 719–740, 2021.

CHEN, N.; ZHOU, M.; DONG, X.; et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet, v. 395, n. 10223, p. 507–13, 2020.

CLUVER L, LACHMAN JM, SHERR L, WESSELS I, KRUG E, RAKOTOMALALA S, et al. Parenting in a time of COVID-19. The Lancet. 2020; 395(10231):e64.

COBHAM, V. E.; MCDERMOTT, B.; HASLAM, D.; SANDERS, M. R. The role of parents, parenting and the family environment in children's post-disaster mental health. **Current Psychiatry Reports**, Australia, v. 18, n. 53, 2016.

COLL, Cesar; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús (Org). Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. v. 1.

COYNE, Lisa W.; GOULD, Evelyn R.; GRIMALDI, Mikala; et al. First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19. **Behavior Analysis in Practice**, v. 14, n. 4, p. 1092–1098, 2020.

CORONAVÍRUS BRASIL. Saude.gov.br. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 Feb. 2021.

CROPLEY, Brendan; BALDOCK, Lee; HANTON, Sheldon; et al. A Multi-Study Exploration of Factors That Optimize Hardiness in Sport Coaches and the Role of Reflective Practice in Facilitating Hardy Attitudes. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020.

CUARTAS J. Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020; 12(S1):S195–6.

CURTIS, Kaley; ANICAMA, Catherine ; ZHOU, Qing. Longitudinal relations among school context, school-based parent involvement, and academic achievement of Chinese American children in immigrant families. **Journal of School Psychology**, v. 88, p. 1–17, 2021.

D'AVILA-BACARJI, K. M. G., MARTURANO, E. M., & ELIAS, L. C. S. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação, 15, 43-55, 2005.

DALTON, Louise; RAPA, Elizabeth ; STEIN, Alan. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 5, p. 346–347, 2020.

DAS, S.; DAS, S.; GHANGREKAR, M. M. PA. Innov. Infrastruct. Solut, India, v. 5, n.76, p. 1-12, 2020.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: teoria e prática. 6ª ed. Petrópolis: Vozes. 2013.

DIAB, S. Y.; PALOSAARI, E.; PUNAMAKI, R. Society, individual, family, and school factors contributing to child mental health in war: The ecological-theory perspective. Child Abuse and Neglect, Palestine, v. 84, p. 205-216, 2018.

DILLEGGI, E. S.; ROSA, A. P.; SANTOS, P. L. Family functioning and environmental resources offered by families of children with mental disorders. Salud Mental, v. 42, n. 5, p. 235- 242, 2019.

DILLEGGI, E. S. Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos pelas famílias de crianças com transtornos mentais. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2018.

DI FOLCO, S.; MESSINA, S.; ZAVATTINI, G. C.; PSOUNI, E. Attachment to mother and father at transition to middle childhood. Journal of Child and Family Studies, v. 26, p. 721–733, 2017.

EALES, Lauren; FERGUSON, Gail M.; GILLESPIE, Sarah; et al. Family resilience and psychological distress in the COVID-19 pandemic: A mixed methods study. **Developmental Psychology**, v. 57, n. 10, p. 1563–1581, 2021.

FEGERT JM, VITIELLO B, PLENER PL, CLEMENS V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2020; 14(1).

FERREIRA, F. O. et al. O exame neuropsicológico na idade pré-escolar. In: MALLOY-DINIZ, L. F. et al (Org.). Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, p. 210-220, 2010.

FERREIRA, S. H. A.; BARRERA, S. D. Ambiente familiar e aprendizagem escolar em alunos da educação infantil. Psico, v.41, n.4, p. 462-472, 2010.

FERRIOLLI, S. H. T. Identificação de condições de risco para transtornos emocionais e de comportamento em crianças na fase escolar cadastradas em um Núcleo de Atenção Primária e Saúde da Família. Texto de Exame de Qualificação não-publicado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2005.

FIOCRUZ. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia, , disponível em:<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>, acesso em: 12 Jan. 2021.

FLEITLICH, B.; CORTAZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Infanto, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FLORES, S.M., SALUM., G. A., MANFRO, G. G. Dysfunctional Family envinronments and childhood psychopatology: the role of psychiatric comorbidity. Trends in Psychiatry and Psychoterapy, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 147- 151, 2014.

FONG MW, GAO H, WONG JY, XIAO J, SHIU EYC, RYU S, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-social distancing measures. Emerg Infect Dis 2020; 26:976-84.

FONTANESI, Lilybeth; MARCHETTI, Daniela; MAZZA, Cristina; et al. The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, n. S1, p. S79–S81, 2020.

FOLEY, Sarah; BADINLOU, Farzaneh; BROCKI, Karin C.; et al. Family Function and Child Adjustment Difficulties in the COVID-19 Pandemic: An International

Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 21, p. 11136, 2021.

FRONBERG, Kaitlin M.; BAI, Sunhye ; TETI, Douglas M. Household chaos mediates the link between family resources and child sleep. **Sleep Health**, v. 8, n. 1, p. 121–129, 2022.

FULLER-ROWELL, Thomas E.; EVANS, Gary W.; PAUL, Elise; et al. The Role of Poverty and Chaos in the Development of Task Persistence Among Adolescents. **Journal of Research on Adolescence**, v. 25, n. 4, p. 606–613, 2014.

GANDRA, Y. R. O pré-escolar de dois a seis anos de idade e o seu atendimento. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 15(supl.), p. 3-8, 2001.

GROENEVELD, M.G.; VERMEER, H.J.; LINTING, M.; NOPPE, G.; et al. Children's hair cortisol as a biomarker of stress at school entry Stress. Int. J. Biol. Stress, v.16, n.6, pp. 711-715, 2013.

GIANNOTTI, Michele; MAZZONI, Noemi; BENTENUTO, Arianna; et al. Family adjustment to COVID-19 lockdown in Italy: Parental stress, coparenting, and child externalizing behavior. **Family Process**, v. 61, n. 2, p. 745–763, 2021.

GLASER, Danya. The effects of child maltreatment on the developing brain. **Medico-Legal Journal**, v. 82, n. 3, p. 97–111, 2014.

GREEN, E. et al. The impact of the 2014 Ebola virus disease outbreak in Liberia on parent preferences for harsh discipline practices: A quasi-experimental, pre-post design. **Global Mental Health**, North Carolina, v. 5, n. 1, 2018.

GUO, Y. R. et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. Military Medical Research, v.7, n.1, p. 11, 2020.

GUPTA S, JAWANDA MK. The impacts of COVID-19 on children. Acta Paediatr. 2020; 109(11):2181–3.

GUZZO, R. S. L.; TIZZEI, R. P. Olhar sobre a crianças: perspectiva de pais sobre o desenvolvimento. In: GUZZO, R. S. L. et al. (Orgs.). Desenvolvimento infantil: família, proteção e risco. Campinas: Alínea, 2007, p. 35- 57.

HAYES, N.; O'TOOLE, L; HALPENNY, A. M. Introducing Bronfenbrenner: A Guide for Practitioners and Students in Early Years Education. Taylor and Francis Group. London. 2017.

HERON-DELANEY, Michelle; KENARDY, Justin A.; BROWN, Erin A.; et al. Early Maternal Reflective Functioning and Infant Emotional Regulation in a Preterm Infant Sample at 6 Months Corrected Age. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 41, n. 8, p. 906–914, 2016.

HOFFMAN JA, MILLER EA. Addressing the Consequences of School Closure Due to COVID-19 on Children's Physical and Mental Well-Being. World Medical & Health Policy. 2020; 12(3):300–10.

HUANG,, C.; WANG, Y.; LI X.;et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020.

HUGHES, C. The transition to school. Psychologist, v.28, n.9, p. 714-717, 2015.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; & NEWMAN, T. B. (2015). Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica. 4ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

JIANG, Hui; JUSTICE, Laura; PURTELL, Kelly M.; et al. Prevalence and prediction of kindergarten-transition difficulties. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 55, p. 15–23, 2021.

JIAO, W. Y., et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. The Journal of pediatrics , v. 221 , n. e1, p. 264-266, 2020.

JIN, Y.; CAI, L.; CHENG, Z. et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). Military Med Res, v. 7, n. 4, 2020.

JUNG, Da-Eun; BHANG, Soo-Young; LEE, Won-Hye; et al. Protective Role of Parenting Attitude on the Behavioral and Neurocognitive Development of the Children from Economically Disadvantaged Families. **Psychiatry Investigation**, v. 15, n. 6, p. 584–592, 2018.

KAVOUSIPOR, S. Which aspects of Child Development are Related to the Home Environment?: A Narrative Review. Journal of Rehabilitation Sciences and Research, Iran, v. 6, n. 1, p. 1- 5, 2019.

KIM, J. Learning and Teaching Online During Covid-19: Experiences of Student Teachers in an Early Childhood Education Practicum. International Journal of Early Childhood, 25(2), 145-158,2020.

KOSTOVIC, I.; JUDAS, M. Early development of neural circuitry of the human prefrontal cortex. In: GAZZANIGA, M. S. (Ed.). The cognitive neurosciences. Cambridge: The MIT Press, p. 29-47, 2009.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Patient Health Questionnaire—2: Validity of a two-item depression screener. Medical Care, v. 41, n. 11, p. 1284–1292, 2003.

LAMY FILHO, F. et al. Home environment and alterations in the development of children in a community of the outskirts of São Luís -MA. Cien Saude Colet., Maranhão, v. 16, p. 4181-7, 2011.

LANE, S. J.; SCHAAF, R. C. Examining Evidence of Neuroscience for Sensor-Oriented Neuroplasticity: Implications for Sensory-Based Occupational Therapy for Children and Adolescents.American Journal of Occupational Therapy,Bethesda. v. 64, 375-390, 2011.

LEE J. Mental health effects of school closures during COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health. 2020; 4(6):421.

LEE, D, A; FERREIRA, K,C; ZUIN, P, B. A Língua Brasileira de Sinais (LIbras), a Terapia Ocupacional e os Sentimentos nas Interações Escola-Família em tempos de Isolamento Social. In: Acolhimento na educação infantil em tempos de pandemia da COVID-19. Local: São Carlos. Editora Pedro e João, 2020. p. 69-89.

LEWIS, M; WOLMAR, F. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e na adolescência. 3ª; ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

LINHARES M, ENUMO S. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. Estud psicol (Campinas). 37, 2020.

LIU, N. et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. Psychiatry Research, 2020.

MALHOTRA, Mahima; KUMAR, Deepak ; VERMA, Rohit. Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 226, n. 2-3, p. 418–424, 2015.

MARCHETTI, D. et al. Parenting-related exhaustion during the italian COVID-19 lockdown. **Journal of Pediatric Psychology**, Itália, v. 45, n. 10, p. 1114–1123, 2020.

MARKEL H, LIPMAN HB, NAVARRO JA, SLOAN A, MICHALSEN JR, STERN AM, et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic. JAMA 2007; 298:644-54.

MARTIN, Monica J.; CONGER, Rand D.; SCHOFIELD, Thomas J.; et al. Evaluation of the interactionist model of socioeconomic status and problem behavior: A developmental cascade across generations. **Development and Psychopathology**, v. 22, n. 3, p. 695–713, 2010.

MARTURANO, E. M. Tensões cotidianas na transição da primeira série: um enfoque de desenvolvimento. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 1, p. 79-87, 2008.

MARTURANO, E. M. O inventário de Recursos do Ambiente Familiar. Rev. de Psico Reflex.Crit., Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 498-506, 2006.

MARQUES, Emanuele Souza; MORAES, Claudia Leite de; HASSELMANN, Maria Helena; et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

MASTEN, A., REED, M.-G. J. Resilience in development. In C. R. Snyder and S. J. Lopez (Eds), Handbook of Positive Psychology (pp. 117–132). Oxford: Oxford University Press., 2002.

MASTEN, Ann S. Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. **Journal of Family Theory & Review**, v. 10, n. 1, p. 12–31, 2018.

MCDERMOTT, P. A.; RIKOON, S. H.; FANTUZZO, J. W. Transition and protective agency of early childhood learning behaviors as portents of later school attendance and adjustment. Journal of School Psychology, v. 54, p. 59–75, 2016.

MIAN, L. Comportamento, autopercepções e ambiente familiar de crianças que convivem com mães com história de depressão Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Especial - 14. COE-COVID19. https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf (acessado em 11/Mai/2020).

MINUCHIN, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MONTEMURRO, N. The emotional impact of COVID-19: from medical staff to common people. Brain, Behavior and Immunity, 2020.

MORILLA, C. M. et al. Family resources and promotion of development of children with cerebral palsy. J. Hum. Growth Dev., v. 27, n. 2, p. 166-174, 2017.

MUSSEN PH, CONGER JJ, KAGAN J. Desenvolvimento e personalidade da criança. Tradução de Maria Lúcia G. Leite Rosa. 3ª ed. São Paulo (SP): Harbra; 1995.

NALOM, A. F. O., & SCHOCHAT, E. Performance of public and private school students in auditory processing, receptive vocabulary, and reading comprehension. Codas, 32(6):e20190193, 2020.

NESBITT, Kimberly T. ; FARRAN, Dale C. Effects of Prekindergarten Curricula: Tools of the Mind as a Case Study. Monographs of the Society for Research in Child Development, v. 86, n. 1, p. 7–119, 2021

NEVES, K. R. et al. Growth and development and their environmental and biological determinants. J Pediatr (Rio J), Porto Alegre, v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016.

NEWBORG, J.; STOCK, J. R.; WNEK, L. Inventario de Desarrollo Battelle, Madrid, TEA, 2011.

O'CONNOR, Meredith; ROSEMA, Stefanie; QUACH, Jon; et al. Parent and teacher perceptions of emerging special health care needs. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 52, n. 10, p. 950–956, 2016.

OMS. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde, 2022,Paho.org, disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

ONU News, FMI e Banco Mundial preparam recomendações contra impactos econômicos do covid-19, , disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706051>, acesso em: 12 Jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC; 2005.

ORAL, Resmiye; RAMIREZ, Marizen; COOHEY, Carol; et al. Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. **Pediatric Research**, v. 79, n. 1-2, p. 227–233, 2015.

ORGILÉS, Mireia; MORALES, Alexandra; DELVECCHIO, Elisa; et al. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020.

OSÓRIO, F. L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. Perspectives in Psychiatric Care, EUA, v.45, n.3, p. 216-227, 2009.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 12ª edição, 2009.

PEEK L. Children and disasters: understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience-an introduction. Child Youth Environ. 18:1–29, 2008.

PEREIRA, S. et al. Health and education: a partnership required for school sucees, CoDAS, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p.58-64,2015.

PERRY, B.; DOCKETT, S. PETRIWSKYJ, A. Transitions to School – International Research, Policy and Practice. Springer, 2014.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental Health and the COVID-19 Pandemic. The New England Journal of Medicine, Oklahoma, v. 383, n. 6, p. 508-510, 2020.

PIERCE, M. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. **The Lancet Psychiatry**, Menchester, v. 7, n. 10, p. 883–892, 2020.

POLETTO, M. KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia. Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

POWER K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. Sustainability: Science, Practice and Policy. 2020; 16(1):67–73.

PRIME, Heather; WADE, Mark ; BROWNE, Dillon T. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. **American Psychologist**, v. 75, n. 5, p. 631–643, 2020.

QUATRIN AN, CASSEL PA. Entre o brincar e a tela: as repercussões no desenvolvimento emocional infantil. RSD. 2020; 9(8).

QIU H, WU J, HONG L, LUO Y, SONG Q, CHEN D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China:an observational cohort study. Lancet Infect Dis. 2020 doi:10.1016/S1473-3099(20)30198-5.

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. 2011; 25(3):444–9.

RIMM-KAUFMAN, S.E.; PIANTA, R.C. An ecological perspective on the transition to kindergarten: a theoretical framework to guide empirical research. J. Appl. Dev. Psychol, v. 21 , p. 491-511, 2000.

ROLL, Stephen; CHUN, Yung; KONDRATJEVA, Olga; et al. Household Spending Patterns and Hardships during COVID-19: A Comparative Study of the U.S. and Israel. **Journal of Family and Economic Issues**, v. 43, n. 2, p. 261–281, 2022.

RUSS, S.J.; HERBERT, J.; COOPER, P.; GUNNAR, M.R.; GOODYER, I.; et al. Cortisol levels in response to starting school in children at increased risk for social phobia. Psychoneuroendocrinology, v. 37, n. 4, p. 462-474, 2012.

RUTTER M. Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 2012 ;24(2):335–44.

RUTTER M, SCOTT S, STEVENSON J, TAYLOR E. Rutter' s Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing. 2008; 1-1181.

RUSSELL, B. S. et al. Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. Child Psychiatry & Human Development, v. 51, n. 5, p. 671-682, 2020.

SAUR, Adriana Martins ; LOUREIRO, Sonia Regina. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 4, p. 619–629, 2012.

SCHMIDT, Andrea; KRAMER, Andrea C.; BROSE, Annette; et al. Distance learning, parent–child interactions, and affective well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: A daily diary study. **Developmental Psychology**, v. 57, n. 10, p. 1719–1734, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34807692/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SHAH, K., MANN, S., SINGH, R., BANGAR, R., & KULKARNI, R. (2020). Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. Cureus, 12(8), e10051. https://doi.org/10.7759/cureus.10051

SHEREEN, M.A; KHAN, S; KAZMI, A; BACHIR, N; SIDDIQUE, R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Jornal de pesquisa avançada ,v.16, n. 24 , p. 91-98, 2020.

SHORER M, LEIBOVICH L. Young children's emotional stress reactions during the COVID-19 outbreak and their associations with parental emotion regulation and parental playfulness. Early Child Development and Care. 2020; 1–11.

SMALING, Hanneke J.A.; HUIJBREGTS, Stephan C.J.; SUURLAND, Jill; et al. Prenatal reflective functioning in primiparous women with a high-risk profile. **Infant Mental Health Journal**, v. 36, n. 3, p. 251–261, 2015.

SOUZA, J. et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto de saúde mental. Ver Psiquiátrica Clínica, balneário Camboriú, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011.

SOUSA, T. V. et al. Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. Health and Quality of Life Outcomes, v.13, n.50, p. 1-8, 2015.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B.; LOWE, B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Arch Intern Med., v.166, n.10, p.1092–7, 2006.

RENZAHO A, MELLOR D, MCCABE M & POWELL M. Family Functioning, Parental Psychological Distress and Child Behaviours: Evidence from the Victorian Child Health and Wellbeing Study, Australian Psychologist, 48:3, 217-225, 2013.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. R. H. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. Journal of Family Theory and Review, v. 5, p. 243–258, 2013.

THIBODEAU-NIELSEN, Rachel B.; PALERMO, Francisco; WHITE, Rachel E.; et al. Child Adjustment During COVID-19: The Role of Economic Hardship, Caregiver Stress, and Pandemic Play. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 2021.

TREMBLAY, Mark S; LEBLANC, Allana G; KHO, Michelle E; et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 98, 2011

TONETTO, L. M. et al. Designing Toys and Play Activities for the Development of Social Skills in Childhood. The Design Journal, v. 23, n. 2, p. 199-217, 2020.

TSO, Winnie W. Y.; WONG, Rosa S.; TUNG, Keith T. S.; et al. Vulnerability and resilience in children during the COVID-19 pandemic. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 161–176, 2020.

TUDGE, J.; ROSA, E.; PAYIR, A. Bioecological model. In: Bornstein, M. (Ed.). The SAGE encyclopedia of lifespan human development. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, p.251-252, 2018.

UNICEF. COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures. 2020. Retrieved from

https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglectexploitation-and-violence-amidst

UNICEF. Policy Brief: The Impacto f COVID-19 on children. p. 1-17, 2020. Retrieved: https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children

UNITED NATIONS (2019). **Promotion and protection of the rights of children :** United Nations Digital Library System. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1654302>.

WAGNER. A. et al. Desafios Psicossociais da Família Contemporânea- Pesquisas e Reflexões. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2011, 208 p.

WANG, G.; ZHANG, Y.; ZHAO, J.; ZHANG, J.; JIANG, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. The Lancet, v.395, 2020.

WANG G, ZHANG J, LAM SP, LI SX, JIANG Y, SUN W, et al. Ten-Year Secular Trends in Sleep/Wake Patterns in Shanghai and Hong Kong School-Aged Children: A Tale of Two Cities. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2019; 15(10):1495–502.

WALL, Caitlin; TOLAR-PETERSON, Terezie; REEDER, Nicole; et al. The Impact of School Meal Programs on Educational Outcomes in African Schoolchildren: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3666, 2022.

WATTS, T.; STAGNITTI, K.; BROWN, T. Relationship between play and sensory processing: A systematic review. American Journal of OccupationalTherapy, Bethesda, v. 68, p.37–46, 2014.

WEISS, D. S., & MARMAR, C. R. The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD New York: Guilford. (pp. 399-411). 1996

WHITESELL, Corey J.; CROSBY, Brian; ANDERS, Thomas F.; et al. Household chaos and family sleep during infants' first year. **Journal of Family Psychology**, v. 32, n. 5, p. 622–631, 2018.

WHITTLE, S. et al. Parenting and child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. **PsyArXiv**, 2020.

WOERNER, Wolfgang; FLEITLICH-BILYK, Bacy; MARTINUSSEN, Rhonda; et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 13, n. S2, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

YEASMIN S, BANIK R, HOSSAIN S, HOSSAIN MDN, MAHUMUD R, SALMA N, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: A cross-sectional study. Children and Youth Services Review. 2020; 117:105277.

YOSHIKAWA, Hirokazu; WUERMLI, Alice J.; BRITTO, Pia Rebello; et al. Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions. **The Journal of Pediatrics**, v. 223, p. 188–193, 2020.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impactos da pandemia do COVID-19 e distanciamento social sobre o desenvolvimento na transição do período pré-escolar para o escolar: estudo longitudinal

Pesquisador: Patricia Leila dos Santos
Área Temática: A critério do CEP
Versão: 1
CAAE: 31378920.6.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.034.779

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1548472.pdf, de 04/05/2020) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto2020.pdf, postado em 30/04/2020).

INTRODUÇÃO
Resumo: Com a chegada da pandemia do COVID-19 e bruscas alterações nos hábitos das pessoas e rotinas, devido ao distanciamento social, pode gerar um impacto no desenvolvimento humano. Neste contexto, é importante a busca em compreender de que modo as interações, processos proximais, atividades estão sendo afetados e como isso pode estar influenciando a saúde mental e desenvolvimento infantil, especificamente. A partir do exposto, o objetivo do presente estudo é identificar quais as principais alterações contextuais decorrentes da pandemia e isolamento social e o impacto das mesmas sobre as interações na família e sobre a saúde mental da criança. Será feito um estudo de coorte com delineamento longitudinal (retrospectivo e prospectivo), em quatro ondas: T1 (período de distanciamento social); T2 (período de retomada de atividades) e T3 (período pós-pandemia) e T4 (ano seguinte a pandemia). Serão convidados para a pesquisa os responsáveis de crianças da faixa etária de quatro a sete anos de idade, os quais responderão um

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

questionário online, com os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e questões familiares, Inventário de Recursos do ambiente familiar, Questionário de desenvolvimento infantil- baseado no Inventário de Battelle, Questionário de Capacidades e Dificuldades - 4 a 17 anos (versão professores), Impact of Event Scale (IES-R)- versão brasileira, Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) e Questionário sobre a saúde do paciente 2 (PHQ-2). A análise dos dados será feita a partir das variáveis categóricas (cálculos de frequência e porcentagem) e variáveis numéricas (médias e desvio-padrão). Serão aplicadas provas estatísticas para comparação dos dados referentes às quatro ondas (Anova ou Kruskal Wallis), também a prova de correlação de Pearson ou Spearman para verificar possíveis associações entre as variáveis e para verificar o efeito isolado da pandemia em diversos momentos, serão aplicados Modelos de Regressão logística uni e multivariada.

HIPÓTESE

A hipótese levantada em relação à pesquisa é de que a pandemia do COVID-19 terá um impacto em relação aos indicadores e processos de desenvolvimento de crianças pré-escolares e escolares no início de alfabetização que levará a um aumento de sintomas associados a problemas de saúde mental. Também aventa-se que alterações nos níveis de ansiedade e depressão dos pais tenha um efeito cumulativo, aumentando a vulnerabilidade infantil para problemas no desenvolvimento. Por outro lado, acredita-se a despeito das adversidades, boa parte das famílias estabelecerá novas rotinas que poderão se apresentar como fatores de proteção ao desenvolvimento. É possível que no tempo 2 (durante o distanciamento) e 3 (retorno às atividades) crianças e famílias estejam mais vulneráveis (mais sintomas e menos recursos no ambiente) do que nos tempos 1 (pré-distanciamento social) e 4 (pós-pandemia) (menos sintomas e mais recursos disponíveis).

METODOLOGIA

Estudo de coorte com delineamento longitudinal (retrospectivo e prospectivo), com abordagem quantitativa dos dados (HULLEY et al., 2015). O estudo será realizado em quatro ondas: T1, período de distanciamento social (DS) com coleta de dados retrospectiva (como era antes do distanciamento) e do período de DS; T2, período de retomada de atividades e T3, período pós-pandemia (XX meses após reabertura social e econômica ampla) e por último o ano seguinte a pandemia (T4).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão serão: ser responsável de pelo menos uma criança em idade entre quatro e sete anos que frequentava instituição educacional no período pré-distanciamento social; ter idade igual ou acima de 18 anos; residir no Brasil, ser o cuidador da criança por pelo menos parte do dia, todos os dias da semana; ser capaz de responder sobre a criança e seu ambiente familiar.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Os critérios de exclusão serão: preencher formulário (incluindo todos os instrumentos) em um tempo maior de 30 minutos e menor que dois minutos, crianças que apresentem condições neurológicas, deficiências auditivas, visuais, transtornos do espectro autista ou outros quadros que possam aumentar as demandas familiares desses responsáveis e participantes que não preencham todas as questões do formulário.

Objetivo da Pesquisa:
OBJETIVO PRIMÁRIO
Identificar as principais alterações contextuais decorrentes da pandemia e isolamento social e o impacto das mesmas sobre as interações na família (incluindo aspectos de saúde mental dos pais e recursos do ambiente familiar) e sobre a saúde mental da criança.Trata-se de um esforço em avaliar o impacto da Pandemia do COVID-19 sobre o desenvolvimento infantil, na tentativa de identificar condições do ambiente que, de fato, possam aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de saúde mental na infância, bem como possíveis fatores de proteção presentes no contexto atual das famílias.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS
Caracterizar as famílias dessas crianças a partir de variável sociodemográficas;
Avaliar as alterações no ambiente familiar decorrentes do período de pandemia, comparando quatro momentos: pré-distanciamento social (DS), durante o DS, retorno às atividades e pós-pandemia.
Identificar alterações na rotina das crianças e as consequentes modificações na rotina familiar;
Verificar os recursos do ambiente familiar disponíveis para as crianças nos diferentes tempos investigados, identificando as principais mudanças na oferta de recursos;
Verificar sintomas associados a problemas de saúde mental entre as crianças e sua evolução, a partir de três momentos: durante DS, retorno às atividades e pós-pandemia;
Avaliar a presença de sintomas de problemas de saúde mental (ansiedade e depressão) nos pais e possíveis associações com a sintomatologia infantil;

Analisar possíveis associações entre recursos do ambiente familiar e sintomatologia infantil;
Verificar, por modelos matemáticos, se as alterações ocorridas no ambiente familiar podem explicar as condições de saúde mental das crianças no período pós-pandemia.
Identificar fatores de risco e proteção no contexto de um evento de pandemia e distanciamento social.
Avaliar o desenvolvimento das crianças entre quatro e sete anos de idade e elencar possíveis fatores de risco e proteção para o desenvolvimento;
Apresentar um modelo explicativo sobre as interações entre o momento histórico vivenciado, o processo de transição do desenvolvimento e saúde mental na infância.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RISCOS
O risco mais evidente deste estudo diz respeito ao desconforto psicológico ao responder os questionários, entretanto, o preenchimento do Google Forms pode ser preenchido pelo participante, que terá à sua disposição o telefone e e-mail de contato dos pesquisadores, todos com formação em saúde mental, que estarão disponíveis para acolhimento e suporte, se necessário. Há também o risco de identificação dos participantes, para minimizá-lo o contato com os formulários brutos será restrito a dois pesquisadores que irão identificar os participantes por códigos nas planilhas de dados.

BENEFÍCIOS
Esta pesquisa não trará benefícios diretos a seus participantes, mas seus resultados poderão contribuir para avaliar a necessidade de implementação de programas de intervenção direcionados à redução dos prejuízos psicossociais e desenvolvimentais decorrentes da pandemia. Além disto, este estudo contribui para o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em condições de evento adverso presente no macrossistema bem como de possíveis alterações nas trajetórias de desenvolvimento infantil a partir deste evento histórico-social. Tal conhecimento serve de ponto de partida para novas políticas de atenção à saúde mental na infância, podendo também subsidiar políticas educacionais. O cenário de pandemia, até então desconhecido para a sociedade brasileira contemporânea já gerou alterações rápidas no comportamento e atitudes de diferentes grupos da população e para as famílias brasileiras, contexto privilegiado de desenvolvimento humano. Além disto, acreditamos que a longo prazo, os resultados desta pesquisa possam auxiliar em manejos e possíveis recursos necessários para o enfrentamento de outras pandemias, epidemias ou até mesmo outros eventos que apresentam um impacto tanto no microssistema da criança, assim

como no macrossistema em relação a aspectos que envolvem a saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de coorte com delineamento longitudinal (retrospectivo e prospectivo), com abordagem quantitativa dos dados (HULLEY et al., 2015) com o objetivo de Identificar as principais alterações contextuais decorrentes da pandemia e isolamento social e o impacto das mesmas sobre as interações na família (incluindo aspectos de saúde mental dos pais e recursos do ambiente familiar) e sobre a saúde mental da criança. O estudo será realizado em quatro ondas: T1, período de distanciamento social (DS) com coleta de dados retrospectiva (como era antes do distanciamento) e do período de DS; T2, período de retomada de atividades e T3, período pós-pandemia (meses após reabertura social e econômica ampla) e, por último, o ano seguinte à pandemia (T4).Serão recrutados como participantes de pesquisa os responsáveis (mãe, pai, avós ou outros familiares) de crianças da faixa etária de quatro a sete anos de idade que residam no Brasil e estejam no país durante o período da pandemia do COVID-19. O número de participantes será igual ao número de pessoas que consigam responder na sua totalidade o questionário disponibilizado pelas mídias sociais.

Os instrumentos que serão utilizados são: Caracterização sociodemográfica: a) Questionário de informações sociodemográficas e familiares; Recursos do ambiente familiar: b) Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF); Desenvolvimento infantil: c) Questionário de marcos de desenvolvimento Infantil (4 a 7 anos); Saúde mental: d) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ- 4 a 17 anos- versão pais); e) Impact of Event Scale (IES-R-versão brasileira): f) Transtorno de Ansiedade Generalizado (GAD-7); e g) Questionário sobre a saúde do paciente 2 (PHQ-2). O convite para participar do estudo e o formulário em questão serão enviados pelas redes sociais existentes, e-mails, grupos de Facebook, grupos de WhatsApp e também será divulgado o convite nas plataformas de notícias da Universidade de São Paulo (USP). Aos potenciais participantes, juntamente com as instruções para o preenchimento do questionário, também será disponibilizado por meio eletrônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o cumprimento das questões éticas os participantes serão direcionados para responder o questionário. Os contatos com os participantes nas fases posteriores do início do estudo (T2, T3 e T4), serão feitos por e-mail ou WhatsApp.

Tamanho da Amostra no Brasil: 200.

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Data prevista para início: Maio/2020.

Data prevista para encerramento: Novembro/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

1. A Folha de Rosto não se encontra totalmente preenchida. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) autoriza, em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil, durante o tempo necessário à instalação da segurança e saúde pública. Diante do exposto, recomenda-se apresentar, futuramente por notificação, o compromisso do pesquisador de que, assim que possível, será encaminhada nova folha de rosto na Plataforma Brasil com o campo "Instituição Proponente" devidamente assinado pelo responsável legal (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.a).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos neste protocolo.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1548472.pdf	04/05/2020 18:13:37		Aceito
Outros	Oficiodeencaminhamento.pdf	04/05/2020 18:13:25	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito
Outros	Resumo.pdf	30/04/2020 15:57:16	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 4.034.779

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/04/2020 15:55:58	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/04/2020 15:54:48	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2020.pdf	30/04/2020 15:53:51	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/04/2020 15:53:10	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/04/2020 15:52:43	Eduarda Souza Dilleggi	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 19 de Maio de 2020

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO B- Questionário de informações sociodemográficas e familiares

Abaixo pedimos alguns dados demográficos, por favor.

Dados sobre o cuidador da criança:

Relação de parentesco com a criança: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outros

1. Idade: _____

2. Gênero

   ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Transgênero ( ) Prefiro não dizer

3. Cidade e estado onde mora: _____

4. Estado civil

   ( ) Solteiro (a)

   ( ) Casado (a)

   ( ) União estável/mora com companheiro (a)

   ( )Separado (a) /divorciado(a)

   ( ) Viúvo(a)

   ( ) Outros – especifique: _____

5. Escolaridade

   ( ) Fundamental Incompleto

   ( ) Fundamental Completo

   ( ) Médio Incompleto

   ( ) Médio Completo

   ( ) Superior Incompleto

   ( ) Superior Completo

   ( ) Pós-graduação Incompleto

   ( ) Pós-graduação Completo

6. Situação Ocupacional

   ( ) Assalariado – Setor público

   ( ) Assalariado – Setor Privado

( ) Autônomo

( ) Mercado Informal/Bicos

( ) Aposentado(a)/ pensionista

( ) Não trabalha/ desempregado

( ) Estudante com/sem bolsa

( ) Empresário/ microempresário

( ) Outros

7. Indique a renda da sua família (incluindo a sua)

( ) Até um salário mínimo (até R$ 1.093,00)

( ) Entre 1 e 3 salários mínimos (entre R$ 1.093,00 e R$ 3.117,01)

( ) Entre 3 e 5 salários mínimos (entre R$ 3.117,01 e R$ 5.195,00)

( ) Entre 5 e 10 salários mínimos (entre R$ 5.195,00 e R$ 10.390,00)

( ) Mais de 10 salários mínimos

8. Quantas pessoas incluindo você, forma a sua família:

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5 ou mais

9. Por favor, assinale qual perfil melhor descreve sua família;

( ) Pai, mãe e filhos de um único casamento

( ) Pai/padrasto, mãe/madrasta com filhos de casamentos anteriores

( ) Pai/padrasto, mãe/madrasta com filhos de casamentos anteriores e atual

( ) Pai ou mãe sozinho com filhos

( ) Dois pais/duas mães com filhos de casamentos anteriores e atual

( ) Outros_____

10. Além das características acima, por favor, informe se em sua residência há:

( ) duas ou três gerações residindo juntos (com avós ou bisavós)

( ) outras pessoas participando da família (tios, primos, amigos, por exemplo)

( ) Nenhuma

11. Na sua família alguém faz parte da população de risco (ex: idosos acima de 60 anos ou pessoas com doenças crônicas, respiratórias e imunodeprimidas)?

( ) Não

( ) Sim – Por favor, quem: _____

13. A sua família tem mantido distanciamento social?

( ) Não

( ) Sim

13.a. Se não, por favor, nos informe por qual motivo:

_____

13.b. Se sim, qual motivo levaram vocês a manterem o distanciamento social?

( ) Evitar ter a doença

( ) Evitar transmitir as outras pessoas

( )Atender as recomendações das autoridades

14. Alguém que reside na casa testou positivo para COVID-19? ( ) sim ( ) não

15. Alguém teve sintomas como febre e tosse? ( ) sim ( ) não

16. Em caso afirmativo para qualquer das duas questões acima, foi feito o isolamento da pessoa com sintomas?

( ) sim ( )não

17.Neste caso, houve dificuldades na realização do isolamento? ( ) sim ( ) não

18.Se houve, de que tipo?

( ) organização do espaço físico, procedimentos de higienização do ambiente e alimentação da pessoa isolada

( ) dificuldades emocionais, comportamentais da pessoa isolada

( ) dificuldades emocionais, comportamentais das outras pessoas da casa

( ) dificuldades financeiras para seguir todas as recomendações do isolamento

( ) falta de informação ou orientação sobre como fazer o isolamento

( ) não

19.Neste caso, por quê não fizeram ou conseguiram realizar o isolamento?

( ) organização do espaço físico, procedimentos de higienização do ambiente e alimentação da pessoa isolada

( ) dificuldades emocionais, comportamentais da pessoa isolada

( ) dificuldades emocionais, comportamentais das outras pessoas da casa

( ) dificuldades financeiras para seguir todas as recomendações do isolamento

( ) falta de informação ou orientação sobre como fazer o isolamento

( ) outra, por favor, especifique: _____

20. Sobre as pessoas da casa que trabalham fora:

( ) continuam indo a seus locais de trabalho

( ) Estão trabalhando sem alteração de horários

( ) Estão trabalhando com tempo ou dias da semana reduzido

( ) estão trabalhando em casa

( ) estão afastadas do trabalho – motivo: _____

21. Pensando nas mudanças de rotina em decorrência do distanciamento social, assinale as alternativas verdadeiras:

( ) foi necessário criar/estabelecer espaço para o trabalho dentro de casa

( ) foi necessário modificar o espaço para estudo ou atividades escolares das crianças

( ) houve alterações nos espaços usados para dormir, comer, brincar e estudar dentro de casa

22. Por favor, nos informe o tipo de moradia em que reside:

( ) Apartamento

( ) Casa com quintal

( ) Casa sem quintal

( ) Comunidade

( ) Área rural (chácara, sítio, fazenda)

23. Ficou (está) na mesma moradia no período de distanciamento social ( ) sim ( ) não

23b. Se não, onde passou este período?

( ) Apartamento

( ) Casa com quintal

( ) Casa sem quintal

( ) Comunidade

( ) Área rural (chácara, sítio, fazenda)

Dados da criança (tem que morar necessariamente com você):

ATENÇÃO: CASO TENHA DUAS CRIANÇAS ENTRE 4 E 7 ANOS, ESCOLHA APENAS UMA PARA RESPONDER.

24. Idade:_____ Data de Nascimento:_____

25. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

26. Seu filho(a) frequenta a escola/pré-escola? ( ) Não ( ) Sim

27. A escola da criança é: ( ) privada ( ) pública

28. Escolaridade

( ) Pré-escolar (etapa 1)

( ) Pré-escolar (etapa final)

( ) 1° ano do Ensino Fundamental

( ) 2º ano do Ensino Fundamental

29. Neste período de distanciamento social a criança está realizando atividades escolares?

( ) Não ( ) Sim

29.a. Se sim: quais atividades:

( ) aulas virtuais

( ) tarefas online

( ) tarefas indicadas pela escola realizadas em caderno ou livro

( ) estudo orientado pelos próprios pais

( ) outros: _____

30. Seu filho(a) apresenta necessidades especiais?

( )Não ( )Sim. Quais: _____

31. Comente quais as principais dificuldades que você percebe que a criança apresenta durante o período de distanciamento social e pandemia:

_____

32. Você, como mãe ou pai, tem tido dificuldades para lidar com seu(sua) filho(a)? Quais?

_____

ANEXO C- Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

Quais as atividades que a criança faz quando não está na escola?	Antes da COVID-19	Atualmente	Não faz
Assiste a TV			
Ouve rádio			
Joga videogame			
Lê livros, revistas, gibis			
Brinca na rua			
Brinca dentro de casa			
Outros- especificar: _____			

Quais os passeios que a criança realizou nos últimos 12 meses?	Antes da COVID-19	Atualmente	Não realizou
Zoológico			
Evento da cidade			
Cinema ou teatro			
Lanchonete			
Praia			
Viagem de trem			
Sítio, chácara ou fazenda			
Museu			
Aeroporto			
Circo			
Shopping			
Parque de diversões			
Clube			
Visitas a parentes/amigos da família			
Divertilândia			
Viagem para outra cidade			
Exposição (pintura, ciências)			
Outros- especificar:_____			

Há atividades programadas que a crianças realiza regularmente?	Antes da COVID-19	Atualmente	Não realiza
Catequese, estudo bíblicos, evangelização			
Frequenta núcleo municipal do bairro			
Pratica esportes			
Artes (pintura, desenho)			
Aulas de instrumento musical			
Frequenta programas de atividades para crianças			
Aulas de inglês ou outro idioma			
Computação			
Dança			
Teatro, circo			
Outros-especificar:_____			

Quais as atividades que os pais desenvolvem com a criança em casa?	Antes da COVID-19	Atualmente	Não desenvolvem
Brincar			
Jogar videogame ou outros jogo			
Realizar vídeos na internet (Tiktok, Instagram,etc)			
Assistir a filmes			
Assistir programas infantis na TV			
Contar estórias e casos			
Ler revistas			
Conversar como foi o dia na escola			
Conversar sobre notícias, filmes e programas de TV			
Ouvir as estórias das crianças			
Realizar juntos atividades domésticas			
Outras-especificar:_____			

Quais os brinquedos que ele(ela) tem ou já teve?	Antes da COVID-19	Atualmente	Não tem
uma cama só para ele			
brinquedo de andar (triciclo, bicicleta, patinete, patins...)			
brinquedos de movimentar o corpo (pular cordas, balanço...)			
instrumento musical de brinquedo ou de verdade			
brinquedo que lida com números (dados, dominó...)			

brinquedos de letras (abecedários, quebra-cabeça...)			
brinquedos de aprender cores, tamanhos e formas			
brinquedos para conhecer os animais			
objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor			
aparelho ou caixa de som			
animal de estimação			
livros de estórias infantis			
jogos de regras (dama, memória...)			
brinquedos de faz de conta			
brinquedos de construção (bloco, lego...)			
brinquedos de rodas (carrinhos, trens...)			
videogame			
bola, pipa			
celular ou tablet			
Brinquedos de estimulação (massinhas, texturas...)			
Outros- especificar:			

Há livros ou jornais na sua casa?	Antes da COVID-19	Atualmente
Sim		
Não		

Antes da COVID-19 (distanciamento social) alguém em casa acompanhava a criança nos afazeres da escola?	ninguém	a mãe	o pai	outra pessoa
Verifica se o material escolar está em ordem				
Avisa quando é hora de ir para a escola				
Supervisiona os estudos				
Comparece às reuniões da escola				
Acompanha as notas e a frequência às aulas				

Atualmente alguém em casa acompanha a criança nos afazeres da escola?	ninguém	a mãe	o pai	outra pessoa
Verifica se o material escolar está em ordem				
Avisa quando é hora de ir para a escola				
Supervisiona os estudos				
Comparece às reuniões da escola				
Acompanha as notas e a frequência às aulas				

Antes da COVID-19 (distanciamento social) seu filho tinha hora certa para:	sempre	às vezes	nunca
almoçar			
Tomar banho			
brincar			
Ir dormir			
Levantar-se de manhã			
jantar			
Fazer a lição de casa			
Assistir à TV			
Jogar com o celular ou tablet			

Atualmente seu filho tem hora certa para:	sempre	às vezes	nunca
almoçar			
Tomar banho			
brincar			
Ir dormir			
Levantar-se de manhã			
jantar			
Fazer a lição de casa			
Assistir à TV			
Jogar com o celular ou tablet			

Antes da COVID-19 (distanciamento social) sua família costumava estar reunida:	sempre	Às vezes	nunca
No café da manhã			
No almoço			
No jantar			
À noite, para assistir à TV			
E nos finais de semana em casa			
E nos finais de semana em passeios			

Atualmente sua família costuma estar reunida:	sempre	Às vezes	nunca
No café da manhã			
No almoço			

No jantar			
À noite, para assistir à TV			
E nos finais de semana em casa			
E nos finais de semana em passeios			

Quanto tempo seu filho, antes da COVID-19 (distanciamento social) ficava nas seguintes atividades por dia?
Brincando na rua
Brincando dentro de casa
Fazendo lições
Jogar videogames, celular ou tablet
Assistindo TV

Quanto tempo seu filho, fica nas seguintes atividades por dia?
Brincando na rua
Brincando dentro de casa
Fazendo lições
Jogar videogames, celular ou tablet
Assistindo TV

ANEXO D- Questionário de Desenvolvimento Infantil baseado no Inventário de desenvolvimento de Battelle

Gostaríamos de saber como você observa o desenvolvimento da sua criança, para cada pergunta, responda se seu (sua) filho (a) já faz, ou não algumas ações:	2(sim)	1(as vezes)	0 (ainda não)
Área Social			
A criança consegue descrever seus sentimentos			
A criança escolhe seus amigos			
A criança participa em jogos competitivos			
A criança identifica comportamento aceitáveis e não aceitáveis			
A criança atua como líder nas relações com os companheiros			
A criança pede ajuda ao adulto quando precisar			
A criança utiliza ao adulto para se defender			
A criança reconhece a responsabilidade dos seus erros			
Área Adaptativa			
A criança veste e desveste			
A criança completa tarefas de duas ações (ex: ir ao quarto e pegar um meia)			
A criança vai para escola sozinha (pode ficar sem a presença da mãe)			
A criança responde a perguntas do tipo, o que farias se encontra perdido?			
A criança conhece o seu endereço			
A criança utiliza o telefone (celular, tablet, etc)			
A criança maneja pequenas quantidades de dinheiro			
A criança faz tarefas domésticas (com ou sem supervisão)			
Área motora			
A criança se mantém em um pé por 6 segundos			
A criança desenha um triângulo			
A criança pode pular e se manter em um pé e alterna-los			
A criança copia os números do 1 ao 5			
A criança pode caminhar de ponta de pé			
A criança copia uma palavra com maiúscula e minúscula (ex: escola)			
A criança pula a corda			
A criança consegue desenhar um triângulo dentro de outro triângulo			
Área da Comunicação			
A criança compreende o plural			
A criança utiliza frases de 5 a 8 palavras (ex: mãe quero muito comer lasanha)			
A criança compreende o futuro dos verbos ser e estar (ex: você será uma boa criança)			
A criança faz uso de comparações (ex: as crianças são mais rápidas que os idosos)			

A criança reconhece palavras que pertencem a uma mesma categoria (ex: categoria frutas: banana, morango, mamão etc)			
A criança fala sobre situações que possam acontecer			
A criança compreende os conceitos de “duro, doce, brilhante”			
A criança consegue definir palavras			
Área Cognitiva			
A criança responde a perguntas lógicas simples			
A criança consegue completar analogias opostas (ex:dia e noite)			
A criança identifica cores			
A criança identifica o objeto primeiro e o último da fila (ex: coloco 5 frutas diferentes)			
A criança lembra fatos de uma história narrada			
A criança resolve adição e subtração simples			
A criança resolve problemas simples que incluíam subtração			
A criança resolve multiplicações			

ANEXO E - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ- versão professores)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, em cada item selecione a opção que melhor descreve a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas			
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo			
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças			
Frequentemente tem acessos de raiva ou de crises de birra			
É solitário, prefere brincar sozinho			
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem			
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo			
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal			
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos			
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga			
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta			
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso			

Em geral, é querido por outras crianças			
Facilmente perde a concentração			
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo			
É gentil com crianças mais novas			
Frequentemente engana ou mente			
Outras crianças “pegam no pé” ou atormentam-no			
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)			
Pensa nas coisas antes de fazê-las			
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares			
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças			
Tem muitos medos, assusta-se facilmente			
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração			

ANEXO F- Impact of Event Scale (IES-R)- versão brasileira

Em março de 2020, você passou pelo início do distanciamento social devido a Pandemia.

(data) (evento de vida)

Abaixo há uma lista de comentários feitos por pessoas após um evento de vida estressante. Por favor, verifique cada um dos itens, indicando com que frequência esses comentários foram verdadeiros para você DURANTE OS ÚLTIMOS SETE DIAS. Se eles não ocorreram nesse tempo, por favor, marque a coluna "nunca".

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação					
2. Eu tinha problemas em manter o sono					
3. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação.					
4. Eu me sentia irritável e bravo					
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela					
6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar					
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real					
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem relembrar a situação					
9. Imagens sobre a situação saltavam em minha mente					
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado					
11. Eu tentei não pensar sobre a situação					
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei					
13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos					

14. Eu me peguei agindo ou me sentindo como se estivesse de volta à situação sobre isso.					
15. Eu tive problemas para dormir.					
16. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação					
17. Eu tentei retirar a situação da minha memória					
18. Eu tive problemas de concentração					
19. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado					
20. Eu tive sonhos sobre a situação					
21. Eu me sentia atento ou na defensiva					
22. Eu tentei não falar sobre a situação					

ANEXO G- Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

Durante as duas últimas semanas com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhum a vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a				
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações				
3. Preocupar-se muito com diversas coisas				
4. Dificuldade para relaxar				
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a				
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a				
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				

ANEXO H - Questionário sobre a saúde do paciente 2 (PHQ-2)

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança				

ANEXO I - Texto de divulgação da pesquisa

Pesquisa: Impactos da pandemia da COVID-19 e distanciamento social sobre o desenvolvimento infantil.

Esta é uma pesquisa vinculada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP e neste cenário atual de pandemia provocado pela COVID-19, estamos tentando entender como estão acontecendo os processos familiares e o desenvolvimento das crianças entre quatro e sete anos de idade.

Sabemos que o dia-a-dia, a rotina, as interações, têm sofrido algumas mudanças, principalmente com todos em distanciamento social. Também sabemos que todas essas mudanças estão gerando alterações nos níveis de estresse, ansiedade e sentimentos de angústia. Diante disso, queremos entender como tudo está ocorrendo, mas para produzirmos conhecimento, precisamos da colaboração dos responsáveis de crianças com idade entre 4 e 7 anos.

Convidamos os responsáveis, que participem deste estudo, respondendo ao formulário disponível no link: https://forms.gle/qSgUw2LvDn1hXMGG7

ANEXO J– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Impactos da pandemia do COVID-19 e distanciamento social sobre o desenvolvimento na transição do período pré-escolar para o escolar: estudo longitudinal.

Pesquisadores responsáveis:

Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos (CRP 06/31951-7); (16) 3315- 4608; Rua Tenente Catão Roxo, 2650, sala 32, Ribeirão Preto; plsantos@fmrp.usp.br.

Corina Milagro Mosqueira Taipe, corina.mosqueira@usp.br (16) 99349-1422

Eduarda Souza Dilleggi (CREFITO- 3/15616-TO), eduardadilleggi@gmail.com. (16) 99606 – 7800.

Prezado (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Impactos da pandemia do COVID-19 e distanciamento social sobre o desenvolvimento na transição do período pré-escolar para o escolar: estudo longitudinal". Caso seja seu desejo participar da pesquisa, é necessário que: você tenha 18 anos ou mais; seja responsável por uma criança com idade entre quatro e sete anos e more no Brasil. O objetivo geral desta pesquisa é investigar as principais alterações dentro do ambiente familiar devido à pandemia e isolamento social. Assim como entender o impacto disso sobre as interações na família (incluindo aspectos de saúde mental dos pais e recursos do ambiente familiar) e sobre a saúde mental da criança, a partir da visão dos responsáveis das crianças a curto e longo prazo. Isto significa que, além deste questionário você deverá preencher outro formulário semelhante dentro de 3 meses e um ano. Os resultados deste estudo poderão contribuir para ações futuras, como implementação de políticas de atenção à saúde mental na infância e políticas educacionais.

A sua participação consiste em responder um questionário online de rápido preenchimento, que pode ser acessado de qualquer celular, tablet e computador. Sua participação é voluntária e você tem todo direito de participar ou não. Caso você resolva participar mas desiste no meio, não tem problema, é seu direito também. A pesquisa não tem nenhum custo a você e caso você tenha algum desconforto psicológico em responder, as pesquisadoras estão disponíveis para orientação. Todos os seus dados disponibilizados no questionário serão 104 mantidos em sigilo, somente as pesquisadoras terão acesso. Entretanto, os resultados da pesquisa (conjunto das informações fornecidas) serão, posteriormente, divulgados em eventos ou revistas científicas, sem qualquer menção a resultados individuais.

A participação da pesquisa é supervisionada pela Profª Drª Patricia Leila dos Santos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que acompanhará todas as etapas da mesma e em caso de dúvida você poderá entrar em contato conosco pelo e-mail: prodefa.usp@gmail.com.

Agradecemos desde já, por sua disponibilidade em ler este convite para a pesquisa. Caso concorde em participar, tenha compreendido os objetivos e o que será feito neste estudo,

os riscos e benefícios mencionados e tenha esclarecido todas as suas dúvidas, é só preencher o questionário.

Para responder o formulário no futuro, conforme mencionado, entraremos em contato com você. Por favor, leia atentamente as instruções de cada item e não deixe qualquer item com resposta em branco.

Não há resposta certa, boa ou ruim; todas são importantes.

( )Eu conheci os objetivos da pesquisa e concordo em responder o questionário

( )Eu conheci os objetivos da pesquisa, mas não tenho interesse ou disponibilidade de responder o questionário

Para informações e dúvidas, você pode fazer contato nos endereços abaixo:

Endereço do pesquisador principal:

Rua Tenente Catão Roxo, 2650, sala 32 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP Ribeirão Preto - SP – Brasil.

CEP: 14040-900 Telefone:3315-4608

Endereço Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida dos Bandeirantes, 3900- Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902 Telefone: 3315 9197