

# Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de crianças brasileiras durante a pandemia da Covid-19

## **NATÁLIA SANT'ANNA DA SILVA**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD), São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: natsants@hotmail.com

## **LIVIA BRANCO CAMPOS**

UPM, CCBS, PPG-DD, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: liviabrancos5@gmail.com

## **KATIA FERNANDES DE OLIVEIRA**

UPM, CCBS, PPG-DD, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: katiafoliveira81@gmail.com

## **ROSANGELA DOS SANTOS**

UPM, CCBS, PPG-DD, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: rosangela.santos1@mackenzie.br

## **MARINA MONZANI DA ROCHA**

UPM, CCBS, PPG-DD, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: marinamonzani@gmail.com

## **Resumo**

Considerando a realidade instaurada pela pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19), estudos apontam crianças como mais vulneráveis a apresentarem problemas comportamentais e emocionais (como desatenção, hiperatividade, depressão e ansiedade). Buscamos descrever a frequência de problemas emocionais/comportamentais em crianças brasileiras que estavam em isolamento social no início da pandemia de Covid-19, e verificar possíveis diferenças nas pontuações de problemas e nas chances de pontuações clínicas em função das variáveis sexo e idade. A amostra foi composta por 277 responsáveis por crianças entre sete e 11 anos. Entre os instrumentos utilizados, estão o *Child Behavior Checklist* e a Ficha de Dados Sociodemográficos. As escalas nas quais problemas foram identificados com

Recebido em: 23/02/2022

Aprovado em: 18/08/2022



maior frequência foram: problemas totais, ansiedade/depressão e problemas com o pensamento. Meninos apresentaram mais chances de ansiedade/depressão, problemas de sociabilidade, com o pensamento, afetivos, ansiedade e maiores pontuações na escala de internalização. Crianças mais velhas têm mais chances de desenvolver problemas somáticos e menos chances de violar regras. Tais resultados demonstram possíveis consequências comportamentais/emocionais em crianças brasileiras em isolamento social, especialmente em meninos.

### **Palavras-chave**

Problemas de comportamento. Problemas emocionais. Crianças. Covid-19. Brasil.

## **Emotional/behavioral problems in a Brazilian sample of children during Covid-19 pandemic**

### **Abstract**

Considering the reality brought by the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic, studies have been finding children as vulnerable to behavioral and emotional problems (such as inattention, hyperactivity, depression, and anxiety). We sought to evaluate the frequency of emotional/behavioral problems among Brazilian children on social isolation during Covid-19 pandemic and differences on scores and clinical odds for behavioral problems considering the variables of age and gender. The sample was composed of 277 parents/legal guardians of children between seven and 11 years old. The instruments used were the Child Behavior Checklist and the Sociodemographic Form. The scales on which problems were more frequent were: total problems, anxious/depressed, and thought problems. Boys presented odds of clinical scores on anxiety/depression, social problems, thought problems and higher scores on the internalizing scale. Older children have higher odds of clinical scores on somatic complains and lower odds of rule-breaking behaviors. Our results showed the possible behavioral/emotional consequences in Brazilian children in social isolation, especially boys.

### **Keywords**

Behavior problems. Emotional problems. Children. Covid-19. Brazil.

# Problemas emocionales/conductuales en una muestra de niños brasileños durante la pandemia de la Covid-19

## Resumen

Con la realidad creada por la pandemia de la *coronavirus disease 2019* (Covid-19), los estudios apuntan a los niños como más vulnerables a tener problemas de comportamiento y emocionales (como falta de atención, hiperactividad, depresión y ansiedad). Buscamos describir la frecuencia de problemas emocionales/conductuales en niños brasileños que se encontraban en aislamiento social al inicio de la pandemia y verificar posibles diferencias en las puntuaciones de problemas y en las posibilidades de puntuaciones clínicas según las variables género y la edad. La muestra estuvo compuesta por 277 tutores de niños de siete a 11 años. Los instrumentos utilizados fueron el *Child Behavior Checklist* y Ficha de Datos Sociodemográficos. Las escalas en las que se identificaron problemas con mayor frecuencia fueron: problemas totales, ansiedad/depresión y problemas de pensamiento. Los niños tuvieron más posibilidades de presentar problemas de ansiedad/depresión, problemas de sociabilidad, con el pensamiento, afectivos y ansiedad y puntuaciones más altas en la escala de interiorización. Los niños mayores son más propensos a tener problemas somáticos y menos propensos a infringir las reglas. Tales resultados demuestran posibles consecuencias conductuales/emocionales en niños brasileños en aislamiento social, especialmente en los chicos.

## Palabras clave

Problemas conductuales. Problemas emocionales. Niños. Covid-19. Brasil.

## INTRODUÇÃO

A infância é um período crucial para o desenvolvimento emocional, comportamental, social e físico (HEINEN *et al.*, 2019; DELCHIARO *et al.*, 2017). Com a nova realidade em função da pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19), anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, observar os comportamentos das crianças se tornou uma preocupação para profissionais de saúde mental. Embora as crianças pareçam ser menos vulneráveis à doença provocada pelo novo coronavírus, relatórios iniciais de áreas chinesas atingidas indicam que crianças e adolescentes foram afetados psicologicamente, apresentando problemas comportamentais (JIAO *et al.*,

2020), sendo as crianças consideradas mais vulneráveis a problemas comportamentais durante desastres, como eventos pandêmicos (CLARK *et al.*, 2020).

Estudos apontam mudanças importantes na rotina das crianças, como diminuição nas atividades físicas (XIANG, ZHANG, KUWAHARA, 2020), menos oportunidades educacionais (COURTNEY *et al.*, 2020), pior desempenho escolar (ROCHA *et al.*, 2021), problemas de sono (ROCHA *et al.*, 2021), maior tempo de tela (XIANG, ZHANG, KUWAHARA, 2020, DUAN *et al.*, 2020) e crescimento do sentimento de frustração e de irritabilidade (DUAN *et al.*, 2020).

Em março de 2020, a pandemia impulsionou mudanças na realidade social para evitar a propagação do vírus, como medidas de quarentena, isolamento/distanciamento social, fechamento de escolas e adoção de modelos remotos de ensino (LAMIN-GUEDES, 2020), sendo que tais medidas estiveram associadas a consequências negativas à saúde mental (BROOKS *et al.*, 2020). Além do fechamento das escolas e das demais medidas governamentais para a implementação do isolamento social, novos hábitos passaram a fazer parte do cotidiano; com isso, problemas de saúde mental existentes apresentaram piora e surgiram mais casos de adoecimento entre jovens devido à combinação da crise de saúde pública, isolamento e recessão econômica (GOLBERSTEIN, WEN, MILLER, 2020).

Em relação a problemas emocionais/comportamentais, uma revisão de literatura apontou depressão, ansiedade, desatenção e irritabilidade como os problemas mais recorrentes em relação à saúde mental de crianças ao redor do mundo, durante o período de pandemia (PANDA *et al.*, 2021). Além disso, estudos encontraram problemas de conduta, desatenção-hiperatividade, problemas emocionais (LIU *et al.*, 2021; CLARK *et al.*, 2020), maior propensão e aumento de problemas psiquiátricos (MALLIK, RADWAN, 2021).

Os estudos evidenciaram diferenças entre sexos no que se refere às dificuldades comportamentais apresentadas na pandemia. Meninos apresentaram maior prevalência de transtornos psiquiátricos (MALLIK, RADWAN, 2021), mais problemas de saúde mental (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021) – especialmente em problemas de conduta e hiperatividade (MALLIK, RADWAN, 2021) – e maior prejuízo no contato social (LOPEZ-SERRANO *et al.*, 2021). Quanto às meninas, apesar de apresentarem mais queixas somáticas (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021), foram reportadas melhoras nas práticas de atividade física e alimentação (LOPEZ-SERRANO *et al.*, 2021). Tais achados sugerem que meninos seriam mais vulneráveis aos prejuízos causados pelo isolamento

social do que meninas; porém, poucos estudos exploram essa variável no período pandêmico (PANDA *et al.*, 2021), indicando a necessidade de maior investigação dessa variável, especificamente nesse contexto.

Também foram encontradas diferenças nas pontuações dos problemas emocionais/comportamentais em função da faixa etária. No estudo de Lopez-Serrano *et al.* (2021), crianças com menos de oito anos apresentaram mais problemas relacionados a oposição e desafio, ansiedade, irritabilidade e piora no contato social quando comparadas às crianças com idade entre oito e 12 anos, bem como adolescentes. Já Ravens-Sieberer *et al.* (2021) identificaram que quanto mais velha a criança, menor a chance de apresentar esses tipos de problemas. Ainda assim, essa é uma variável que foi pouco discutida, mostrando a necessidade de novos estudos acerca do tema.

Sabendo que problemas comportamentais em crianças são uma preocupação de saúde pública, dada a alta prevalência (GHANDOUR *et al.*, 2019), e diante da necessidade de compreender a saúde mental de crianças durante a pandemia, bem como compreender a influência da variável sexo e preencher a lacuna encontrada com relação à faixa etária em amostras compostas apenas por crianças, o presente estudo teve três objetivos, sendo eles: 1) descrever a frequência de problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de crianças brasileiras durante período de isolamento social decorrente da pandemia de Covid-19; 2) verificar possíveis diferenças nas pontuações de problemas comportamentais/emocionais em função do sexo e idade; 3) verificar as chances de pontuações clínicas em problemas comportamentais/emocionais considerando as variáveis sexo e idade.

Para cada um dos objetivos há hipóteses, sendo elas: H1) problemas clínicos relacionados a ansiedade, depressão, desatenção/hiperatividade e internalização serão mais frequentes na amostra em relação a demais problemas comportamentais/emocionais aferidos; H2) meninos apresentarão maiores pontuações em problemas de comportamento e crianças mais novas apresentarão maiores pontuações em problemas comportamento; H3) responsáveis por meninos reportarão mais problemas de comportamento/emocionais (maiores chances de apresentarem pontuações clínicas em problemas comportamentais e emocionais do que as meninas), assim como os responsáveis por crianças mais novas relatarão mais problemas de comportamento e problemas emocionais (maiores chances de apresentarem pontuações clínicas em problemas comportamentais e emocionais do que as mais velhas).

## MÉTODO

### Participantes

Para a coleta e a composição dos dados, o projeto amplo intitulado “Uso de mídias eletrônicas entre crianças e adolescentes e associação com desempenho escolar, características familiares e problemas emocionais/comportamentais”. Para tal pesquisa, foi feito um recorte da faixa etária de sete a 11 anos, dado que é uma vertente de um projeto maior, cujos demais instrumentos de avaliação foram destinados a crianças nessa faixa etária.

Ao todo, 421 responsáveis concordaram com a participação, sendo excluídos 144 de acordo com os seguintes critérios: 1) questionários incompletos ou dados duplicados ( $n = 50$ ); 2) relatos de crianças que não estavam na faixa etária preestabelecida ( $n = 47$ ); 3) crianças que eram reportadas pelos pais como portadoras de diagnóstico de alguma síndrome ou transtorno do neurodesenvolvimento ( $n = 15$ ); 4) crianças que não seguiam as orientações de isolamento social preconizadas na época para evitar a transmissão de Covid-19 ( $n = 32$ ), totalizando 277 participantes com dados válidos. Foram considerados critérios de inclusão: residir no Brasil com a família; ter um filho com idade entre sete e 11 anos.

Dos 277 participantes válidos, 93,9% dos respondentes eram mães, 1,8% eram pais e 4,3% declararam-se outro responsável. Em relação ao nível socioeconômico da amostra, o predominante foi B2 (51,3%), seguido de B1 (18,8%), C1 (14,1%), A (9%), C2 (5,8%) e D/E (1,1%). Em relação à estratificação social, houve predominância da classe média (65,3%), seguida de classe alta (27,8%) e baixa (6,9%). Ao considerar a divisão por nível socioeconômico, o predominante foi o B2 (51,3%), seguido de B1 (18,8%), C1 (14,1%), C2 (5,8%), A (9%) e D/E (1,1%).

Em relação às características das crianças, a maioria era do sexo masculino (51,6%); aluno do ensino fundamental I (71,5%); média de idade foi de 9,01 anos (desvio padrão = 1,38) e mediana de nove anos. Foi realizada a divisão em grupo etário para realização das análises estatísticas; o primeiro grupo foi composto por crianças mais novas, de sete a nove anos (61%) e o segundo, por crianças mais velhas, de dez a 11 anos (39%).

## Instrumentos

Um dos instrumentos utilizados foi o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – seis e 18 anos (*Child Behavior Checklist – CBCL/6-18*): questionário de triagem de problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, a partir da perspectiva/resposta dos pais/responsáveis. O questionário foi constituído por 118 itens sobre problemas emocionais, sociais e comportamentais que crianças ou adolescentes podem apresentar e a pontuação foi atribuída em uma escala Likert com a pontuação: 0 = não é verdadeira (tanto quanto sabe); 1 = um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira; ou 2 = muito verdadeira ou frequentemente verdadeira, com base nos últimos seis meses. Além disso, para o presente estudo, frisou-se o período início da pandemia até o momento do preenchimento do questionário (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Dados de validade e confiabilidade foram relatados na versão brasileira (ROCHA *et al.*, 2012).

As respostas permitem traçar um perfil nas seguintes escalas de síndromes: ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com o pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo. Essas escalas são agrupadas em três índices gerais: escala de internalização, escala de externalização e escala total de problemas de comportamento. Dispõe-se de escalas orientadas pelo *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), que contém: problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção, problemas de oposição e desafio e problemas de conduta.

As pontuações obtidas em cada escala são classificadas como normal (de acordo com a amostra normativa, dentro do esperado para sexo, faixa etária e país), clínica (déficits ou excessos comportamentais considerando a normatização do instrumento em função da faixa etária, sexo e país) e limítrofe (pontuações caracterizadas como acima ou abaixo do esperado, de acordo com a amostra normativa, mas ainda não atingindo ponto de corte para a classificação clínica, alertando sobre possíveis déficits ou excessos comportamentais). Para a realização do presente estudo, foram seguidas as orientações de Achenbach e Rescorla (2001) para reunir os casos com pontuação na faixa limítrofe e os casos na faixa clínica para evitar a falsos negativos.

Também foi utilizada a Ficha de Dados Sociodemográficos para Caracterização Amostral, que objetiva traçar um perfil sociodemográfico amostral,

referente à condição de isolamento devido à pandemia, dados da criança, do responsável e sobre a moradia. O poder aquisitivo da família foi calculado a partir do Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep, 2019), que classifica o domicílio em seis dissemelhantes perfis a partir da presença de bens de consumos, bem como do grau de instrução do chefe da família. No questionário, estavam presentes perguntas sobre bens de consumo existentes na residência, serviços públicos disponíveis na rua e nível de escolaridade do chefe da família (o indivíduo que mais contribui para a renda familiar). A definição da classe socioeconômica dos participantes seguiu as normas da Abep (2019). A pontuação do Critério Brasil varia de zero a 100; portanto, valores iguais ou superiores a 45 equivalem à classe A, entre 38 e 44, à classe B1, entre 29 e 37, à classe B2, entre 23 e 28, à classe C1, entre 17 e 22, à classe C2 e 16 ou inferior, às classes D e E.

## Coleta de dados

Diante do cenário de pandemia, a coleta de dados foi realizada de forma *on-line*, seguindo as diretrizes e recomendações de autoridades nacionais e internacionais, promovendo segurança aos participantes e pesquisadores durante o projeto. Assim, o presente estudo foi conduzido por meio da disponibilização de um questionário na plataforma *Google Forms*, no período de 10 de junho de 2020 a 10 de agosto do mesmo ano. O *link* foi divulgado nas redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp* para potenciais participantes e foram feitos disparos semanais contando com a ajuda de voluntários que se ofereceram para compartilhar a pesquisa, caracterizando-se como amostra de conveniência. Os participantes preencheram os instrumentos na seguinte ordem: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficha de caracterização e CBCL/6-18.

## Procedimentos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (nº 3.584.187). Todos os respondentes foram informados quanto aos objetivos, riscos e procedimentos referentes à realização do estudo. Foram instruídos a preencher o questionário sobre a criança pela qual eram responsáveis (em caso de mais de uma criança, foi dada a possibilidade de preencher duas vezes o *link* como um novo cadastro) e foi fornecida a devolutiva escrita sobre o desempenho da criança no instrumento utilizado



(CBCL/6-18). Todos os respondentes que tivessem dúvidas ao responder os instrumentos tiveram acesso ao grupo de pesquisa, utilizando as próprias redes sociais para sanar dúvidas, bem como o telefone e *e-mail* apresentado no TCLE.

Os riscos envolvidos na pesquisa foram o despendimento de tempo para preenchimento dos instrumentos e sensibilização às questões apresentadas. Todos os participantes assinaram TCLE *on-line* e receberam uma cópia por *e-mail*; além disso, a participação foi voluntária e asseguraram total privacidade e confidencialidade dos dados. O benefício da participação foi a devolutiva escrita enviada por *e-mail* sobre o resultado individual de cada criança referente às dificuldades emocionais/comportamentais.

## Análise de dados

Análises descritivas foram realizadas para a caracterização amostral e análise de frequência de pontuações clínicas em problemas comportamentais/emocionais (objetivo 1). O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados; entretanto, a distribuição não seguiu os pressupostos de normalidade, portanto, foi utilizado o teste Mann-Whitney em amostras independentes para verificar possíveis diferenças nas pontuações de problemas comportamentais/emocionais em função do sexo e grupo etário (objetivo 2). Foram considerados os valores de  $\leq 0,10$  para magnitude do efeito considerada pequena, de  $\leq 0,30$  para média e de  $\leq 0,50$  para grande, de acordo com a proposta de Rosenthal e Rubin (1991). O Odds Ratio (OR, razão de chances) – teste estatístico para verificar as chances de um determinado evento variar em função de outro – foi realizado para verificar as chances de pontuações clínicas em problemas emocionais/comportamentais em função do grupo etário e sexo (objetivo 3).

## RESULTADOS

### Percentual de problemas emocionais/comportamentais clínicos

Foram feitas distribuições de frequências simples para as subescalas componentes das escalas de síndromes, orientadas pelo DSM e somas de escalas do CBCL/6-18 em relação às pontuações clínicas. A Figura 1 apresenta a porcentagem de casos com pontuações clínicas em ordem decrescente.

**Figura 1** Distribuição de frequência em ordem decrescente das pontuações clínicas nas escalas do CBCL/6-18



Fonte: Elaborada pelas autoras.

## Sexo e problemas emocionais/comportamentais

Foi realizado o teste de Mann-Whitney para verificar possíveis diferenças entre as pontuações das escalas do CBCL/6-18 entre sexos (Tabela 1). Os meninos apresentaram *scores* mais elevados quando comparados às meninas em: ansiedade/depressão ( $U = 7841$ ;  $p = 0,009$ ); retraimento/depressão ( $U = 7022$ ;  $p < 0,001$ ); problemas de sociabilidade ( $U = 7917$ ;  $p = 0,012$ ); problemas com o pensamento ( $U = 7974$ ;  $p = 0,015$ ); problemas de atenção ( $U = 7106$ ;  $p < 0,001$ ); violação de regras ( $U = 7117$ ;  $p < 0,001$ ); comportamento agressivo ( $U = 7083$ ;  $p < 0,001$ ); escala de internalização ( $U = 7623$ ,  $p = 0,003$ ); escala de externalização ( $U = 7024$ ;  $p < 0,001$ ); escala total de problemas emocionais/comportamentais ( $U = 7059$ ;  $p < 0,001$ ); problemas afetivos ( $U = 7028$ ;  $p < 0,001$ ); problemas de ansiedade ( $U = 7516$ ;  $p = 0,002$ );

de problemas de déficit de atenção e hiperatividade ( $U = 7067$ ;  $p < 0,001$ ); problemas de oposição e desafio ( $U = 7342$ ;  $p < 0,001$ ) e problemas de conduta ( $U = 7212$ ;  $p < 0,001$ ). A magnitude do efeito para todos os resultados apresentados foi pequena.

**Tabela 1** Teste de Mann-Whitney para verificar diferenças nas pontuações das escalas do CBCL/6-18 em função do sexo

	U	p	Magnitude do efeito	Sexo	Média	Mediana	Desvio padrão	Erro padrão
<b>Ansiedade/ depressão</b>	7841	0,009	0,1816	Masculino	7,52	7,00	4,72	0,395
				Feminino	6,00	5,50	3,85	0,333
<b>Retraimento/ depressão</b>	7022	<0,001	0,2671	Masculino	2,69	2,00	2,71	0,227
				Feminino	1,60	1,00	2,06	0,178
<b>Queixas somáticas</b>	9123	0,485	0,0478	Masculino	2,47	2,00	2,44	0,204
				Feminino	2,36	1,00	2,63	0,227
<b>Problemas de sociabilidade</b>	7917	0,012	0,1737	Masculino	4,37	3,00	4,08	0,341
				Feminino	3,01	2,00	2,71	0,234
<b>Problemas com o pensamento</b>	7974	0,015	0,1678	Masculino	3,78	3,00	4,08	0,341
				Feminino	2,62	2,00	3,03	0,262
<b>Problemas de atenção</b>	7106	<0,001	0,2584	Masculino	6,49	5,00	5,02	0,420
				Feminino	4,36	3,00	4,23	0,365
<b>Violação de regras</b>	7117	<0,001	0,2572	Masculino	2,13	2,00	2,27	0,190
				Feminino	1,22	1,00	1,79	0,154
<b>Comportamento agressivo</b>	7083	<0,001	0,2608	Masculino	8,29	6,00	7,24	0,605
				Feminino	5,20	4,00	5,39	0,466
<b>Escala de internalização</b>	7623	0,003	0,2044	Masculino	12,69	12,00	8,25	0,690
				Feminino	9,96	8,50	7,03	0,607
<b>Escala de externalização</b>	7024	<0,001	0,2669	Masculino	10,42	8,00	9,18	0,767
				Feminino	6,43	4,00	6,85	0,592
<b>Escala total de problemas emocionais/comportamentais</b>	7059	<0,001	0,2632	Masculino	42,68	35,00	29,07	2,431
				Feminino	29,87	24,00	21,39	1,848

(continua)

**Tabela 1** Teste de Mann-Whitney para verificar diferenças nas pontuações das escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

	U	p	Magnitude do efeito	Sexo	Média	Mediana	Desvio padrão	Erro padrão
<b>Problemas afetivos</b>	7028	<0,001	0,2665	Masculino	4,20	3,00	3,95	0,330
				Feminino	2,52	2,00	2,74	0,236
<b>Problemas de ansiedade</b>	7516	0,002	0,2155	Masculino	3,94	3,00	2,61	0,219
				Feminino	2,91	2,00	2,20	0,190
<b>Problemas somáticos</b>	9478	0,870	0,0108	Masculino	1,22	1,00	1,61	0,135
				Feminino	1,28	1,00	1,87	0,162
<b>Problemas de déficit de atenção/hiperatividade</b>	7067	<0,001	0,2624	Masculino	5,94	5,00	4,16	0,348
				Feminino	4,04	3,00	3,34	0,289
<b>Problemas de oposição e desafio</b>	7342	<0,001	0,2337	Masculino	3,49	3,00	2,86	0,239
				Feminino	2,34	2,00	2,32	0,201
<b>Problemas de conduta</b>	7212	<0,001	0,2473	Masculino	2,30	1,00	3,14	0,263
				Feminino	1,18	0	2,36	0,204

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Realizou-se o OR para verificar as chances de meninos e meninas apresentarem pontuações clínicas nas escalas do CBCL/6-18 (Tabela 2). Ser menina reduz as chances de apresentar pontuações clínicas em ansiedade/depressão [OR = 0,308 (IC 95% = 0,155 – 0,610),  $p < 0,001$ ]; problemas de sociabilidade [OR = 0,228 (IC 95% = 0,0747 – 0,696),  $p = 0,005$ ]; problemas com o pensamento [OR = 0,287 (IC 95% = 0,139 – 0,593),  $p < 0,001$ ]; escala de internalização [OR = 0,298 (IC 95% = 0,144 – 0,618),  $p < 0,001$ ]; escala total de problemas emocionais/comportamentais [OR = 0,388 (IC 95% = 0,204 – 0,738),  $p = 0,003$ ]; problemas afetivos [OR = 0,228 (IC 95% = 0,0747 – 0,696)  $p = 0,005$ ]; problemas de ansiedade [OR = 0,0984 (IC 95% = 0,0291 – 0,333)  $p < 0,001$ ]; e problemas de déficit de atenção e hiperatividade [OR = 0,152 (IC 95% = 0,0571 – 0,407),  $p < 0,001$ ].

**Tabela 2** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo

		Ansiedade/depressão			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	106	37	143		0,155	
	%	74,1%	25,9%	100%			
<b>Feminino</b>	n	121	13	134	0,308	-	< 0,001
	%	90,3%	9,7%	100%			
<b>Total</b>	n	227	50	277		0,610	
	%	81,9%	18,1%	100%			
		Retraimento/depressão			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	136	7	143		0,113	
	%	95,1%	4,9%	100%			
<b>Feminino</b>	n	131	3	134	0,445	-	0,236
	%	97,8%	2,2%	100%			
<b>Total</b>	n	267	10	277		0,176	
	%	96,4%	3,6%	100%			
		Queixas somáticas			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	134	9	143		0,242	
	%	93,7%	6,3%	100%			
<b>Feminino</b>	n	128	6	134	0,698	-	0,505
	%	95,5%	4,5%	100%			
<b>Total</b>	n	262	15	277		2,02	
	%	94,6%	5,4%	100%			

(continua)

**Tabela 2** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

		Problemas de sociabilidade						
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>	
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	126	17	143		0,0747		
	%	88,1%	11,9%	100%				
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	130	4	134	0,228	-	0,005	
	%	97,0%	3,0%	100%				
<b>Total</b>	<i>n</i>	256	21	277		0,696		
	%	92,4%	7,6%	100%				
		Problemas de pensamento						
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>	
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	109	34	143		0,139		
	%	76,2%	23,8%	100%				
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	123	11	134	0,287	-	< 0,001	
	%	91,8%	8,2%	100%				
<b>Total</b>	<i>n</i>	232	45	277		0,593		
	%	83,8%	16,2%	100%				
		Problemas de atenção						
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>	
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	125	18	143		0,249		
	%	87,4%	12,6%	100%				
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	124	10	134	0,560	-	0,157	
	%	92,5%	7,5%	100%				
<b>Total</b>	<i>n</i>	249	28	277		1,26		
	%	89,9%	10,1%	100%				

(continua)

**Tabela 2** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

		Violação de regras			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	140	3	143		0,212	
	%	97,9%	2,1%	100%			
<b>Feminino</b>	n	131	3	134	1,07	-	0,936
	%	97,8%	2,2%	100%			
<b>Total</b>	n	271	6	277		5,39	
	%	97,8%	2,2%	100%			
		Comportamento agressivo			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	132	11	143		0,297	
	%	92,3%	7,7%	100%			
<b>Feminino</b>	n	126	8	134	0,762	-	0,571
	%	94,0%	6,0%	100%			
<b>Total</b>	n	258	19	277		1,96	
	%	93,1%	6,9%	100%			
		Escala de internalização			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Masculino</b>	n	110	33	143		0,144	
	%	76,9%	23,1%	100%			
<b>Feminino</b>	n	123	11	134	0,298	-	< 0,001
	%	91,8%	8,2%	100%			
<b>Total</b>	n	233	44	277		0,618	
	%	84,1%	15,9%	100%			

(continua)

**Tabela 2** | Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

		Escala de externalização					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Masculino</b>	n	119	24	143		0,259	
	%	83,2%	16,8%	100%			
<b>Feminino</b>	n	121	13	134	0,533	-	0,083
	%	90,3%	9,7%	100%			
<b>Total</b>	n	240	37	277		1,10	
	%	86,6%	13,4%	100%			
		Escala de problemas totais					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Masculino</b>	n	106	37	143		0,204	
	%	74,1%	25,9%	100%			
<b>Feminino</b>	n	118	16	134	0,388	-	0,003
	%	88,1%	11,9%	100%			
<b>Total</b>	n	224	53	277		0,738	
	%	80,9%	19,1%	100%			
		Problemas afetivos					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Masculino</b>	n	126	17	143		0,0747	
	%	88,1%	11,9%	100%			
<b>Feminino</b>	n	130	4	134	0,228	-	0,005
	%	97,0%	3,0%	100%			
<b>Total</b>	n	256	21	277		0,696	
	%	92,4%	7,6%	100%			

(continua)



**Tabela 2** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

		Problemas de ansiedade					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	116	6	143		0,194	
	%	811%	4,2%	100%			
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	130	4	134	0,703	-	0,589
	%	97,0%	3,0%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	267	10	277		2,55	
	%	96,4%	3,6%	100%			
		Problemas somáticos					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	137	9	143		0,242	
	%	95,8%	6,3%	100%			
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	128	6	134	0,698	-	0,505
	%	95,5%	4,5%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	262	15	277		2,02	
	%	94,6%	5,4%	100%			
		TDAH					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Masculino</b>	<i>n</i>	114	29	143		0,0571	
	%	79,7%	20,3%	100%			
<b>Feminino</b>	<i>n</i>	129	5	134	0,152	-	< 0,001
	%	96,3%	3,7%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	243	34	277		0,407	
	%	87,7%	12,3%	100%			

(continua)

**Tabela 2** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do sexo (continuação)

Problemas de oposição e desafio							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Masculino	n	124	19	143		0,267	
	%	86,7%	3,3%	100%			
Feminino	n	123	11	134	0,584	-	0,174
	%	91,8%	8,2%	100%			
Total	n	247	30	277		1,28	
	%	89,2%	10,8%	100%			
Problemas de conduta							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Masculino	n	138	5	143		0,303	
	%	96,5%	3,5%	100%			
Feminino	n	129	5	134	1,07	-	0,917
	%	96,3%	3,7%	100%			
Total	n	267	10	277		3,78	
	%	96,4%	3,6%	100%			

Fonte: Elaborada pelas autoras.

## Idade e problemas emocionais/comportamentais

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar possíveis diferenças entre grupos etários nas pontuações das escalas do CBCL/6-18 (Tabela 3). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

**Tabela 3** Teste de Mann-Whitney para verificar diferenças das pontuações nas escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário

	U	p	Magnitude do efeito	Grupo etário	Média	Mediana	Desvio padrão	Erro padrão
Ansiedade / depressão	8668	0,480	0,05019	7-9	6,72	6,00	4,46	0,343
				10-11	6,90	7,00	4,27	0,411

(continua)

**Tabela 3** Teste de Mann-Whitney para verificar diferenças das pontuações nas escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

	U	p	Magnitude do efeito	Grupo etário	Média	Mediana	Desvio padrão	Erro padrão
<b>Retraimento/ depressão</b>	8302	0,195	0,09035	7-9 10-11	1,91 2,56	1,00 2,00	2,16 2,87	0,166 0,276
<b>Queixas somáticas</b>	8218	0,156	0,09955	7-9 10-11	2,19 2,77	1,00 2,00	2,23 2,92	0,172 0,280
<b>Problemas de sociabilidade</b>	8850	0,669	0,03024	7-9 10-11	3,76 3,63	3,00 3,00	3,55 3,55	0,273 0,341
<b>Problemas com o pensamento</b>	8889	0,712	0,02602	7-9 10-11	3,18 3,29	2,00 2,50	3,71 3,57	0,286 0,344
<b>Problemas de atenção</b>	8601	0,418	0,05758	7-9 10-11	5,60 5,23	5,00 4,00	4,77 4,78	0,367 0,460
<b>Violação de regras</b>	8377	0,232	0,08213	7-9 10-11	1,87 1,42	1,00 1,00	2,32 1,66	0,178 0,160
<b>Comportamento agressivo</b>	8918	0,749	0,02279	7-9 10-11	6,91 6,62	4,00 5,00	7,07 5,77	0,544 0,555
<b>Escala de internalização</b>	8225	0,165	0,09878	7-9 10-11	10,82 12,22	10,00 11,00	7,29 8,47	0,56 0,815
<b>Escala de externalização</b>	9091	0,957	0,00389	7-9 10-11	8,78 8,04	5,00 6,00	9,10 7,06	0,700 0,680
<b>Escala total de problemas emocionais/comportamentais</b>	8900	0,729	0,02476	7-9 10-11	36,41 36,60	28,00 32,00	27,25 25,11	2,096 2,416
<b>Problemas afetivos</b>	7966	0,071	0,12716	7-9 10-11	3,15 3,77	2,00 3,00	3,48 3,54	0,268 0,341
<b>Problemas de ansiedade</b>	8907	0,734	0,02405	7-9 10-11	3,42 3,48	3,00 3,00	2,48 2,46	0,191 0,237
<b>Problemas somáticos</b>	8047	0,078	0,11823	7-9 10-11	1,07 1,55	1,00 1,00	1,42 2,12	0,109 0,204

(continua)

**Tabela 3** Teste de Mann-Whitney para verificar diferenças das pontuações nas escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

	U	p	Magnitude do efeito	Grupo etário	Média	Mediana	Desvio padrão	Erro padrão
<b>Problemas de déficit de atenção/hiperatividade</b>	8506	0,338	0,06799	7-9	5,22	4,00	3,98	0,306
				10-11	4,72	4,00	3,76	0,362
<b>Problemas de oposição e desafio</b>	8518	0,344	0,06668	7-9	2,82	2,00	2,68	0,206
				10-11	3,10	3,00	2,66	0,256
<b>Problemas de conduta</b>	8330	0,191	0,08728	7-9	2,02	1,00	3,22	0,248
				10-11	1,35	0	2,07	0,199

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Por fim, realizou-se o teste OR para verificar as chances de as crianças dos dois grupos etários apresentarem pontuações clínicas nas escalas do CBCL/6-18. Como pode ser observado na Tabela 4, estar no grupo etário de dez a 11 anos reduz as chances de apresentar pontuações clínicas em violação de regras [OR = 0,116 (IC 95% = 0,00646 – 2,08),  $p = 0,048$ ] e aumenta as chances de problemas somáticos [OR = 6,68 (IC 95% = 1,3 – 32,1),  $p = 0,007$ ].

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário

		Ansiedade/depressão			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Sete a nove anos</b>	n	138	31	169	0,950	0,506	0,874
	%	18,3%	18,3%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	n	89	19	108	0,950	-	0,874
	%	82,4%	17,6%	100%			
<b>Total</b>	n	227	50	277	1,78	-	-
	%	81,9%	18,1%	100%			

(continua)

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

		Retraimento/depressão					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Sete a nove anos</b>	n	165	4	169		0,669	
	%	97,6%	2,4%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	n	102	6	108	2,43	-	0165
	%	94,4%	5,6%	100%			
<b>Total</b>	n	267	10	277		8,81	
	%	96,4%	3,6%	100%			
		Queixas somáticas					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Sete a nove anos</b>	n	163	6	169		0,853	
	%	96,4%	3,6%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	n	99	9	108	2,47	-	0,086
	%	91,7%	8,3%	100%			
<b>Total</b>	n	262	15	277		7,15	
	%	94,6%	5,4%	100%			
		Problemas de sociabilidade					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
<b>Sete a nove anos</b>	n	153	16	169		0,165	
	%	90,5%	9,5%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	n	103	5	108	0,464	-	0,138
	%	95,4%	4,6%	100%			
<b>Total</b>	n	256	21	277		1,31	
	%	92,4%	7,6%	100%			

(continua)

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

Problemas de pensamento							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	141	28	169	0,941	0,487	0,856
	%	83,4%	16,6%	100%			
Dez a 11 anos	n	91	17	108	0,941	-	0,856
	%	84,3%	15,7%	100%			
Total	n	232	45	277		1,82	
	%	83,8%	16,2%	100%			
Problemas de atenção							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	149	20	169	0,596	0,253	0,233
	%	88,2%	11,8%	100%			
Dez a 11 anos	n	100	8	108	0,596	-	0,233
	%	92,6%	7,4%	100%			
Total	n	249	28	277		1,41	
	%	89,9%	10,1%	100%			
Violação de regras							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	163	6	169	0,116	0,00646	0,048
	%	96,4%	3,6%	100%			
Dez a 11 anos	n	108	0	108	0,116	-	0,048
	%	100%	0%	100%			
Total	n	271	6	277		2,08	
	%	97,8%	2,2%	100%			

(continua)

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

Comportamento agressivo							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	157	12	169		0,345	
	%	92,9%	7,1%	100%			
Dez a 11 anos	n	101	7	108	0,907	-	0,842
	%	93,5%	6,5%	100%			
Total	n	258	19	277		2,38	
	%	93,1%	6,9%	100%			
Escala de internalização							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	147	22	169		0,894	
	%	87,0%	13,0%	100%			
Dez a 11 anos	n	86	22	108	1,71	-	0,103
	%	79,6%	20,4%	100%			
Total	n	233	44	277		3,27	
	%	84,1%	15,9%	100%			
Escala de externalização							
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	p
Sete a nove anos	n	143	26	169		0,294	
	%	84,6%	15,4%	100%			
Dez a 11 anos	n	97	11	108	0,294	-	0,215
	%	89,8%	10,2%	100%			
Total	n	240	37	277		1,32	
	%	86,6%	13,4%	100%			

(continua)

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

		Escala de problemas totais					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Sete a nove anos</b>	<i>n</i>	136	33	169		0,506	
	%	80,5%	19,5%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	<i>n</i>	88	20	108	0,937	-	0,835
	%	81,5%	18,5%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	224	53	277		1,74	
	%	80,9%	19,1%	100%			
		Problemas afetivos					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Sete a nove anos</b>	<i>n</i>	157	12	169		0,484	
	%	92,9%	7,1%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	<i>n</i>	99	9	108	1,19	-	0,705
	%	91,7%	8,3%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	256	21	277		2,93	
	%	92,4%	7,6%	100%			
		Problemas de ansiedade					
		Normal	Clínico	Total	OR	IC	<i>p</i>
<b>Sete a nove anos</b>	<i>n</i>	149	20	169		0,341	
	%	88,2%	11,8%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	<i>n</i>	98	10	108	0,760	-	0,501
	%	90,7%	9,3%	100%			
<b>Total</b>	<i>n</i>	247	30	277		1,69	
	%	89,2%	10,8%	100%			

(continua)



**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

		Problemas somáticos			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
Sete a nove anos	n	151	2	169		1,39	
	%	89,3%	1,2%	100%			
Dez a 11 anos	n	100	8	108	6,68	-	0,007
	%	92,6%	7,4%	100%			
Total	n	267	10	277		32,1	
	%	96,4%	3,6%	100%			
		TDAH			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
Sete a nove anos	n	145	24	169		0,282	
	%	85,8%	14,2%	100%			
Dez a 11 anos	n	98	10	108	0,616	-	0,222
	%	90,7%	9,3%	100%			
Total	n	243	34	277		1,35	
	%	87,7%	12,3%	100%			
		Problemas de oposição e desafio			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
Sete a nove anos	n	151	18	169		0,484	
	%	89,3%	10,7%	100%			
Dez a 11 anos	n	96	12	108	1,05	-	0,904
	%	88,9%	11,1%	100%			
Total	n	247	30	277		2,27	
	%	89,2%	10,8%	100%			

(continua)

**Tabela 4** Odds Ratio das variáveis clínicas – escalas do CBCL/6-18 em função do grupo etário (continuação)

		Problemas de conduta			OR	IC	p
		Normal	Clínico	Total			
<b>Sete a nove anos</b>	n	160	9	169	0,166	0,0207	0,056
	%	94,7%	5,3%	100%			
<b>Dez a 11 anos</b>	n	107	1	108	0,166	-	0,056
	%	99,1%	0,9%	100%			
<b>Total</b>	n	267	10	277	1,33		
	%	96,4%	3,6%	100%			

Fonte: Elaborada pelas autoras.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apoiam as hipóteses iniciais H1 e H2, uma vez que ansiedade/depressão, problemas internalizantes e sintomas de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) estiveram entre os mais reportados pelos pais de crianças de sete a 11 anos. Os meninos foram identificados como os que tiveram maiores pontuações e chances de apresentarem problemas comportamentais/emocionais, o que suporta parcialmente a hipótese H3, uma vez que, em relação às crianças mais novas (entre sete e nove anos), não foram encontradas maiores pontuações e chances de apresentar problemas comportamentais e emocionais no presente estudo.

Com relação à frequência de problemas emocionais/comportamentais, era esperado que ansiedade/depressão, problemas internalizantes, problemas de atenção e sintomas de TDAH estivessem entre os mais frequentes, uma vez que esse resultado já foi encontrado em outros estudos realizados durante a pandemia (CLARK *et al.*, 2020; DUAN *et al.*, 2020; JIAO *et al.*, 2020; PANDA *et al.*, 2021; XIE *et al.*, 2020). Os achados em relação à elevada frequência de problemas com o pensamento podem estar relacionados à experiência desagradável daqueles que passam pelas restrições em período de isolamento, como separação de entes queridos; perda de liberdade; incerteza sobre o estado da doença; medo e tédio, que podem criar efeitos dramáticos em relação à saúde mental (BROOKS *et al.*, 2020). Contudo, mais estudos devem ser realizados para avaliar possíveis impactos entre pandemia, isolamento social e problemas com o pensamento em crianças.

Para problemas externalizantes e de oposição e desafio, é possível hipotetizar que sua manifestação esteja relacionada com o sentimento de irritabilidade e frustração, conforme reportados em literatura (DUAN *et al.*, 2020; PANDA *et al.*, 2021; CLARK *et al.*, 2020). Estudos epidemiológicos afirmam que crianças são particularmente vulneráveis às dificuldades comportamentais nos desastres pandêmicos, incluindo sofrimento psicológico geral/total (CLARK *et al.*, 2020), o que é corroborado pelos achados da presente pesquisa, na qual a prevalência foi na escala total de problemas emocionais/comportamentais.

Esperava-se que meninos apresentassem mais problemas de comportamento (maiores pontuações e chances quando comparados às meninas), uma vez que tais resultados foram reportados na literatura durante a pandemia (MALLIK, RADWAN, 2021; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021). Além disso, também apresentaram maior prejuízo no contato social de acordo com o estudo de Lopez-Serrano *et al.* (2021), o que poderia afetar a saúde mental e justificar tais achados, corroborado pela hipótese de que tais efeitos também podem ser encontrados em amostras brasileiras.

Em relação aos dados anteriores ao período pandêmico, um estudo realizado com pais de 1.475 crianças de seis a 11 anos que responderam ao CBCL encontrou efeito da variável sexo para: problemas de sociabilidade, de atenção; violação de regras; comportamento agressivo; escala de externalização e total de problemas de emocionais/comportamentais; problemas de déficit de atenção e hiperatividade; de oposição e desafio e de conduta. Para todas essas escalas, os meninos obtiveram *scores* mais elevados (EMERICH *et al.*, 2012). No presente estudo, foram encontradas diferenças significativas para os mesmos problemas, o que pode estar relacionado com um padrão ou tendência de problemas comportamentais e emocionais nos meninos; entretanto, problemas como ansiedade/depressão, retraimento/depressão, problemas com o pensamento, problemas afetivos, de ansiedade e internalizantes foram encontrados em nossa amostra, sugerindo a necessidade de novos estudos para verificar se são decorrentes do período pandêmico ou não.

Os resultados do presente estudo mostraram que ser menina pode ser considerado fator protetivo (reduz a chance de apresentar pontuações clínicas) para problemas comportamentais/emocionais durante isolamento social. Ainda assim, faz-se necessário realizar novos estudos para averiguar se esses resultados também são encontrados em amostras de diferentes classes sociais e localidades brasileiras. É importante ressaltar que, em períodos não pandêmicos, meninos tendem a apresentar mais problemas do tipo externalizante e

meninas, mais problemas do tipo internalizante (EMERICH *et al.*, 2012; RESCORLA *et al.*, 2012), indicando que, durante a pandemia, houve alteração no padrão de manifestação comportamental das crianças, validando a hipótese de que meninos seriam mais vulneráveis aos prejuízos causados pelo isolamento social do que meninas, necessitando de atenção para essas questões por parte dos pais/responsáveis e profissionais da saúde.

Com relação às diferenças encontradas considerando os grupos etários, outros estudos indicaram que crianças mais novas apresentaram mais problemas (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021; LOPEZ-SERRANO *et al.*, 2021), o que não foi encontrado em nossa amostra, considerando a faixa de sete a nove anos. Isso pode ter acontecido pelo fato de que o estudo comparou apenas dois grupos (sete a nove anos e dez a 11 anos), enquanto outros estudos relatados durante a pandemia também apresentaram amostras de pré-adolescentes e adolescentes (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021; LOPEZ-SERRANO *et al.*, 2021).

Com base em dados anteriores à pandemia e utilizando a mesma faixa etária, um estudo contou com 450 pais de crianças de sete a 11 anos (1º ao 5º ano) residentes em uma das áreas periféricas de Mashhad, Iran que responderam ao CBCL. Foram encontradas diferenças na prevalência de problemas de comportamento entre as diferentes séries de ensino, de modo que os alunos do segundo ano tiveram maior dificuldade (maiores pontuações nas escalas) e os do quinto ano menores dificuldades (menores pontuações nas escalas) (ABDOLAHZADEH; BIDGELI; MASHHADI, 2018).

É possível pensar que a ausência de diferenças entre os grupos etários pode estar circunscrita à presente amostra e/ou estar relacionada aos padrões apresentados em decorrência da pandemia, indicando que tais grupos foram igualmente impactados pelas mudanças de rotina provocadas por esse período, sendo possível perceber diferenças somente quando comparados aos adolescentes; assim, novos estudos devem ser realizados para verificar essa hipótese.

Quanto às frequências de pontuações clínicas entre os grupos etários, crianças mais velhas têm menos chances de apresentar pontuações clínicas em violação de regras. Considerando que tais comportamentos se enquadram na classificação de problemas pró-sociais, é possível pensar que nossos resultados consolidam o estudo de Liu *et al.* (2021), que aponta que são identificados em crianças mais velhas, a partir dos dez anos, menos problemas de comportamento pró-social do que nas mais novas.

Crianças mais velhas apresentaram maiores chances para problemas somáticos, o que pode ser justificado pelo fato de que, em períodos típicos, tendem a apresentar mais problemas desse tipo (YANG *et al.*, 2008). Além

disso, durante a pandemia, houve um aumento nos sentimentos de medo e de ansiedade (COURTNEY *et al.*, 2020; DUAN *et al.*, 2020), que estão correlacionados ao crescimento de sintomas somáticos (KUSHNIR, SADEH, 2009; SHEVLIN *et al.*, 2020), o que poderia justificar os resultados encontrados em crianças mais velhas, uma vez que elas apresentaram maiores dificuldades desse tipo. Tais dificuldades podem ter sido aumentadas durante a pandemia, resultando em maiores chances desse tipo de problema, porém, novos estudos são necessários para avaliar essas hipóteses.

A presente pesquisa mostra-se relevante científica e socialmente no contexto nacional, visto que a pandemia e todas as restrições necessárias para a contenção da propagação do novo coronavírus trouxeram mudanças abruptas em relação aos modos de vida. Apesar de promissora, devem ser consideradas limitações como: amostra de conveniência (não foi possível atingir todos os estratos sociais presentes no Brasil); utilização de somente um instrumento de autorrelato dos responsáveis; estudo transversal (não foi possível diferenciar quais problemas comportamentais/emocionais apresentados se devem ao efeito de desastres, doenças, medidas de contenção, mudanças de rotina, qualidade da relação com cuidadores, nível de estresse parental, entre outras variáveis que podem afetar o desfecho).

Sugestões para estudos futuros: verificar saúde mental dos cuidadores/responsáveis, qualidade da relação entre pais e filhos, estresse familiar e contaminação por Sars-CoV-2, desemprego, divórcios, avaliar o impacto do isolamento social na saúde mental de crianças utilizando métodos longitudinais; incluir análises de causalidade e avaliar demais variáveis moderadoras como tipo de escola, rede de apoio, uso de serviços de saúde mental etc.; avaliar problemas emocionais/comportamentais por múltiplos informantes; utilizar medidas além das de autorrelato e coletar dados com representatividade populacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram a frequência de pontuações clínicas para problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de crianças brasileiras isoladas socialmente durante o período inicial da pandemia de Covid-19 (junho a agosto/2020), além de diferenças de pontuações em função do sexo e grupo etário (crianças mais novas de sete a nove e mais velhas de dez a 11 anos). Os resultados encontrados são importantes por demonstrarem uma possível relação entre o período inicial de pandemia, contexto de isolamento social e problemas

comportamentais e emocionais (especialmente para os meninos) na perspectiva dos responsáveis por crianças brasileiras e especular sobre a severidade de problemas emocionais e comportamentais em famílias com crianças de sete a 11 anos, durante um período de mudanças ocorridos mediante isolamento.

## REFERÊNCIAS

ABDOLAHZADEH, Z.; BIDGELI, I.; MASHHADI, A. The prevalence of behavioral problems among primary school children in outskirts of Mashhad city, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, Mashhad, v. 12, n. 2, p. 1-6, mar. 2018. Disponível em: <https://brieflands.com/articles/ijpbs-10050.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont: Research Center for Children, Youths, and Families, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (Abep). *Critério de classificação econômica Brasil*. 2019.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. DOI 10.1016/s0140-6736(20)30460-8

CLARK, H. *et al.* A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*, v. 395, n. 10224, p. 605-658, fev. 2020. DOI 10.1016/s0140-6736(19)32540-1

COURTNEY, D. *et al.* COVID-19 impacts on child and youth anxiety and depression: challenges and opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 65, n. 10, p. 688-691, jun. 2020. DOI 10.1177/0706743720935646

DELCHIARO, E. C. *et al.* A psicologia do desenvolvimento na educação infantil. *Revista de Estudos Aplicados em Educação*, v. 2, n. 4, p. 64-83, jul./dez. 2017. DOI 10.13037/rea-e.vol2n4.4995

DUAN, L. *et al.* An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, v. 275, n. 1, p. 112-118, out. 2020. DOI 10.1016/j.jad.2020.06.029

EMERICH, D. R. *et al.* Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico*, v. 43, n. 3, p. 380-387, jul./set. 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10053/8239>. Acesso em: 20 set. 2022.

GHANDOUR, R. M. *et al.* Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, v. 206, n. 3, p. 256-267, mar. 2019. DOI 10.1016/j.jpeds.2018.09.021

GOLBERSTEIN, E.; WEN, H.; MILLER, B. F. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *Jama Pediatrics*, v. 174, n. 9, p. 819-820, abr. 2020. DOI 10.1001/jamapediatrics.2020.1456

HEINEN, M. *et al.* Intervenção baseada em um protocolo de terapia cognitivo comportamental: um relato de experiência com crianças no ambiente escolar. *Aletheia*, Canoas, v. 52, n. 2, p. 192-204, jul./dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v52n2/v52n2a16.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

JIAO, W. Y. *et al.* Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The Journal of Pediatrics*, v. 221, n. 1, p. 264-266, jun. 2020. DOI 10.1016/j.jpeds.2020.03.013

KUSHNIR, J.; SADEH, A. Childhood fears, neurobehavioral functioning and behavior problems in school-age children. *Child Psychiatry & Human Development*, v. 41, n. 1, p. 88-97, jul. 2009. DOI 10.1007/s10578-009-0154-9

LAMIN-GUEDES, V. (org.). *A educação na Covid-19: a voz do docente*. São Paulo: Editora Na Raiz, 2020.

LIU, Q. *et al.* The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*, v. 279, n. 15, p. 412-416, jan. 2021. DOI 10.1016/j.jad.2020.10.008

LOPEZ-SERRANO, J. *et al.* Psychological impact during COVID-19 lockdown in children and adolescents with previous mental health disorders. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, v. 14, n. 2, abr. 2021. DOI 10.1016/j.rpsm.2021.04.002

MALLIK, C. I.; RADWAN, R. B. Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 56, n. 1, p. 102554, fev. 2021. DOI 10.1016/j.ajp.2021.102554

PANDA, P. K. *et al.* Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 67, n. 1, p. 1-13, fev. 2021. DOI 10.1093/tropej/fmaa122

RAVENS-SIEBERER, U. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 30, n. 1, p. 1-11, jan. 2021. DOI 10.1007/s00787-021-01726-5

RESCORLA, L. *et al.* International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 51, n. 12, p. 1273-1283, dez. 2012. DOI 10.1016/j.jaac.2012.09.012

ROCHA, M. M. *et al.* Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the child behavior checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 22, n. 4, p. 329-338, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s2045796012000637>. Acesso em: 28 set. 2022.

ROCHA, M. F. A. *et al.* O impacto da pandemia do Covid-19 na saúde infanto-juvenil: um estudo transversal. *Brazilian Journal of Health Review*, São José dos Pinhais, v. 4, n. 1, p. 3483-3497, jan./fev. 2021. DOI 10.34119/bjhrv4n1-271

ROSENTHAL, R.; RUBIN, D. B. Further issues in effect size estimation for one-sample multiple-choice-type data. *Psychological Bulletin*, v. 109, n. 2, p. 351-352, mar. 1991. DOI 10.1037/0033-2909.109.2.351

SHEVLIN, M. *et al.* COVID-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *British Journal of Health Psychology*, v. 25, n. 4, p. 875-882, maio 2020. DOI 10.1111/bjhp.12430

XIANG, M.; ZHANG, Z.; KUWAHARA, K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases*, v. 63, n. 4, p. 531-532, jul. 2020. DOI 10.1016/j.pcad.2020.04.013

XIE, X. *et al.* Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *Jama Pediatrics*, v. 174, n. 9, p. 898-900, abr. 2020. DOI 10.1001/jamapediatrics.2020.1619

YANG, Y. *et al.* Age and gender differences in behavioral problems in Chinese children: parent and teacher reports. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 1, n. 2, p. 42-46, dez. 2008. DOI 10.1016/j.ajp.2008.09.005