

Joana Nobre

Saúde mental em tempos de pandemia: como afeta o modo em que os adultos vivenciam a pandemia a saúde emocional das crianças?



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
2020

Joana Nobre, a51611

Saúde mental em tempos de pandemia: como afeta o modo em que os adultos vivenciam a pandemia a saúde emocional das crianças?

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora Prof^a. Doutora Antónia Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

Saúde mental em tempos de pandemia: como afeta o modo em que os adultos vivenciam a pandemia a saúde emocional das crianças?

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito.

Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright © 2020, Joana Nobre

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

A todos aqueles que tanto me querem bem e que sempre estiveram na minha retaguarda durante todo este percurso, tenho a agradecer do fundo do coração:

À Prof^a Dr^a Antonia Ros, pela orientação e partilha de conhecimento durante todos estes anos. Agradeço por me ter permitido aprender, sem nunca desistir daquilo que eram os meus principais objetivos para esta investigação e principalmente pela paciência e compreensão em todos os momentos.

A todas as crianças e respetivas famílias com as quais trabalhei na Escola Básica da Lejana, obrigada por toda a compreensão, disponibilidade e carinho com que sempre me auxiliaram durante este percurso. Agradeço também a todos os outros participantes, que foram cruciais para este a conclusão deste estudo.

Um agradecimento especial aos meus pais, Sofia e João, por me terem educado com amor e resiliência, sempre me ensinando a ser gentil e a ter um coração genuíno e pronto a querer o melhor por mim e sobretudo pelos outros. Por sempre me ouvirem pacientemente e me suportarem em todos os meus medos e inseguranças, particularmente durante este difícil percurso. À minha irmã Maria, que é o meu maior amor e que mesmo a km de distância consegue ser muitas vezes uma das minhas maiores forças. Que este meu percurso feito com garra e força de vontade, me façam servir de exemplo para que ela consiga tudo aquilo que mais ambiciona. Um grande obrigado por sempre estares do meu lado e por me perdoares todas as minhas ausências.

Ao meu namorado, Gonçalo, que nunca me deixou parar de acreditar e que é o meu pedaço de calma e o meu porto de abrigo dia após dia. Todos os “obrigados” são poucos, de coração. Por veres sempre o que há de melhor em mim, nunca duidares por um segundo daquilo que eu sou capaz e principalmente por me ajudares sempre a perceber isso também. Obrigada por caminhares sempre a meu lado, sempre com tanto carinho, amor e dedicação.

Às minhas melhores amigas, Renas, e a todos os meus amigos da Serra Nevada, por me apoiarem sempre incondicionalmente e por nunca me deixarem desmotivar em qualquer momento, querendo-me sempre bem. Obrigada, são muito especiais e eu gosto de vocês.

**“Porque todas as pessoas crescidas já foram crianças um dia,
mas poucas se lembram disso”**

- Antoine Saint-Exupéry, O Príncipezinho

Resumo

As crianças e os adolescentes, por se encontrarem numa crítica fase do desenvolvimento, mostram-se mais vulneráveis tanto a nível emocional como social aos efeitos da pandemia e com maior pré-disposição para o desenvolvimento de perturbações mentais.

Esta investigação propôs-se a explorar em que medida a forma como os adultos vivenciam a pandemia e o isolamento social pode ter afetado a saúde emocional das crianças a seu cargo.

Participou neste estudo um total de 170 pessoas: 85 crianças dos 6 aos 14 anos, maioritariamente do sexo feminino e 85 adultos, familiares das crianças, com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos e maioritariamente do sexo feminino.

Através da plataforma da *Google Forms*, as crianças responderam a um protocolo de avaliação composto pelo Questionário de dados sociodemográficos, a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC) e a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC). Os familiares procederam à resposta do Questionário de dados sociodemográficos e do Questionário de Saúde Mental para a Pandemia da Covid-19 (CoPaQ).

Com recurso ao programa Statistics Package of Social Science (SPSS-v25), realizou-se primeiramente uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes e variáveis nominais dos instrumentos. O cálculo do alfa de *Cronbach*, foi realizado para a análise da consistência interna de cada instrumento utilizado, quer a nível total, quer a nível das suas escalas e subescalas. Para analisar a associação entre variáveis de ambos os grupos, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Os resultados obtidos neste estudo refletem uma adequada gestão por parte dos familiares de determinadas problemáticas e/ou conflitos que possam ter advindo da pandemia da COVID-19, durante confinamento. Esta parece traduzir-se ainda em baixos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa nas crianças.

Palavras-chave: COVID-19; Isolamento; Crianças; Ansiedade; Depressão

Abstract

As they find themselves in a critic phase of development, children and teenagers, are more emotionally and socially vulnerable towards the pandemic effects and have a bigger predisposition to develop mental perturbations.

This investigation set out to explore to what extent the way adults lived the pandemic and social isolation situation and the emotional effect that may have had on the children at their care.

There was a total of 170 people who participated in this study: 85 children from 6 to 14 years old, majority females and 85 adults, children relative's, between 30 and 54 years old, majority females.

Through Google Forms, the children's reply to a evaluation protocol compound by a Quiz of sociodemographic data, Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) and the Multidimensional of Anxiety Scale for Children (MASC). The relative's responded to the Quiz of sociodemographic data and to the Quiz of Mental Health for the Covid-19 Pandemic (CoPaQ).

With the resource of Statistic Package of Social Science Program (SPSS-c25), firstly took place a descriptive analysis of the sociodemographic variables of the participants and the instruments nominals variables. Alpha calculation of Cronbach was produce for the analysis of internal consistency for each instrument used, on a total, scales and subscales levels. To analyze the association between the variables of both groups, the Pearson correlation coefficient calculation was used.

The final results of this study reflect on a proper management by the children relative's regarding the conflicts and problematics issues, that may adverse from Covid-19 pandemic, during confinement. Still it is noticed that the levels of symptomatology depression and children anxiety is low.

Key-words: Covid-19; Isolation; Children; Anxiety; Depression

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. METODOLOGIA.....	4
3.1 Participantes	4
3.2 Instrumentos	4
3.2.1 Questionário para recolha dos dados sociodemográficos.....	4
3.2.2 Questionário de Saúde Mental da Pandemia Covid-19 (CoPaQ; Rek, Freeman, Reinhard, Keeser, & Padberg (2020); Versão portuguesa de Conversano, Jiménez-Ros & Santos, 2020)	4
3.2.3 Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC; Weismann, Orvaschel & Padian, 1980; versão portuguesa de Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo, & Couto, 2015)	4
3.2.4 Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC; March et al., 1997).....	5
4. PROCEDIMENTOS.....	5
4.1 Procedimento de recolha de dados	5
4.2 Procedimento de tratamento de dados.....	5
5. RESULTADOS	6
5.1 Caracterização dos participantes- Crianças dos 6 aos 14 anos.....	6
5.2 Caracterização dos participantes- Familiares	8
5.3 Estado de infeção do próprio encarregado de educação ou de alguém próximo pela COVID-19.....	11
5.4 Permanência dos familiares em isolamento, recolhimento obrigatório ou teletrabalho	12
5.5 Diagnóstico de perturbações mentais e acompanhamento psicoterapêutico.....	12
5.6 Questionário de Saúde Mental na Pandemia (CoPaQ).....	12
5.7 Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	14
5.8 Associações entre o Questionário de Saúde Mental na Pandemia (CoPaQ), Escala Mutidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC).....	16
6. DISCUSSÃO.....	20
7. CONCLUSÕES.....	26
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

9. ANEXOS.....	31
----------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças dos 6 aos 14 anos	6
Tabela 2. Características sociodemográficas dos familiares.....	8
Tabela 3. Fatores de risco (para o próprio) para o COVID-19	11
Tabela 4. Frequências das escalas do instrumento CoPaQ	13
Tabela 5. Frequências das escalas e subescalas dos instrumentos MASC e CES-DC	15
Tabela 6. Associações entre os resultados do instrumento CoPaQ e os resultados do instrumento MASC	17
Tabela 7. Associações entre os resultados do instrumento CoPaQ e os resultados do instrumento CES-DC	19

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração de consentimento informado	31
Anexo 2. Questionário de dados sociodemográficos para os familiares	32
Anexo 3. Questionário de dados sociodemográficos para as crianças	33
Anexo 4. Questionário de Saúde Mental na Pandemia Covid-19 (CoPaQ)	34
Anexo 5. “MASC” – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças	49
Anexo 6. “CES-DC”- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC).....	52

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19- *Coronavirus disease 2019*

SARS-COV-2- *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

OMS- Organização Mundial da Saúde

DSM-V-TM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

CoPaQ- *COVID-19 Pandemic Mental Health Questionnaire*

CES-DC- *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*

MASC- *Multidimensional Anxiety Scale for Children*

SPSS-v25- *Statistical Package for the Social Sciences*

INE- Instituto Nacional de Estatística

DGS- Direção Geral da Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a COVID-19 como uma doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar uma infeção respiratória grave como é o exemplo da pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, sendo neste momento uma pandemia mundial (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Os sintomas mais frequentes associados à infeção pela COVID-19 são a febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), tosse e dificuldade respiratória (ex.: falta de ar). Também pode surgir dor de garganta, corrimento nasal, dores de cabeça e/ou musculares, cansaço e a perda parcial ou total do olfato e a diminuição ou perda do paladar (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Em casos mais graves, pode levar a pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, e eventual morte (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

A quarentena e o isolamento são medidas de afastamento social especialmente utilizadas em resposta a esta epidemia e com o objetivo de proteger a população da transmissão do vírus entre si (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

A pandemia da COVID-19 levou a que toda a rotina e vida diária de cada indivíduo sofresse bruscas mudanças, desde a redução de carga horária ou teletrabalho ao fecho das escolas, estabelecimentos e serviços públicos (Twenge & Joiner, 2020). Esta nova realidade tem tido um grande impacto ao nível do funcionamento emocional, psicológico e social do indivíduo, quer este ou a sua família e amigos se encontrem infetados, em quarentena, hospitalizados ou quer nem apresentem qualquer tipo de sintomatologia ou contacto com a doença (van der Velden, Contino, Das, van Loon, & Bosmans, 2020).

Advindos do isolamento social, do medo e de preocupações relativamente a questões de saúde e da perceção dos riscos do dia-a-dia e todas as dificuldades que estes originam, surgem inúmeros problemas de saúde mental como *stress* psicológico (Nikčević & Spada, 2020), perturbação de depressão major, perturbações de ansiedade e comportamentos suicidas (Twenge & Joiner, 2020). Também problemas relacionados com o sono e o consumo de álcool aumentaram em 50%, em particular na população mais vulnerável, com maior carência financeira e de risco a nível da saúde (Nikčević & Spada, 2020)

Determinados grupos mostram-se mais vulneráveis ao nível emocional e social aos efeitos da pandemia. As crianças e os adolescentes, por se encontrarem numa crítica fase do desenvolvimento, necessitam de um especial cuidado para preservar e promover a sua saúde mental. A pandemia tem trazido inúmeras mudanças na história mundial e dentre elas, a drástica alteração das rotinas infantis. O facto das crianças serem forçadas a ficar em casa por um período indeterminado devido ao fecho das escolas, resulta numa mínima interação com o grupo de pares, inibindo a comunicação e socialização com os outros e da exploração do mundo ao seu redor (Miranda, Athanasio, Oliveira, & Simoes-e-Silva, 2020).

Todas estas adversidades surtem impacto a nível da saúde mental e bem-estar da criança, levando a uma variedade de problemas de saúde mental como a ansiedade, *stress*, depressão e dificuldades na hora do sono (Yeasmin et al., 2020). Para além disso, também o medo da infeção, a falta de conhecimento sobre o vírus, a constante desinfeção e outros fatores como o tédio, a falta de espaço pessoal e a diminuição da capacidade financeira da família, podem ter uma maior repercussão na saúde mental infantil (Peteet, 2020).

1.2 Depressão e ansiedade: Conceptualização, terminologias e modelos explicativos

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders – 5ª edição (DSM-V-TM p. 183), a depressão caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas consecutivas, durante as quais existe uma alteração do funcionamento prévio e onde predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Alterações bem definidas do afeto, cognição e funções neurovegetativas são características comuns dos episódios depressivos. Em crianças e adolescentes, denota-se uma irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrolo extremo do comportamento. O que leva, em maior parte das vezes, ao desenvolvimento de perturbações depressivas unipolares ou perturbações de ansiedade.

Podem ainda ser experienciados pelo menos quatro sintomas adicionais, de entre a alteração do apetite, do peso, do sono e da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (DSM-V-TM, 2014).

Relativamente às perturbações de ansiedade, incluem perturbações que detêm como principais características o medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas. Sendo que o medo se define como uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade antecipa uma ameaça futura. O medo é muitas vezes associado a picos de excitação automática necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade é mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento (DSM-V-TM, 2014).

A ansiedade difere de medo ou ansiedade provenientes do normal desenvolvimento por serem excessivas ou persistirem para lá do período que é normal para um desenvolvimento adequado e difere do medo ou ansiedade transitórios, que são muitas vezes induzidos pelo stress, por serem persistentes por 6 meses ou mais (DSM-V-TM, 2014).

A depressão resulta essencialmente de hábitos de pensamento e crenças distorcidas estabelecidas com extrema profundidade (Ellis & Beck, 2009). Assim, a origem da depressão assenta nas próprias cognições do indivíduo e consequentes estratégias cognitivas disfuncionais.

A teoria cognitiva da depressão desenvolvida por Beck (2009) baseia-se em duas componentes: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste numa visão negativa de si mesmo, em que a pessoa se considera como inadequada ou inapta, uma

visão negativa do mundo, incluindo relacionamentos, trabalho e atividades e uma visão negativa do futuro, que parece estar cognitivamente ligada ao grau de desespero da pessoa (Ellis & Beck, 2009).

Indivíduos com depressão tendem a ser inflexíveis na estruturação das suas experiências de vida, levando a erros de interpretação no que diz respeito ao próprio desempenho e ao julgamento de situações externas. Parte destas distorções passam pela antecipação de uma conclusão na ausência de certezas, pela tendência da pessoa em constatar uma série de evidências para o seu mau desempenho, a generalização de um evento ou desempenho negativo e a atribuição pessoal das suas causas, maior parte das vezes negativas (Ellis & Beck, 2009).

Sendo a pandemia pela COVID-19 um período de vida bastante impactante, onde as pessoas estão expostas a condições adversas ao nível funcional, profissional, social e emocional, há uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma tríade cognitiva negativa. A pessoa não se vê como capaz de lidar, controlar e consequentemente de ultrapassar os efeitos da pandemia, desencadeando, por sua vez, erros sistemáticos na percepção e no processamento da informação em relação a todo o panorama atual e suposições disfuncionais relativamente a eventuais perspectivas para o futuro. Causando sofrimento psicológico e, por sua vez, sintomatologia depressiva e levando a sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desespero.

Segundo Wolkind e Rutter (1990), problemas relacionados à estrutura e suporte familiar estão relacionados com o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas infantis, especificamente a perturbações de humor. O desenvolvimento de depressão por parte dos pais, a existência de conflitos familiares e de problemas conjugais afetam negativamente o bem-estar e debilitam a qualidade afetiva dos relacionamentos familiares (Stoneman, Brody & Burke, 1989).

De acordo com Barlow, Parsons & Stewart-Brown (2005), o tipo de comportamento parental influencia o desenvolvimento psicossocial das crianças. Os pais que exercem um comportamento parental afetivo e de suporte, contribuirão para o desenvolvimento adequado da percepção de controlo nos seus filhos (Barlow, Parsons & Stewart-Brown, 2005). Da mesma forma que, pais menos intrusivos e menos protetores, que proporcionam aos seus filhos mais oportunidades para a exploração do mundo ao seu redor e de desenvolver capacidades para lidarem com acontecimentos imprevisíveis, contribuem para uma percepção de controlo mais adaptativa (Barlow, Parsons & Stewart-Brown, 2005). Pais depressivos mostram-se menos carinhosos, responsivos e mais irritáveis, hostis e críticos. Deste modo, a criança tende a ser mais autocrítica, com dificuldade em regular as suas emoções e mais predisposta ao desenvolvimento de perturbações mentais (Menegatti, 2002).

2. OBJETIVOS

Como objetivo geral, este estudo propõe-se a analisar o impacto da crise pandémica nos adultos e a sua influência na saúde emocional infantil (sintomatologia ansiosa e depressiva). Como objetivos específicos, pretende-se (a) explorar o impacto da pandemia nos familiares adultos responsáveis por crianças dos 6 aos 14 anos (b) Analisar a associação entre o impacto da pandemia nos familiares adultos responsáveis e a saúde emocional (ansiedade e depressão) das crianças ao seu cargo.

3. METODOLOGIA

3.1 Participantes

Participaram, por conveniência, no presente estudo, 85 pares de crianças (48,2% de sexo masculino), com idades compreendidas entre os 6 e 14 anos ($M=8,02$; $DP=1,697$) e o(a) seu/sua respetivo(a) familiar, encarregado de educação da criança, (41,2% de sexo masculino) com idades compreendidas entre os 30 e 54 anos, ($M=37,84$; $DP=4,992$).

3.2 Instrumentos

Os adultos que compuseram a amostra responderam a dois instrumentos:

3.2.1 Questionário para recolha dos dados sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, e situação face ao emprego).

3.2.2 Questionário de Saúde Mental da Pandemia Covid-19 (CoPaQ; Rek, Freeman, Reinhard, Keeser, & Padberg (2020); Versão portuguesa de Conversano, Jiménez-Ros & Santos, 2020): avalia as mais diversas áreas afetadas pela pandemia da COVID-19, desde o estado de infeção, o histórico sociodemográfico e o impacto na perceção de risco, a afetos, pensamentos, comportamentos, saúde mental, uso dos média, confiança institucional e coesão social e tem uma duração total de cerca de 20 minutos (Rek, et al, 2020). Os níveis de consistência interna mostraram-se adequados para a presente amostra ($\alpha_{\text{Contaminação}}= 0.91$; $\alpha_{\text{CumprimentoMedidas}}= 0.92$; $\alpha_{\text{SaúdeMental}}= 0.95$; $\alpha_{\text{CopingAnsioso}}= 0.84$; $\alpha_{\text{FatoresStress}}= 0.91$; $\alpha_{\text{ConflitosInterpessoais}}= 0.52$; $\alpha_{\text{RedesSociais}}= 0.68$; $\alpha_{\text{ConfiançaPolítica}}= 0.42$; $\alpha_{\text{IdeaçãoParanóide}}= 0.49$; $\alpha_{\text{CrençasConspirações}}= 0.84$; $\alpha_{\text{CoesãoSocial}}= -0.39$)

O grupo integrado pelas crianças responderam a um conjunto de dois instrumentos:

3.2.3 Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC; Weismann, Orvaschel & Padian, 1980; versão portuguesa de Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo, & Couto, 2015): é um instrumento constituído por 20 itens, com 4 níveis de resposta (0= Nunca a 3= Muitas vezes), que avalia, através de três dimensões (humor, questões interpessoais e felicidade), a sintomatologia depressiva da última semana. A pontuação total da escala calcula-se através da soma de todos os itens (os itens 4, 8, 12 e 16 são cotados de forma inversa), indicando pontuações mais elevadas, maior sintomatologia depressiva. Esta

escala mostrou níveis adequados de consistência interna para a presente amostra ($\alpha_{\text{Total}}= 0.83$; $\alpha_{\text{Humor}}= 0.84$; $\alpha_{\text{QuestõesInterpessoais}}= 0.88$; $\alpha_{\text{Felicidade}}= 0.58$).

3.2.4 Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC; March et al., 1997) avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. É composta por 39 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 = Nunca e 3 = Muitas Vezes). A MASC possui quatro fatores principais, três dos quais com subfactores (a) Sintomas Físicos (12 itens), (b) Evitamento do Perigo (9 itens), (c) Ansiedade Social (9 itens) e (d) Ansiedade de Separação (9 itens). (Salvador et al., 2017). A nível de consistência interna, a escala mostrou-se adequada para a amostra ($\alpha_{\text{Total}}= 0.96$; $\alpha_{\text{SintomasFísicos}}= 0.89$; $\alpha_{\text{TensãoInquietude}}= 0.78$; $\alpha_{\text{Somático}}= 0.82$; $\alpha_{\text{EvitamentoPerigo}}= 0.84$; $\alpha_{\text{Perfeccionismo}}= 0.72$; $\alpha_{\text{CopingAnsioso}}= 0.71$; $\alpha_{\text{AnsiedadeSocial}}= 0.82$; $\alpha_{\text{HumilhaçãoRejeição}}= 0.64$; $\alpha_{\text{DesapegoPúblico}}= 0.72$; $\alpha_{\text{AnsiedadeSeparação}}= 0.88$).

4. PROCEDIMENTOS

4.1 Procedimento de recolha de dados

Através da plataforma da *Google Forms*, as crianças preencheram um conjunto de questionários dos quais faziam parte o Questionário de dados sociodemográficos, a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* e a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças. Os familiares, usando a mesma plataforma, para além do Questionário de dados sociodemográficos, responderam também ao Questionário de Saúde Mental para a Pandemia da Covid-19.

No sentido de assegurar os procedimentos éticos de investigação, foi previamente disponibilizado aos familiares um termo de consentimento informado, que explica que se trata de uma participação voluntária, anónima e confidencial e de que o participante é livre de desistir a qualquer momento, se assim o decidir. Para além disto, é explícito desde início que, a participação do encarregado de educação no estudo autoriza também a participação do respetivo educando.

Ambos os questionários foram disponibilizados online e partilhados na rede social Facebook bem como preenchidos por alunos e encarregados de educação numa escola primária de Faro.

4.2 Procedimento de tratamento de dados

Com recurso ao programa *Statistics Package of Social Science (SPSS-v25)*, realizou-se primeiramente uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes e variáveis nominais dos instrumentos.

O cálculo do alfa de *Cronbach*, foi realizado para a análise da consistência interna de cada instrumento utilizado, quer a nível total, quer a nível das suas escalas e subescalas. A classificação para a consistência interna baseou-se em Pestana e Gageiro (2008), na qual valores inferiores a 0,60 correspondem a uma consistência interna muito fraca, entre 0,60 e 0,70 correspondem a uma consistência interna fraca, entre 0,70 e 0,80 correspondem a uma

consistência interna razoável, de 0,80 a 0,90 correspondem a uma consistência interna boa e superiores a 0,90 correspondem a uma consistência interna muito boa.

Para analisar a associação entre variáveis de ambos os grupos, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos, tendo por base os objetivos gerais e específicos do estudo, encontram-se divididos de acordo com o tipo de amostra. Primeiramente é apresentada a caracterização sociodemográfica das crianças e respetivos familiares, bem como a caracterização do estado de infeção pela COVID-19 e historial clínico e pessoal dos familiares (fatores de risco pessoais e familiares, diagnóstico de saúde mental, ...).

Seguidamente, é apresentada a análise descritiva ao nível das frequências de cada instrumento e por fim, correlacionam-se e comparam-se os níveis de ansiedade e os níveis de depressão analisados nas crianças com a forma como os familiares vivenciaram a pandemia e o isolamento social.

5.1 Caracterização dos participantes- Crianças dos 6 aos 14 anos

Participaram neste estudo 85 crianças dos 6 aos 14 anos.

Procedeu-se à caracterização sociodemográfica das mesmas, tendo em conta a idade, o género, o concelho de residência, o nível socioeconómico, a existência de doenças medicamente assistidas e de um diagnóstico psicológico.

Tabela 1.

Características sociodemográficas das crianças dos 6 aos 14 anos

Características Sociodemográficas		<i>n (%)</i>
Idade	6	11,8%
	7	38,8%
	8	21,2%
	9	9,4%
	10	9,4%
	11	4,7%
	12	2,4%
	13	1,2%
	14	1,2%
	Género	Masculino
Feminino		51,8%

Concelho	Albufeira	3,5%
	Beja	2,4%
	Castro Marim	1,2%
	Castro Verde	1,2%
	Cercal do Alentejo	2,4%
	Faro	43,5%
	Lisboa	4,7%
	Loulé	16,5%
	Odemira	10,6%
	Olhão	2,4%
	Ourique	1,2%
	Portimão	1,2%
	Santiago do Cacém	3,5%
	São Brás de Alportel	1,2%
	Setúbal	1,2%
	Tavira	1,2%
	Vidigueira	1,2%
	Vila Real de Santo António	1,2%
	Nível Socioeconómico	Baixo
Médio-baixo		18,8%
Médio		65,9%
Médio-alto		10,6%
Alto		2,4%
Doença medicamente assistida	Ansiedade	3,5%
	Asma	2,4%
	Asma e rinite alérgica	1,2%
	Diabetes	1,2%
	Displasia das ancas	1,2%
	Gastrite crónica	1,2%
	Não/nenhuma	89,4%
Problema psicológico	Ansiedade	7,1%
	Não/Nenhum	92,9%

Nota. $N=85$; % -Percentagem.

A maior parte das crianças têm 7 anos ($n=33$; 38,8%; $m=8,02$; $DP=1,70$). Sendo 44 (51,8%) do sexo feminino. Uma grande parte vive no Algarve, com maior predominância no concelho de Faro ($n=37$; 43,5%) e classifica o seu nível socioeconómico como médio ($n=56$; 65,9%).

No que diz respeito à sintomatologia de saúde mental, a grande parte das crianças (92,9%) não padecem de qualquer perturbação psicopatológica e 7,1% sofrem de ansiedade.

5.2 Caracterização dos participantes- Familiares

Participaram no estudo 85 familiares, tendo maior parte 34 anos ($n=9$; 10,6%; $m=37,84$; $DP=4,99$). Destes, 50 (58,8%) do sexo feminino. Faro é também o concelho com maior predominância ($n=36$; 42,4%) e o nível socioeconómico médio também é o que se denota representativa da amostra ($n=54$; 63,5%).

Grande parte dos participantes são casados ($n=43$; 50,6%) e têm o ensino secundário ($n=47$; 55,3%). De momento, 8,4% estão desempregados.

Tabela 2.

Características sociodemográficas dos familiares

Características Sociodemográficas		<i>n (%)</i>
Idade	30	7,1%
	31	3,5%
	32	5,9%
	33	3,5%
	34	10,6%
	35	4,7%
	36	7,1%
	37	7,1%
	38	4,7%
	39	8,2%
	40	8,2%
	41	9,4%
	42	2,4%
	43	4,7%
	44	2,4%
	45	2,4%
	46	3,5%
47	3,5%	
54	1,2%	
Género	Masculino	41,2%
	Feminino	58,8%
Concelho	Albufeira	3,5%
	Beja	2,4%

	Castro Marim	1,2%
	Castro Verde	1,2%
	Cercal do Alentejo	1,2%
	Faro	42,4%
	Grândola	1,2%
	Lisboa	4,7%
	Loulé	16,5%
	Odemira	10,6%
	Olhão	2,4%
	Ourique	1,2%
	Portimão	1,2%
	Redondo	1,2%
	Santiago do Cacém	4,7%
	São Brás de Alportel	1,2%
	Setúbal	1,2%
	Tavira	1,2%
	Vila Real de Santo António	1,2%
Nível Socioeconómico	Baixo	2,4%
	Médio-baixo	21,2%
	Médio	63,5%
	Médio-alto	10,6%
	Alto	2,4%
Habilitações literárias	1º ciclo	0%
	2º ciclo	1,2%
	3º ciclo	9,4%
	Ensino secundário	55,3%
	Ensino superior	34,1%
Estado civil	Solteiro	5,9%
	Casado	50,6%
	União de facto	30,6%
	Divorciado	12,9%
	Viúvo	0%
Profissão	Administrativo/a	5,9%
	Agente imobiliário/a	2,4%
	Agricultor/a	2,4%
	Arquiteto/a	1,2%
	Assistente/a	4,8%
	Auxiliar	2,4%
	Bancário/a	2,4%

	Cabeleiro/a	2,4%
	Caixeiro/a de supermercado	3,6%
	Comercial de vendas	3,6%
	Consultor/a	1,2%
	Contabilista	3,6%
	Cozinheiro/a	1,2%
	Distribuidor/a	1,2%
	Educador/a de infância	2,4%
	Eletricista	2,4%
	Empregado/a de balcão/mesa	3,6%
	Empregado/a de limpeza	2,4%
	Enfermeiro/a	1,2%
	Engenheiro/a	2,4%
	Esteticista	2,4%
	Estudante	1,2%
	Farmacêutico/a	1,2%
	Funcionário/a Público	3,6%
	Gestor	3,6%
	Informático/a	1,2%
	Jornalista	1,2%
	Padeiro/a	1,2%
	Pedreiro/a	1,2%
	Pintor/a	1,2%
	Professor/a	6%
	Seguradora/a	1,2%
	Psicólogo/a	1,2%
	Rececionista	1,2%
	Secretário/a	3,6%
	Segurança	1,2%
	Talhante	1,2%
	Técnico/a	6%
	Desempregado/a	8,4%
Doença medicamente assistida	Bronquite asmática	1,2%
	Cancro da mama	1,2%
	Depressão	3,5%
	Diabetes	2,4%
	Fibromialgia	2,4%
	Não/Nenhuma	85,9%
	Sim/Alguma	3,5%
Problema psicológico	Depressão	9,4%
	Não/Nenhum	90,6%

Nota. N=85; % -Percentagem.; *Alguns familiares não vivem no mesmo local de habitação das crianças, apesar destas se encontrarem a seu cargo, o que explica uma discrepância entre a percentagem do local de habitação e do nível socioeconómico dos adultos e das crianças.*

5.3 Estado de infeção do próprio encarregado de educação ou de alguém próximo pela COVID-19

Relativamente à presença de sintomatologia da COVID-19, 85,9% (n= 73) dos participantes referem não ter, de momento, tosse seca, problemas respiratórios, dor de garganta, perda de olfato/paladar, dores de cabeça ou diarreia. Sendo que 63,5% (n= 54) nunca testou positivo para a COVID-19 e a maior parte não sabe se tem anticorpos anti COVID-19 (n= 46; 54,1%).

No entanto, 65,9% (n= 56) da amostra refere já ter tido alguém próximo de si infetado pelo vírus, mas a maior parte não teve contacto direto com alguém infetado nas últimas 2 semanas (n= 55; 64,7%).

Tabela 3.

Fatores de risco (para o próprio) para o COVID-19

Fatores de Risco para a COVID-19	n; %
Uma condição de agravamento para a COVID-19	
• Idade Superior a 60 anos;	1; 1,2%
• Consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos);	11; 12,9%
• Doença cardiovascular;	1; 1,2%
• Diabetes;	5; 5,9%
• Doença crónica do sistema respiratório (ex. asma, bronquite crónica);	3; 3,5%
• Cancro durante os últimos 5 anos;	1; 1,2%
Dois condições de agravamento para a COVID-19	
• Doença cardiovascular e consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos);	1; 1,2%
• Doença cardiovascular e doença crónica do sistema respiratório (ex. asma, bronquite crónica);	1; 1,2%
• Doença crónica do sistema respiratório (ex. asma, bronquite crónica) e consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos);	1; 1,2%

Três ou mais condições de agravamento para a COVID-19	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade superior a 60 anos, doença cardiovascular, diabetes, imunodeficiência, ou toma de medicação supressora do sistema imunitário (ex. cortisona) e doença crónica do sistema respiratório (ex.: asma, bronquite crónica); 	1; 1,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Doença cardiovascular, diabetes, doença crónica do sistema respiratório (ex. asma, bronquite crónica), cancro agudo e consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos); 	1; 1,2%
<hr/>	
Nenhum dos fatores de risco acima indicados	58; 68,2%

A maior parte dos participantes não apresentou qualquer fator de risco para a COVID-19 ($n= 58; 68,2\%$). É de realçar que é o consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos) foi o fator de risco mais vezes referido pela amostra ($n= 11; 12,9\%$).

5.4 Permanência dos familiares em isolamento, recolhimento obrigatório ou teletrabalho

Cerca de 17,6% ($n=15$) da amostra estava em isolamento profilático aquando do início do estudo, sendo que 3,5% ($n= 3$) completava 8 dias.

No que diz respeito ao dever de recolhimento obrigatório (confinamento), 39 familiares (45,9%) estavam há 30 dias em casa.

A maior parte da amostra não se encontrava, nesse momento, em teletrabalho ($n= 62; 72,9\%$).

5.5 Diagnóstico de perturbações mentais e acompanhamento psicoterapêutico dos familiares

Tal como é mostrado através da análise do questionário de dados sociodemográficos, maior parte dos familiares refere não sofrer de perturbações mentais ($n= 69; 81,2\%$) e são as perturbações de depressão e ansiedade, as que apresentam maior incidência na amostra (8,2%, $n= 7$ com depressão e 5,9%, $n= 5$ com ansiedade).

Até ao início da pandemia, apenas 8 participantes (9,4%) estavam a ser acompanhados a nível psicoterapêutico, que continuaram com o tratamento após o início da pandemia, mesmo por telefone ou plataformas de vídeo.

5.6 Questionário de Saúde Mental na Pandemia (CoPaQ)

Ao nível da escala do CoPaQ que avalia a ansiedade de contaminação por parte dos familiares, esta apresenta valores dentro da média para a escala ($min=2; máx=36; média=17,19; DP=9,21$) o que sugere uma presença moderada desta perturbação psicopatológica na amostra.

Os familiares mostram uma grande adesão no que diz respeito ao cumprimento de medidas impostas pelo governo durante a pandemia da COVID-19 ($min=24; máx=116; média=93,31; DP=14,31$) e relativamente à confiança institucional e política, os valores da

amostra encontram-se na média para a escala ($min=6$; $máx=24$; $média=12,54$; $DP=3,24$). Também ao nível da coesão social, são apresentados valores médios ($min=8$; $máx=18$; $média=12,47$; $DP=2,35$).

No que diz respeito à escala que avalia a sintomatologia de saúde mental por parte dos familiares da amostra, esta apresenta valores um pouco abaixo dos valores médios da escala ($min=5$; $máx=100$; $média=45,03$; $DP=22,80$).

Relativamente às estratégias de *coping* positivo ($min=0$; $máx=48$; $média=19,79$; $DP=9,75$) e à presença de fatores de *stress* ($min=4$; $máx=116$; $média=42,91$; $DP=18,31$), também apresentam valores abaixo dos valores médios da escala.

Ao nível de conflitos de interpessoais dos familiares da amostra, encontram-se acima da média para a escala ($min=0$; $máx=20$; $média=11,25$; $DP=3,54$).

O uso de redes sociais por parte da amostra encontra-se na média relativamente aos valores médios da escala ($min=0$; $máx=24$; $média=13,66$; $DP=4,57$).

Quanto à ideação paranoide ($min=0$; $máx=16$; $média=6,28$; $DP=3,49$) e às crenças ou pensamentos acerca de conspirações desenvolvidas pelos familiares para dar significado a determinadas informações relativas à pandemia ($min=0$; $máx=18$; $média=4,36$; $DP=4,47$), estas encontram-se abaixo dos valores médios da escala.

Tabela 4.

Frequências das escalas do instrumento CoPaQ

Escalas CoPaq	Média (M) (Valores médios das escalas)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (Min)	Máximo (Máx)
Ansiedade de contaminação	17,19	9,21	2,00	36,00
Necessidade de cumprimento de medidas	93,31 (58)	14,31	24,00	116,00
Sintomatologia de saúde mental	45,03 (50)	22,80	5,00	100,00
Coping positivo	19,79 (24)	9,75	0,00	48,00
Fatores de stress	42,91 (58)	18,31	4,00	116,00

Conflitos interpessoais	11,25 (10)	3,54	0,00	20,00
Redes sociais	13,66 (14)	4,57	0,00	24,00
Confiança política e institucional	12,54 (12)	3,24	6,00	24,00
Ideação paranoide	6,28 (10)	3,49	0,00	16,00
Crenças ou pensamentos acerca de conspirações	4,36 (14)	4,47	0,00	18,00
Coesão social	12,47 (12)	2,35	8,00	18,00

Nota. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *Mín*= Mínimo; *Máx*= Máximo.

5.7 Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

A totalidade do instrumento que avalia a ansiedade das crianças da amostra, encontra-se um pouco abaixo da média para a escala (*min*=4; *máx*=117; *média*=54,41; *DP*=24,09), não revelando valores significativos para a sintomatologia ansiosa nas crianças em estudo.

A sintomatologia física (*min*=3; *máx*=36; *média*=18,78; *DP*=8,05), a tensão e inquietude (*min*=2; *máx*=18; *média*=9,72; *DP*=4,16), sintomatologia somática/autonómica (*min*=0; *máx*=18; *média*=9,06; *DP*=4,19) e o perfeccionismo (*min*=0; *máx*=12; *média*=6,44; *DP*=2,77) encontram-se na média para os valores médios da escala. Todas as outras escalas e subescalas estão abaixo.

Ao nível da totalidade do CES-DC e respetivas escalas, todas estão muito abaixo da média, o que mostra que as crianças da amostra não revelam valores significativos para sintomatologia ao nível da depressão.

Tabela 5.*Frequências das escalas e subescalas dos instrumentos MASC e CES-DC*

Escalas e subescalas MASC e CES-DC	Média (M) (Valores médios das escalas)	Desvio Padrão (DP)	Mínimo (Min)	Máximo (Máx)
Totalidade MASC	54,41 (58,5)	24,09	4,00	117,00
Sintomatologia física	18,78 (18)	8,05	3,00	36,00
• Tensão e inquietude	9,72 (9)	4,16	2,00	18,00
• Somático/ autonómico	9,06 (9)	4,19	0,00	18,00
Evitamento do perigo	11,96 (13,5)	5,72	0,00	27,00
• Perfeccionismo	6,44 (6)	2,77	0,00	12,00
• <i>Coping</i> ansioso	5,53 (7,5)	3,32	0,00	15,00
Ansiedade social	12,22 (13,5)	5,37	0,00	27,00
• Humilhação e rejeição	6,88 (7,5)	2,98	0,00	15,00
• Desapego público	5,34 (6)	2,75	0,00	12,00
Ansiedade de Separação	11,45 (13,5)	6,25	0,00	27,00
Totalidade CES-DC	14,74 (30)	8,48	2,00	48,00

Humor	8,54 (18)	6,15	0,00	36,00
Questões interpessoais	1,12 (4,5)	1,87	0,00	9,00
Felicidade	3,93 (6)	2,11	0,00	1,00

Nota. *M*= Média; *DP*= Desvio-Padrão; *Mín*= Mínimo; *Máx*= Máximo.

5.8 Associações entre o Questionário de Saúde Mental na Pandemia (CoPaQ), Escala Mutidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

Relativamente à totalidade do instrumento que avalia a sintomatologia depressiva nas crianças (MASC), verificou-se apenas uma associação significativa com a prática de *coping* positivo pelos familiares da amostra ($r= 0,22$; $p= 0,05$).

Das restantes escalas e subescalas do instrumento, a escala que avalia a ansiedade de separação por parte das crianças mostra-se significativamente associada com a prática de *coping* positivo ($r= 0,27$; $p= 0,01$) e a ansiedade de contaminação dos familiares ($r= 0,22$; $p= 0,05$). Ao nível da escala que avalia a ansiedade social das crianças da amostra, esta mostra uma associação significativa com as escalas de *coping* positivo ($r= 0,23$; $p= 0,03$) e de conflitos interpessoais dos familiares ($r= 0,22$; $p= 0,05$). Referente ao desapego público por parte das crianças, este também se mostra associar significativamente com a prática de *coping* positivo dos seus familiares ($r= 0,23$; $p= 0,04$).

Não existe associação entre as escalas que avaliam a sintomatologia física da ansiedade e o evitamento do perigo por parte das crianças da amostra com qualquer uma das escalas do instrumento CoPaQ.

A totalidade do instrumento que avalia a sintomatologia depressiva nas crianças da amostra (CES-DC) mostra estar significativamente associada às escalas do instrumento CoPaQ que avaliam os fatores de *stress* ($r= 0,36$; $p= <0,001$), a sintomatologia de saúde mental por parte dos familiares ($r= 0,33$; $p= 0,04$), a escala de conflitos interpessoais ($r= 0,25$; $p= 0,02$), o uso de redes sociais ($r= 0,22$; $p= 0,05$), ao nível da confiança política e institucional ($r= 0,300$; $p= 0,005$), a ideiação paranoide ($r= 0,26$; $p= 0,02$) e crenças ou pensamentos acerca de conspirações ($r= 0,22$; $p= 0,05$).

A escala do instrumento CES-DC que avalia o humor depressivo mostra associar-se também às escalas do instrumento CoPaQ que avaliam os fatores de *stress* por parte dos familiares ($r= 0,38$; $p= <0,001$), à sintomatologia de saúde mental ($r= 0,35$; $p= 0,03$), conflitos interpessoais ($r= 0,27$; $p= 0,01$) e o uso de redes sociais ($r= 0,27$; $p= 0,01$). Para além disso, também se verifica uma associação significativa com a subescala do CoPaQ que avalia a prática de estratégias de *coping* positivo ($r= 0,22$; $p= 0,04$) pelos familiares.

Ao nível da escala que avalia as relações interpessoais das crianças da amostra, esta mostra associar-se significativamente com as subescalas do CoPaQ para os fatores de *stress* dos familiares ($r= 0,39$; $p= <0,001$), a prática de estratégias de *coping* positivo ($r= 0,22$; $p= 0,04$), os conflitos interpessoais ($r= 0,28$; $p= 0,01$), o nível de confiança política e institucional ($r= 0,26$; $p= 0,02$) e a ideação paranoide ($r= 0,21$; $p= 0,05$).

Não se encontra qualquer associação com a escala do instrumento CES-DC que avalia a felicidade nas crianças e as escalas do instrumento CoPaQ.

Tabela 6.

Associações entre os resultados do instrumento CoPaQ e os resultados do instrumento MASC

Escalas CoPaq	Escalas/ Subescalas MASC <i>r</i> ; <i>sig</i> (<i>p</i>)						
	Totalidade MASC	Sintomas físicos	Tensão e inquietação	Automático/ somático	Evitamento do perigo	Perfeccio- nismo	<i>Coping</i> ansioso
Ansiedade de contaminação	0,11; 0,32	- 0,01; 0,97	0,01; 0,92	- 0,02; 0,86	0,08; 0,45	0,10; 0,37	0,06; 0,58
Cumprimento de medidas impostas pelo governo	0,05; 0,64	0,02; 0,88	0,01; 0,93	0,02; 0,85	0,04; 0,74	- 0,01; 0,90	0,07; 0,51
Sintomatologia de saúde mental	0,10; 0,26	0,13; 0,42	0,15; 0,38	0,11; 0,50	0,18; 0,21	0,11; 0,50	0,22; 0,17
<i>Coping</i> positivo	0,22*; 0,05	0,16; 0,14	0,17; 0,13	0,14; 0,19	0,17; 0,12	0,18; 0,10	0,14; 0,20
Presença de fatores de <i>stress</i>	0,13; 0,23	0,09; 0,41	0,07; 0,52	0,10; 0,35	0,10; 0,36	0,02; 0,88	0,16; 0,14
Conflitos interpessoais	0,20; 0,07	0,17; 0,11	0,17; 0,13	0,17; 0,13	0,18; 0,09	0,14; 0,19	0,20; 0,07

Uso de redes sociais	0,14; 0,19	0,11; 0,32	0,08; 0,47	0,13; 0,24	0,14; 0,21	0,07; 0,54	0,18; 0,10
Confiança política e institucional	0,08; 0,48	0,06; 0,56	0,06; 0,59	0,07; 0,55	0,06; 0,57	0,03; 0,81	0,09; 0,44
Ideação paranoide	0,13; 0,25	0,10; 0,37	0,06; 0,58	0,13; 0,24	0,09; 0,40	0,02; 0,84	0,14; 0,20
Crenças ou pensamentos acerca de conspirações	- 0,02; 0,85	- 0,061; 0,58	- 0,08; 0,48	- 0,04; 0,71	- 0,01; 0,92	- 0,04; 0,73	0,01; 0,91
Coesão social	0,06; 0,62	0,080; 0,47	0,04; 0,70	0,11; 0,32	0,02; 0,86	- 0,02; 0,88	0,05; 0,67

Nota. *. $p < 0,05$; **. $p < 0,01$.

Escalas CoPaq	Escalas/ Subescalas MASC <i>r; sig (p)</i>			
	Ansiedade social	Humilhação e rejeição	Desapego público	Ansiedade de separação
Ansiedade de contaminação	0,16; 0,15	0,09; 0,41	0,21; 0,06	0,22*; 0,05
Cumprimento de medidas impostas pelo governo	0,09; 0,40	0,10; 0,36	0,07; 0,53	0,07; 0,53
Sintomatologia de saúde mental	0,23; 0,16	0,21; 0,20	0,23; 0,17	0,19; 0,24
Coping positivo	0,23*; 0,03	0,21; 0,06	0,23*; 0,04	0,27*; 0,01

Presença de fatores de stress	0,16; 0,14	0,14; 0,21	0,17; 0,13	0,16; 0,14
Conflitos interpessoais	0,22*; 0,05	0,21; 0,05	0,19; 0,08	0,20; 0,07
Uso de redes sociais	0,15; 0,17	0,13; 0,24	0,15; 0,17	0,15; 0,16
Confiança política e institucional	0,05; 0,68	- 0,02; 0,83	0,12; 0,29	0,12; 0,27
Ideação paranoide	0,13; 0,25	0,14; 0,19	0,09; 0,40	0,17; 0,13
Crenças ou pensamentos acerca de conspirações	0,00; 0,97	0,02; 0,87	- 0,01; 0,91	0,01; 0,97
Coesão social	0,10; 0,36	0,15; 0,18	0,04; 0,73	0,01; 0,96

Nota. *. $p < 0,05$; **. $p < 0,01$.

Tabela 7.

Associações entre os resultados do instrumento CoPaQ e os resultados do instrumento CES-DC

Escalas CoPaq	Escalas CES <i>r; sig (p)</i>			
	Totalidade CES	Humor	Questões interpessoais	Felicidade
Ansiedade de contaminação	0,089; 0,42	0,09; 0,40	0,25*; 0,02	-0,02; 0,87

Cumprimento de medidas impostas pelo governo	0,12; 0,28	0,20; 0,07	0,09; 0,42	- 0,17; 0,13
Sintomatologia de saúde mental	0,33*; 0,04	0,35*; 0,03	0,28; 0,08	0,02; 0,90
Coping positivo	0,19; 0,09	0,22*; 0,04	0,22*; 0,04	- 0,06; 0,58
Presença de fatores de stress	0,36**; <0,00	0,38**; <0,00	0,39**; <0,00	-0,02; 0,86
Conflitos interpessoais	0,25*; 0,02	0,27*; 0,01	0,29**; 0,01	- 0,02; 0,89
Uso de redes sociais	0,22*; 0,05	0,27*; 0,01	0,18; 0,11	- 0,11; 0,34
Confiança política e institucional	0,30*; 0,01	0,32*; 0,00	0,26*; 0,02	- 0,02; 0,88
Ideação paranoide	0,26*; 0,02	0,25*; 0,02	0,21*; 0,05	0,04; 0,70
Crenças ou pensamentos acerca de conspirações	0,22*; 0,05	0,19; 0,09	0,19; 0,08	0,11; 0,33
Coesão social	0,15; 0,17	0,19; 0,08	0,10; 0,35	0,06; 0,60

Nota. *. $p < 0,05$; **. $p < 0,01$.

6. DISCUSSÃO

Com o objetivo de conhecer e compreender o impacto da pandemia nos familiares de crianças dos 6 aos 14 anos na sua saúde emocional e sintomatologia depressiva e ansiosa, são interpretados neste capítulo os principais resultados obtidos na investigação, tendo por base os dados empíricos apresentados no enquadramento teórico.

Participaram no estudo 85 pares de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 14 anos e o(a) seu/sua respetivo(a) familiar/encarregado(a) de educação com idades compreendidas entre os 30 e 54 anos. Tanto no grupo das crianças como no dos familiares, há, maioritariamente, mais participantes do sexo feminino do que do sexo masculino.

Grande parte dos familiares são casados ($n=43; 50,6\%$) e têm o ensino secundário ($n=47; 55,3\%$). De momento, $8,4\%$ ($n=7$) estão desempregados.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a junho de 2020, a taxa de desemprego em Portugal começou a refletir os efeitos negativos da pandemia, situando-se perto dos $7,8\%$. No entanto, apenas se verificou um aumento de cerca de $2,2\%$ em relação ao trimestre anterior. Com um segundo confinamento a janeiro de 2021, ter-se-ão perdido 49 mil postos de trabalho, somente menos 1% do que na taxa de desemprego registada nos meses anteriores (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Deste modo e como é mostrado também pelos baixos valores de desemprego da amostra ($n=7; 8,4\%$), ainda que a pandemia tenha surtido um impacto negativo na empregabilidade em Portugal, este não se revela muito significativo.

Relativamente ao teletrabalho, de junho de 2020 para o março de 2021, o número de pessoas a trabalhar a partir de casa reduziu em 70,3 mil (Instituto Nacional de Estatística, 2021), corroborando assim os resultados obtidos na amostra, onde a maior parte dos familiares se encontrava, de momento, a trabalhar presencialmente ($n= 62; 72,9\%$).

De acordo com o questionário de dados sociodemográficos, a maior parte da amostra refere não padecer de qualquer perturbação psicológica, sendo saudável psicologicamente. Dentro da sintomatologia psicopatológica apresentada, a ansiedade é a perturbação que apresenta maior incidência no grupo das crianças e a depressão no grupo dos familiares.

Indo de encontro aos resultados obtidos no que diz respeito à sintomatologia ansiosa das crianças da amostra, o estudo de Albano, Chorpita, & Barlow (2003) sobre erros cognitivos e ansiedade em idade escolar indica que as perturbações de ansiedade apresentam uma maior prevalência nesta faixa etária, afetando entre $5,7\%$ e $17,7\%$ das crianças (Costello & Angold, 1995).

No que diz respeito à depressão, os resultados da amostra espelham o panorama a nível não só nacional como mundial, onde esta perturbação afeta uma parte significativa da população (cerca de $16,5\%$ da população portuguesa e $4,4\%$ da população mundial) (Organização Mundial da Saúde, 2017).

A sintomatologia de saúde mental dos familiares, sendo a depressão a patologia predominante, associa-se ao total do instrumento que avalia a sintomatologia depressiva nas crianças (CES-DC) e a respetiva escala de humor. Tanto a escala de sintomatologia de saúde mental nos familiares, como as escalas referentes à depressão nas crianças, mostram-se a baixo da média da escala para a população, o que significa que baixos níveis de depressão nos familiares da amostra se repercutem em baixos níveis de depressão também nas crianças ao seu cuidado. Segundo Wolkind et al. (1990), problemáticas associadas à estrutura e suporte familiar estão na base do desenvolvimento de perturbações psiquiátricas infantis, em particular de

perturbações de humor. O desenvolvimento de depressão por parte dos cuidadores, a existência de conflitos familiares e de problemas conjugais afetam negativamente o bem-estar e debilitam a afetividade dos relacionamentos familiares (Stoneman, et al., 1989), potenciando o surgimento de perturbações ao nível psicopatológico nas crianças da família.

Desta forma, os baixos níveis de depressão nas crianças da amostra e respetivos familiares, são reflexo de uma boa dinâmica e suporte familiar, com estratégias parentais positivas e adequadas na gestão dos conflitos não só ao nível matrimonial, mas também familiar. Potenciando assim um bom relacionamento entre si e conseqüente bem-estar emocional geral.

Para além do desenvolvimento de perturbações mentais, uma série de mudanças comportamentais ocorreram na sociedade em resposta à pandemia da COVID-19. Com o principal objetivo de manter a saúde pública e mitigar a disseminação da COVID-19, a OMS recomenda a implementação de uma série de comportamentos de segurança, incluindo a lavagem frequente das mãos, distanciamento social e uso de máscaras em público (Organização Mundial da Saúde, 2020). Embora esses comportamentos sejam essenciais na manutenção da saúde pública face à pandemia, quando realizados em excesso e na ausência de uma ameaça que os justifique, podem tornar-se obsessivo-compulsivos, como é o exemplo da ansiedade desenvolvida a partir de pensamentos à cerca do medo de contaminação pelo vírus da COVID-19.

A associação entre os valores médios para a escala do CoPaQ que avalia a ansiedade de contaminação e os valores baixos obtidos na escala de ansiedade de separação mostra que os familiares da amostra possuem comportamentos adequados de higiene e segurança face à atual pandemia e não transmitem às crianças medo de contágio ou infeção pela COVID-19, não despoletando nelas uma preocupação excessiva e persistente à cerca de uma possível perda destas figuras de vinculação ou de possíveis males que lhes possam acontecer.

Uma forte, mas adequada adesão por parte dos familiares ao cumprimento das medidas de segurança impostas pelo governo e a demonstração de confiança política e institucional por parte dos mesmos, transmite uma maior segurança às crianças, refletindo-se numa melhor saúde mental das mesmas. Tal como é observado na presente amostra, onde não existe qualquer associação entre os elevados níveis da escala de cumprimento de medidas impostas pelo governo e as escalas ou subescalas que avaliam a ansiedade ou depressão e a associação entre os valores médios obtidos na escala de confiança política e institucional por parte dos familiares e baixos valores nas escalas que avaliam a depressão nas crianças.

O *coping* positivo pelos familiares parecem associar-se significativamente com maiores níveis de ansiedade nas crianças, mais concretamente com as subescalas de desapego público, ansiedade de separação e ansiedade social e as escalas do instrumento CES-DC que avaliam o humor e as questões interpessoais. Isto pode dever-se a uma maior presença dos familiares na vida das crianças, passando mais tempo em casa e estas, passando mais tempo sem contactos sociais. Num momento em que os familiares se precisaram de ausentar por qualquer motivo, o pensamento das crianças em ter de se afastar dos familiares com quem tinham maior contacto numa situação de “perigo”, pode ter conduzido a experienciar maiores níveis de ansiedade de

separação e desapego público. Por outro lado, a redução dos contatos sociais pode ter aumentado o medo da rejeição social e consequentemente a ansiedade social.

Um bom controlo das mudanças que ocorrem ao longo da vida que sejam causadoras de *stress* como a atual pandemia, potencia a minimização dos efeitos negativos que estas possam ter, não só no seio familiar, mas também a nível pessoal. Quando não existe adaptação por parte do indivíduo ou do núcleo familiar a determinados eventos que possam ser *stressantes*, podem desenvolver-se perturbações psicológicas, como a ansiedade e a depressão.

A escala do instrumento CoPaQ que avalia os fatores *stressantes* presentes na vida dos familiares da amostra e a forma como estes lidam com os mesmos, mostra associar-se com a totalidade do instrumento CES-DC e as respetivas escalas de humor e questões interpessoais, e os valores baixos nestas escalas podem ser indicadores de que, ao nível do seio familiar da amostra, podem existir não só baixos níveis de *stress* como estratégias adequadas para a gestão e adaptação a determinados acontecimentos *stressantes* que possam acontecer no dia-a-dia, principalmente durante o confinamento, minimizando assim as suas repercussões.

Como suprarreferido, o contexto familiar e a parentalidade são essenciais ao desenvolvimento psicossocial da criança, sobretudo ao nível dos contactos corporais e dos toques, da linguagem, comunicação e tudo o que envolve as relações interpessoais. (Alarcão, 2006). Desta forma, o tempo que os pais/cuidadores passam com os filhos é essencial para a criação de relações de proximidade e afetividade entre eles, e a redução desse tempo prejudica consequentemente a coesão familiar (Subrahmanyam et al., 2001). A introdução do computador e da Internet e a sua utilização em excesso no seio familiar pode afetar a proximidade entre os membros da família e criar conflitos que afetam a qualidade das relações entre os pais e as crianças (Mesh, 2003).

No entanto e como é mostrado também pela associação do uso moderado de redes sociais por parte dos familiares da amostra e os baixos valores da totalidade do instrumento CES-DC e da respetiva escala de humor, um uso controlado e, por isso, saudável da Internet e das redes sociais no seio familiar, onde a prioridade passa pelo contacto e comunicação (não só virtual) com os familiares e amigos (Wellman et al., 2001), pode refletir-se em baixos níveis de depressão por parte das crianças do núcleo familiar.

Para situações de instabilidade política e social como é o exemplo da atual pandemia, onde predomina a incerteza e incompreensão em relação a determinados fatos e a explicações dadas pelas instituições de poder, desenvolvem-se teorias da conspiração por parte dos mais céticos para a atribuição de um significado para esses acontecimentos (Rezende et al., 2021)

Relativamente ao conceito de crenças ou pensamentos acerca de conspirações, este pode-se relacionar com a ideiação paranoide, que se caracteriza por um “processo cognitivo utilizado pelos indivíduos para lidar com o mundo social, cujo produto, numa perspetiva de contínuo entre o normal e o patológico, pode ser, por vezes, delirante” (Bech, Freeman & Associates, 1990). A exposição a um conjunto de acontecimentos ameaçadores ou determinados acontecimentos de vida negativos ou impactantes, como é o caso da atual pandemia, poderá desenvolver ideiação paranoide sobre a realidade (Kramer, 1998, cit. in Barreto Carvalho, 2009).

Assim, baixos níveis no que diz respeito à escala que avalia a presença de crenças ou pensamentos acerca de conspirações e ideação paranoide por parte dos familiares da amostra associam-se, desta forma, a baixos níveis na totalidade do instrumento CES-DC, que avalia a depressão nas crianças. Desta forma, os familiares da amostra apresentam confiança interpessoal (Abalakina-Paap et al., 1999) e uma boa capacidade de convivência social (Swami et al., 2010; Swami et al., 2011), não desenvolvendo crenças ou pensamentos acerca de conspirações e ideação paranoide à cerca da atual pandemia, o que se reflete conseqüentemente em baixos níveis de depressão nas crianças.

A escala do CoPaQ que avalia os conflitos interpessoais nos familiares, mostra estar significativamente associada com a escala do MASC que avalia a ansiedade social das crianças e a totalidade do instrumento CES-DC que avalia a depressão e respetivas escalas que avaliam o humor e conflitos de interpessoais.

Valores acima da média da escala para a escala de conflitos interpessoais nos familiares refletem-se em baixos valores relativamente à média para as escalas de ansiedade social, da totalidade do CES-DC e respetivas escalas de humor e conflitos interpessoais nas crianças. Isto pode dever-se à existência, como suprarreferido, de uma boa dinâmica familiar, com relações saudáveis entre os seus membros, caracterizadas por suporte e apoio afetivo e por condutas parentais adequadas, com base na comunicação, no diálogo e num ambiente emocionalmente estável. Não existindo assim repercussão dos problemas ao nível das relações interpessoais dos familiares, nem em dificuldades em termos de socialização da criança e nem no desenvolvimento de sintomatologia depressiva ou ansiosa na mesma.

A coesão social é entendida pela identificação e integração de determinadas afinidades e interesses semelhantes entre pessoas distintas. Quando há coesão social, os indivíduos sentem-se pertencentes a um grupo, com o qual se identificam e buscam manter-se unidos através de ações colaborativas e de solidariedade, promovendo a sua saúde e bem-estar, não só físico como psicológico (Laranjeira, 2009).

Assim, a inexistência de correlação dos elevados valores da escala que avalia o nível de coesão social dos familiares com as escalas e subescalas de ansiedade e depressão das crianças que se encontram a seu cargo, mostram que uma maior coesão social, ou seja, uma boa integração e interação no seio do grupo social dos familiares, contribui para uma melhor saúde mental ao nível da ansiedade e depressão das crianças da amostra.

A manutenção de uma boa saúde mental das famílias durante a pandemia, tal como mostram os resultados do estudo, pode dever-se a uma boa implementação de medidas por parte da Organização Mundial da Saúde e da Direção Geral da Saúde (DGS) para a promoção da saúde mental durante este período. De entre elas e a título individual, está a redução da leitura ou o contato com notícias que possam causar ansiedade ou *stress*, a diminuição da procura de informação, limitando a pesquisa apenas a fontes fidedignas e a interiorização somente de experiências positivas à cerca da infeção pela COVID-19. Por exemplo, alguém com uma boa recuperação da doença ou de alguém que não apresentou quaisquer sintomas (Organização Mundial da Saúde, 2020).

A nível familiar, a OMS considera importante que os cuidadores auxiliem as crianças a expressarem-se no que diz respeito aos seus medos e ansiedades. As crianças sentem-se melhor quando podem comunicar os sentimentos num ambiente familiar seguro, afetivo e de suporte. Desta forma, as crianças devem ficar perto dos seus pais ou familiares, no sentido de se sentirem mais seguras. Se não for possível, é importante o contacto através das redes sociais como em videochamadas diárias, várias vezes por dia (Organização Mundial da Saúde, 2020). A manutenção das rotinas familiares sempre que possível e a criação de novas rotinas a partir de casa, bem como a introdução de atividades lúdicas e pedagógicas, da brincadeira e da socialização no dia-a-dia da família são cruciais para a estabilidade da saúde mental das crianças (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Comunicar com as crianças sobre a COVID-19 de forma honesta e apropriada à idade, para além de as deixar mais seguras, caso tenham preocupações vão sentir-se confiantes para as partilhar com a sua família e isso pode ajudar na diminuição dos seus níveis de ansiedade (Organização Mundial da Saúde, 2020).

É importante realçar que as crianças observam constantemente os pais e/ou cuidadores e, em particular, as suas emoções, desenvolvendo assim os seus próprios mecanismos para lidar com as emoções da melhor forma nos momentos mais difíceis (Organização Mundial da Saúde, 2020).

No que diz respeito às limitações do presente estudo, destaca-se primeiramente o tamanho da amostra. Por se tratar de uma recolha feita online, existe uma dependência da disponibilidade da pessoa para responder ao próprio questionário e para auxiliar as crianças ao seu cuidado no preenchimento do mesmo. Outra limitação está relacionada com a extensão do Questionário de Saúde Mental na Pandemia Covid-19 (CoPaQ), o que poderá afetar a motivação e a vontade dos participantes e despoletar vontade de desistir. Para além disso, pelo facto de ser uma temática recente e bastante recorrente nos dias de hoje, faz com que exista uma série de informação que nem sempre é pertinente para o estudo em questão, o que dificulta a seleção de informação relevante. E ainda que, a procura de outro tipo de informação necessária, se torne difícil por ainda não ter sido abordada e estudada de uma forma mais aprofundada.

Por fim e com o intuito de potencializar futuras investigações sobre a temática, sugere-se a replicação da investigação, porém ao nível dos efeitos pós-pandemia na saúde mental dos familiares e consequentemente nas crianças ao seu cuidado. Sendo que este estudo se realizou numa fase mais primordial da pandemia, seria interessante perceber como a saúde mental no seio da família se poderá desenvolver a longo termo, com o decorrer dos efeitos da pandemia da COVID-19 e com a influência de outro tipo de variáveis que não puderam ser estudadas, como é o exemplo do tempo de duração da pandemia em Portugal, a duração e periodicidade das medidas impostas pelo governo como o uso de máscara ou o dever de confinamento obrigatório.

7. CONCLUSÕES

A principal finalidade do estudo foi a de conhecer, avaliar e entender o impacto da pandemia da COVID-19 em adultos e consequente saúde emocional, sobretudo na sintomatologia ansiosa e depressiva nas crianças que se apresentam ao seu cargo. Neste sentido, procurou-se perceber como os adultos da amostra vivenciam a pandemia e quais as áreas mais afetadas pela mesma, desde o estado de infecção, o histórico sociodemográfico e o impacto na percepção de risco, a afetos, pensamentos, comportamentos, saúde mental, uso dos média, confiança institucional e coesão social. Avaliou-se ainda a sintomatologia depressiva e ansiosa das crianças que se encontram a cargo dos adultos da amostra a fim de possibilitar a correlação entre ambos.

Com base nos resultados obtidos, a forma como os familiares lidam com a pandemia da COVID-19 e o isolamento social que dela resulta, mostra estar associada à saúde emocional das crianças que se encontram ao seu cargo. Baixos níveis de depressão nos familiares da amostra mostram estar associados a baixos níveis de depressão também nas crianças. No que diz respeito à ansiedade por medo de contaminação, contágio ou infecção pela COVID-19 nos adultos, esta não mostra ser transmitida para as crianças. Não despoletando nelas ansiedade à cerca da separação ou preocupação de uma possível perda ou mal que possa acontecer às figuras de vinculação. Os resultados indicam também que os familiares da amostra através de uma forte, mas adequada adesão ao cumprimento de medidas de segurança impostas pelo governo e confiança ao nível político e institucional, transmitem uma maior segurança às crianças refletindo-se numa melhor saúde mental por parte das mesmas, com baixos níveis de depressão e ansiedade.

Os fatores *stressantes* proporcionados pela pandemia da COVID-19 e o estado de confinamento não mostram repercussões nas famílias estudadas, verificando-se baixos níveis de fatores de *stress* que estão associados a baixos níveis de depressão nas crianças. Estes valores podem ser indicadores da implementação, por parte dos familiares, de estratégias adequadas para a gestão e adaptação aos acontecimentos *stressantes* advindos da pandemia.

Os valores dentro da média da escala no que diz respeito ao uso de redes sociais dos familiares da amostra em situação de pandemia e durante o confinamento, que se associam a baixos valores de depressão nas crianças, sugerem que uma utilização moderada e saudável das redes sociais no seio familiar, que potencia a comunicação e a proximidade entre os familiares e os amigos, pode repercutir-se de forma positiva nos níveis de depressão das crianças.

Ao nível da presença de baixos níveis de crenças ou pensamentos acerca de conspirações desenvolvidas pelos familiares para dar significado a determinadas informações relativas à pandemia e ideiação paranoide nos familiares da amostra, os dados refletem que se apresentam também associados a baixos níveis de depressão e ansiedade social por parte das crianças que se encontram a seu cargo.

Os resultados indicam ainda que uma boa coesão social por parte dos familiares durante a pandemia da COVID-19 e o confinamento, sendo feita através das redes sociais, por exemplo,

se reflete numa melhor saúde mental ao nível da ansiedade e depressão para as crianças da amostra.

Os resultados obtidos neste estudo refletem a existência de uma boa dinâmica no seio familiar, com relações saudáveis entre os familiares estudados e as crianças a seu cargo, caracterizadas pela afetividade, proximidade e condutas parentais positivas, assentes no suporte, na comunicação e no diálogo, potenciando um ambiente emocionalmente estável. Para além disso, é notória uma adequada gestão por parte dos familiares de determinadas problemáticas e/ou conflitos que possam ter advindo da pandemia da COVID-19, durante confinamento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalakina-Paap, M. S. (1999). Beliefs in conspiracies. *Political Psychology*, 20, 637-647.
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares. *Coimbra: Quarteto*.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Childpsychopathology. NY: The Guilford Press.*, 279-329.
- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Blackwell Publishing Ltd., Child: Care, Health & Development*, 31(1), 33–42.
- Barreto Carvalho, C. M. O. (2009). Psicose Esquizofrénica. Crenças Paranóides: exploração da sua Etiologia na população normal e em doentes com esquizofrenia. *Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra*.
- Beck, A. T., Freeman, E., & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders. London: The Guilford Press*.
- Carvalho, C., Cunha, M., Cherpe, S., Galhardo, A., & Couto, M. (2015). Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 46–57.
<https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.23>
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Anxiety disorders in children and adolescents. *New York: Guilford Press*, 109–124.
- Direção Geral da Saúde, Covid-19*. (2020). Obtido de Direção Geral da Saúde:
<https://covid19.min-saude.pt/>

- Ellis, A., & Beck, A. (2009). Cognitive Therapies and Rational-Emotive Therapy. *Cognitive-Behavior Therapy*, 1-9.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1117
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?. *American Psychologist*, 53(9), 1017–1031.
- Laranjeira, C. (2009). Coesão social e saúde Pública - Uma perspetiva estruturalista da promoção da saúde. *Acta Med Port.*, 15-20.
- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TM)*. (2014). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, D., Miranda, D., Athanasio, S., Cecília, A., Oliveira, S., & Simoes-e-silva, A. C. (2020). International Journal of Disaster Risk Reduction How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents ? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51(June), 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>
- Menegatti, C. L. (2002). Estilos parentais e depressão infantil . *Dissertação de Mestrado*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Mesch, G. (2002). The family and the Internet: The Israeli case. *Social Science Quarterly*, 84, 1050-1083.
- Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2020). The COVID-19 anxiety syndrome scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, 292(July). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113322>
- Peteet, J. R. (2020). COVID-19 Anxiety. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2203–2204. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01041-4>
- Pestana, M. H. (2008). Análise de dados para as ciências sociais: a complementariedade do SPSS (5). Lisboa, Portugal.
- Portugueses The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Psychometric Properties and Confirmat. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº45 · 3*, 33–46.

<https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.03>

Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* (5), 311-341.

Rezende, A. T., Gouveia, V. V., & Moizéis, H. B. C. (2021). Beliefs in conspiracy theories: An approach from Social Psychology. *Interacao em Psicologia*, 25(1), 101–110. <https://doi.org/10.5380/RIEP.V25I1.61173>

Rek, O. S., Freeman, D., Reinhard, M., & Keeser, D. (2020). *Questionário de Saúde Mental na Pandemia Covid-19 (CoPaQ)*. 19, 1–11.

Rek, S. V, Bühner, M., Reinhard, M. A., Freeman, D., Keeser, D., Adorjan, K., Falkai, P., & Padberg, F. (2021). The COVID-19 Pandemic Mental Health Questionnaire (CoPaQ): Psychometric Evaluation and Compliance with Countermeasures in Psychiatric Inpatients and Non-clinical Individuals. *Research Square*, 1–20.

Stoneman, Z., & Brody, G. e. (1989). Marital Quality, Depression and Inconsistent Parenting: Relationship with Observed Mother-Child Conflict. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (1), 105-117.

Subrahmanyam, K. G. (2001). The impact of computer use on children's and adolescents' development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22, 7-30.

Swami, V. C. (2011). Conspiracist ideation in Britain and Austria: Evidence of a monological belief system and association between individual psychological differences and real-world and fictitious conspiracy theories. *British Journal of Psychology*, 102-443.

Swami, V. C.-P. (2010). Personality, Individual Difference, and Demographic Predictors of Beliefs About Extraterrestrial Life. *European Psychologist*, 10, 1-8.

Twenge, J. M., & Joiner, T. (2020). Mental distress among U.S. adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Psychology*, 0-2.

van der Velden, P., Contino, C., Das, M., van Loon, P., & Bosmans, M. (2020). Anxiety and depression symptoms, and lack of emotional support among the general population

before and during the COVID-19 pandemic. A prospective national study on prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 540-548.

Wellman, B. H. (2001). Does the Internet Increase, Decrease, or Supplement Social Capital?: Social Networks, Participation, and Community Commitment. *American Behavioral Scientist*, 45, 436-455.

World Health Organization (2020). *Mental Disorders*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Yeasmin, S., Banik, R., Hossain, S., Hossain, M. N., Mahumud, R., Salma, N., & Hossain, M. M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: A cross-sectional study. *Children and Youth Services Review*, 117(July), 105277. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105277>

9. ANEXOS

Anexo 1. Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação, desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, por Joana Nobre, tem como principais objetivos analisar se as famílias apresentam algum fator de vulnerabilidade para a COVID-19 seja este social, económico ou a nível de saúde, para perceber o impacto desta crise no bem-estar emocional de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos.

Se concordar em participar nesta investigação, ser-lhe-á pedido que responda a um questionário *online* que não lhe deverá tomar mais do que 30 ou 35 minutos e que autorize que o/a seu educando/a responda, com a sua ajuda, a 3 questionários que terão uma duração total de 20 minutos.

A resposta ao questionário é de carácter voluntário e tanto a recolha como o tratamento dos dados respeitarão os pressupostos de anonimato e confidencialidade. A participação no estudo poderá ser interrompida a qualquer momento, sem quaisquer consequências para ambas as partes.

Todas as questões devem ser lidas atentamente e respondidas com sinceridade. Tenha em conta que não existem respostas certas ou erradas.

Obrigada!

Joana Nobre, a51611@ualg.pt

Eu, _____ (nome completo do participante), declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida à cerca da investigação que se tenciona realizar e onde serei incluído.

Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me

afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo proposto pelo investigador.

Anexo 2. Questionário de dados sociodemográficos para os familiares

Questionário de Dados Sociodemográficos

1. Data de nascimento: _____

2. Género: Feminino Masculino

3. Idade: _____

4. Naturalidade (Concelho): _____

5. Estado civil:

Casado(a)/União de facto. Solteiro(a).

Divorciado(a)/Separado(a). Viúvo(a).

6. Profissão: _____

7. Nível socioeconómico:

Baixo. Médio-Baixo.

Médio. Médio-Alto. Alto.

8. Habilitações Académicas (assinale o ano/ grau que concluiu):

1º Ciclo.

2º Ciclo.

3º Ciclo.

Ensino Secundário

Ensino Superior

9. Sofre de alguma doença pela qual tenha precisado de assistência médica especializada?

10. Já lhe foi diagnosticado algum problema psicológico?

Anexo 3. *Questionário de dados sociodemográficos para as crianças*

Questionário de Dados Sociodemográficos

2. Data de nascimento: _____

2. Género: Feminino Masculino

3. Idade: _____

4. Naturalidade (Concelho): _____

5. Nível socioeconómico:

Baixo. Médio-Baixo.

Médio. Médio-Alto. Alto.

6. Sofre de alguma doença pela qual tenha precisado de assistência médica especializada?

7. Já lhe foi diagnosticado algum problema psicológico?

Anexo 4. Questionário de Saúde Mental na Pandemia Covid-19 (CoPaQ)

Questionário de Saúde Mental na Pandemia Covid-19 (CoPaQ)

Com as perguntas seguintes, gostaríamos de conhecer as **consequências pessoais e sociais causadas pela pandemia da COVID-19 (SARS-CoV-2)**. Em primeiro lugar, gostaríamos de lhe pedir que respondesse às seguintes perguntas iniciais.

1. Atualmente, tem sintomas do COVID-19, como febre, tosse seca, problemas respiratórios, dor de garganta, perda de olfato/paladar, dores de cabeça ou diarreia?	Sim	Não	Não sei
2. Testou positivo para SARS-CoV-2?	Sim	Não	Não sei
3. Testou positivo para anticorpos Anti-SARSCoV-2?	Sim	Não	Não sei
4. Alguém próximo de si ficou infectado com COVID-19?	Sim	Não	Não sei
5. Alguém próximo de si faleceu como consequência da COVID-19?	Sim	Não	Não sei
6. Alguma pessoa com quem teve contato direto, nas últimas duas semanas, ficou infectada com COVID-19?	Sim	Não	Não sei
7. Por favor, indique quais dos seguintes fatores de risco, para um prognóstico grave de COVID-19, se aplicam a si:			
a) Idade superior a 60 anos.	Sim	Não	
b) Doença Cardiovascular.	Sim	Não	
c) Diabetes.	Sim	Não	
d) Imunodeficiência, ou tomar medicação supressora do sistema imunitário (ex. cortisona).	Sim	Não	
e) Doença crónica do sistema respiratório (ex.: asma, bronquite crónica).	Sim	Não	
f) Doença hepática crónica.	Sim	Não	
g) Doença renal crónica.	Sim	Não	
h) Cancro agudo.	Sim	Não	
i) Cancro durante os últimos 5 anos.	Sim	Não	
j) Consumo prolongado e massivo de tabaco (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos).	Sim	Não	

k) Nenhum dos fatores de risco acima indicados.	Sim	Não
---	-----	-----

8. Por favor, indique quais dos seguintes fatores de risco para um caso grave de COVID-19 se aplica às pessoas que vivem na sua casa:		
a) Idade superior a 60 anos.	Sim	Não
b) Doença Cardiovascular.	Sim	Não
c) Diabetes.	Sim	Não
d) Imunodeficiência, ou a tomar medicação que suprime o sistema imunitário (ex. cortisona).	Sim	Não
e) Doença crónica do sistema respiratório (ex. asma, bronquite crónica).	Sim	Não
f) Doença hepática crónica.	Sim	Não
g) Doença renal crónica.	Sim	Não
h) Cancro agudo.	Sim	Não
i) Cancro durante os últimos 5 anos.	Sim	Não
j) Consumo prolongado e massivo de cigarros (mais de 20 cigarros por dia nos últimos 5 - 10 anos).	Sim	Não
k) Nenhum dos fatores de risco acima indicados.	Sim	Não
9. Por favor, responda se está atualmente em quarentena.	Sim	Não
10. Opcional: Por favor, indique o número de dias que tem estado em quarentena.		
11. Por favor, indique se atualmente se encontra com a obrigação de recolhimento obrigatório, imposto pelas autoridades.	Sim	Não
12. Opcional: Por favor, indique há quantos dias está com a obrigação de recolher obrigatório imposto pelas autoridades.		
13. Por favor, indique se está atualmente em teletrabalho em casa.	Sim	Não
14. Opcional: Por favor, indique há quantos está em teletrabalho em casa.		
15. Por favor, indique se a sua profissão se enquadra nos serviços essenciais, de acordo com o estado de emergência:		
a) Médicos.	Sim	Não
b) Enfermeiros.	Sim	Não

c) Psicólogos Clínicos.	Sim	Não
d) Forças e serviços de segurança e polícia.	Sim	Não
e) Funcionários do estado, local e nacional.	Sim	Não
f) Operadores de loja de supermercado.	Sim	Não
g) Padeiros.	Sim	Não
h) Profissionais de serviços de limpeza.	Sim	Não
i) Se tiver outra atividade, por favor indique		
16. Por favor, indique o seu vínculo laboral:		
a) Colaborador(a) a tempo inteiro.		
b) Colaborador(a) a tempo parcial.		
c) Desempregado(a).		
d) Empregado(a) por conta própria.		
e) Cuidador(a) (ex: crianças, idosos).		
f) Estudante.		
g) Reformado(a).		
h) Outro		
17. Por favor, indique:		
a) se tem cobertura de saúde pública.	Sim	Não
b) se tem algum seguro de saúde adicional?	Sim	Não
c) Em caso afirmativo, a cobertura permite o acesso a consulta de psiquiatria e acompanhamento psicoterapêutico?	Sim	Não
18. Por favor, indique se recebe benefícios sociais.		
	Sim	Não
19. Já foi diagnosticado por um médico ou psicoterapeuta com uma ou mais das seguintes perturbações?		
a) Depressão.	Sim	Não
b) Mania/Perturbação bipolar.	Sim	Não
c) Perturbações psicóticas (incluindo esquizofrenia).	Sim	Não
d) Perturbação de ansiedade.	Sim	Não
e) Perturbação de stress pós-traumático.	Sim	Não
f) Perturbação do comportamento alimentar.	Sim	Não
g) Perturbação obsessivo-compulsiva (POC).	Sim	Não

h) Abuso de substâncias ou Perturbação aditiva.	Sim	Não			
i) Perturbação do deficit de atenção (TDA ou TDAH).	Sim	Não			
j) Perturbação somatoforme.	Sim	Não			
k) Perturbação de personalidade.	Sim	Não			
l) Perturbação do Espectro Autista (Incluindo Síndrome de Asperger).	Sim	Não			
m) Perturbação cognitiva/demência.	Sim	Não			
20. Até ao início da pandemia, já estava a ser acompanhado(a) em psicoterapia?	Sim	Não			
21. Opcional: Se sim: Atualmente já não está a ser acompanhado(a) em psicoterapia devido à pandemia de COVID-19?	Sim	Não			
22. Opcional: Se não: Atualmente, a psicoterapia é realizada presencialmente?	Sim	Não			
23. Opcional: Se não: Qual a sua satisfação com o tratamento de psicoterapia via telefone ou plataformas de vídeo, comparada com o contato pessoal?	Nada satisfeito(a)				Muitíssimo
	0	1	2	3	4

Perceção de Risco

Como é que perceciona atualmente os riscos associados à pandemia de COVID-19?

“Estou preocupado porque...”

	De modo algum				Muitíssimo
Não tenho meios para controlar a pandemia de COVID-19	0	1	2	3	4
Vou ficar infetado(a) com COVID-19	0	1	2	3	4
Por favor, indique qual a probabilidade que você acha que tem de ficar infetado(a) com COVID-19	0	1	2	3	4

Pessoas próximas de mim estão infectadas com COVID-19	0	1	2	3	4
Vou infectar outras pessoas com COVID19	0	1	2	3	4
As consequências da pandemia por COVID-19 vão, pessoalmente, afetar-me muito.	0	1	2	3	4
No caso de infecção por COVID-19, as consequências para a minha saúde serão graves.	0	1	2	3	4
Vou morrer de COVID-19.	0	1	2	3	4
Pessoas próximas de mim vão morrer de COVID-19.	0	1	2	3	4

Desde o início da pandemia de COVID-19, quão necessários e úteis considera a adoção dos seguintes comportamentos?

Medidas de higiene, tais como:	De modo algum				Muitíssimo
a) Manter, pelo menos 1,5 m de distância, de outras pessoas.	0	1	2	3	4
b) Tossir ou espirrar para o cotovelo ou para um lenço	0	1	2	3	4
c) Não tocar na boca, olhos e nariz com as mãos.	0	1	2	3	4
d) Lavagem regular das mãos.	0	1	2	3	4
e) Lavar as mãos corretamente (por pelo menos durante 30 segundos).	0	1	2	3	4
f) Aumento da desinfecção das mãos e objetos.	0	1	2	3	4
Redução dos contatos sociais, por exemplo:					
a) Cancelar reuniões particulares e visitas familiares.	0	1	2	3	4

b) Cancelar viagens para outras cidades.	0	1	2	3	4
c) Evitar refeições em cantinas e restaurantes.	0	1	2	3	4
d) Evitar toques (ex: apertos de mãos ou abraços) ao cumprimentar ou despedir-se de outras pessoas.	0	1	2	3	4
e) Trabalhar a partir de casa.	0	1	2	3	4
Armazenar coisas, tais como:					
a) Sabonete, detergente, produtos de limpeza, sabão em pó, etc.	0	1	2	3	4
b) Comida (vegetais, feijão, arroz, massa...).	0	1	2	3	4
c) Água (20 litros por pessoa).	0	1	2	3	4
d) Papel higiénico.	0	1	2	3	4
e) Dinheiro.	0	1	2	3	4
Medidas políticas, tais como:					
a) Encerramento temporário de jardins de infância, escolas e universidades.	0	1	2	3	4
b) Encerramento temporário de fronteiras.	0	1	2	3	4
c) Encerramento temporário de parques infantis.	0	1	2	3	4
d) Encerramento temporário de bares, pubs, teatros, cinemas, etc.	0	1	2	3	4
e) Período de recolher obrigatório.	0	1	2	3	4
Comportamento solidário, como:					
a) Doar sangue.	0	1	2	3	4
b) Ajudar pessoas de risco, como por exemplo ir às compras para elas ou ficar em casa, para proteger as pessoas de risco.	0	1	2	3	4

c) Ajudar pessoas que estão a enfrentar dificuldades na sua vida por causa da situação atual.	0	1	2	3	4
d) Oferecer ajuda a amigos próximos ou a familiares.	0	1	2	3	4
e) Envolver-se na ajuda aos vizinhos.	0	1	2	3	4

Até que ponto aderiu às seguintes medidas da pandemia do COVID-19, nas últimas duas semanas?					
a) Medidas de higiene.	0	1	2	3	4
b) Redução dos contatos sociais.	0	1	2	3	4
c) Recolher obrigatório.	0	1	2	3	4

A seguir, apresenta-se uma lista de afirmações sobre a forma de lidar com as consequências e impacto da pandemia por COVID-19. Por favor, indique até que ponto as seguintes afirmações se aplicaram a si nas **últimas duas semanas**.

"Por causa da pandemia de COVID-19, **nos últimos 14 dias, eu...**"

	De modo algum				Muitíssimo
Tive sonhos perturbadores que repetem parte da experiência da pandemia ou estão claramente relacionados com ela.	0	1	2	3	4
Tive imagens ou memórias intensas, que às vezes vêm a minha cabeça, nas quais sinto que a experiência da pandemia por COVID-19 está a acontecer de novo aqui e agora.	0	1	2	3	4
Evitei memórias internas da experiência da pandemia por COVID-19 (por exemplo,	0	1	2	3	4

pensamentos, sentimentos ou sensações).					
Evitei memórias externas da experiência da pandemia de COVID-19 (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações).	0	1	2	3	4
Estive alerta, hipervigilante ou em guarda.	0	1	2	3	4
Tenho-me sentido nervoso(a) ou assutado(a) com facilidade.	0	1	2	3	4
Sofri de ataques imprevisíveis e graves de ansiedade (pânico), com sintomas físicos (ex.: palpitações, dor no peito, tonturas).	0	1	2	3	4
Opcional (se>0): Durante o ataque de ansiedade, tive medo de morrer, perder o controlo ou ficar maluco(a).	0	1	2	3	4
Tive problemas para dormir, tais como:					
a) Dificuldade em adormecer (menos do que 30 minutos).	0	1	2	3	4
b) Dificuldade em dormir durante a noite.	0	1	2	3	4
c) Acordar cedo de manhã.	0	1	2	3	4
d) Sonhos assustadores ou pesadelos não relacionados com a pandemia por COVID-19.	0	1	2	3	4
e) Sonhos assustadores ou pesadelos relacionados com pandemia por COVID-19.	0	1	2	3	4
Senti-me ou comportei-me de maneira mais irritável, com raiva, zangada.	0	1	2	3	4

"Nos últimos 14 dias, eu..."

	De modo algum				Muitíssimo
Consumi substancialmente mais álcool, do que o habitual.	0	1	2	3	4
Fumei consideravelmente mais cigarros do que o habitual.	0	1	2	3	4
Consumi, consideravelmente, mais drogas (ex.: tranquilizantes, comprimidos para dormir ou estimulantes) do que o habitual.	0	1	2	3	4
Tive um forte desejo de consumir substâncias aditivas (álcool, cigarros, drogas).	0	1	2	3	4
Não fui capaz de controlar o meu consumo de substâncias aditivas (álcool, cigarros, drogas).	0	1	2	3	4
Senti uma urgência excessiva de lavar e/ou desinfetar as minhas mãos, uma e outra vez, para não ficar doente por germes ou contaminação.	0	1	2	3	4
Opcional: Senti este comportamento como sendo absurdo, angustiante ou excessivo.	0	1	2	3	4
Senti uma urgência excessiva de lavar e/ou desinfetar as minhas mãos, uma e outra vez, para não transmitir germes ou contaminar outras pessoas .	0	1	2	3	4
Opcional: Senti este comportamento como sendo absurdo, angustiante ou excessivo.	0	1	2	3	4

Consultei o meu médico de clínica geral mais vezes do que o normal.	0	1	2	3	4
Evitei visitas ao meu médico de clínica geral.	0	1	2	3	4

"Por causa da pandemia por COVID-19, **nos últimos 14 dias**, senti-me muito stressado(a) ou sobrecarregado(a) por/pela...

	De modo algum				Muitíssimo
a) Atual pandemia.	0	1	2	3	4
b) Viver num alojamento pequeno.	0	1	2	3	4
c) Estar em quarentena.	0	1	2	3	4
d) Tomar conta das crianças.	0	1	2	3	4
e) Assumir as aulas escolares.	0	1	2	3	4
f) O recolher obrigatório.	0	1	2	3	4
g) Estar em teletrabalho.	0	1	2	3	4
h) Serviço ao consumidor.	0	1	2	3	4
i) Preocupações com a minha saúde.	0	1	2	3	4
j) Preocupações por não ser capaz de conseguir cuidados médicos.	0	1	2	3	4
k) Preocupações por estar doente com COVID-19, quando notei primeiros sinais de sintomas como febre, tosse seca, problemas para respirar, dor de garganta, perda de olfato/paladar, dor de cabeça ou diarreia.	0	1	2	3	4
l) Aumento de conflitos com pessoas próximas.	0	1	2	3	4
m) Preocupações financeiras.	0	1	2	3	4
n) Incertezas a respeito do meu trabalho, local de formação, estudos ou escola.	0	1	2	3	4

o) Preocupações com a minha segurança pessoal.	0	1	2	3	4
p) Preocupações com a integridade de familiares e amigos.	0	1	2	3	4
q) Medo do que o futuro trará, ou de não ser capaz de lidar com tudo.	0	1	2	3	4
r) Pensamentos de que seria melhor estar morto(a).	0	1	2	3	4

“**Nos últimos 14 dias**, tenho sido capaz de me distanciar bem do stresse/sobrecarga devido a... ”

	De modo algum				Muitíssimo
a) preocupações com a minha saúde.	0	1	2	3	4
b) preocupações por não ser capaz de conseguir cuidados médicos.	0	1	2	3	4
c) preocupações por estar doente com COVID-19, quando notei primeiros sinais de sintomas como febre, tosse seca, problemas para respirar, dor de garganta, perda de olfato/paladar, dor de cabeça ou diarreia.	0	1	2	3	4
d) aumento de conflitos com pessoas próximas de mim.	0	1	2	3	4
e) cuidado das crianças.	0	1	2	3	4
f) preocupações económicas.	0	1	2	3	4
g) incertezas a respeito do meu trabalho, local de formação, estudos ou escola.	0	1	2	3	4
h) preocupações com minha segurança pessoal.	0	1	2	3	4
i) preocupações com a integridade de familiares e amigos.	0	1	2	3	4

j) medo do que o futuro trará, ou de não ser capaz de lidar com tudo.	0	1	2	3	4
k) pensamentos de que seria melhor estar morto(a).	0	1	2	3	4

“Nos últimos 14 dias, eu...”

	De modo algum				Muitíssimo
mantive uma rotina diária habitual.	0	1	2	3	4
planeei os dias o mais pormenorizadamente possível.	0	1	2	3	4
Integrei desportos e exercícios na minha rotina diária.	0	1	2	3	4
tive a oportunidade de me retirar para um lugar privado.	0	1	2	3	4
reduzi qualquer contato com colegas.	0	1	2	3	4
mantive os meus contatos sociais (telefone, visitas ou videochamadas).	0	1	2	3	4
tive mais conflitos com pessoas próximas.	0	1	2	3	4
tive mais discussões verbais com pessoas próximas.	0	1	2	3	4
fui vítima de abuso verbal por pessoas próximas (ex.: ameaças, humilhações).	0	1	2	3	4
tive mais discussões físicas com pessoas próximas (ex.: batendo, esbofeteando, pontapeando).	0	1	2	3	4
fui vítima de abuso físico por pessoas próximas (ex.: bateram-me, esbofetearam-me, pontapearam-me).	0	1	2	3	4
Desfrutei do tempo junto com pessoas próximas de mim.	0	1	2	3	4

senti-me esperançado(a) de que a crise do coronavírus iria acabar rapidamente.	0	1	2	3	4
procurei estabilidade na fé e/ou religião.	0	1	2	3	4
concentrei-me na minha força interior, passatempos, habilidades e talentos.	0	1	2	3	4
mudei as minhas atitudes sobre o que é, realmente, importante para mim na vida.	0	1	2	3	4
reconheci e aceitei a pandemia de COVID-19 como uma realidade.	0	1	2	3	4

“Nos últimos 14 dias, eu...”

	De modo algum				Muitíssimo
realizei uma maior quantidade de pesquisas na internet sobre a pandemia de COVID-19.	0	1	2	3	4
Por favor, indique a duração aproximada, em horas, que passou (nas notícias, internet) a pesquisar sobre o tema coronavírus.					
Tentei, deliberadamente, controlar o meu consumo de notícias sobre a COVID-19.	0	1	2	3	4
tive sucesso em controlar deliberadamente o meu consumo de notícias sobre a COVID-19 (nas redes sociais, televisão, internet).	0	1	2	3	4
tentei evitar, ao máximo, notícias e notificações sobre o coronavírus.	0	1	2	3	4
senti-me assoberbado(a) pelas imagens das notícias ou novos relatórios sobre a COVID-19.	0	1	2	3	4

fui capaz de distanciar-me, mentalmente, de notícias e notificações sobre a COVID-19.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

“Nos últimos 14 dias, eu...”

	De modo algum				Muitíssimo
tive a sensação de que os líderes políticos me estavam a defender.	0	1	2	3	4
tive a sensação de que as regras que temos de seguir agora existem para tornar a minha vida miserável.	0	1	2	3	4
percebi a democracia como uma eficiente forma de governo.	0	1	2	3	4
tive a sensação de que as instituições públicas (ex.: polícia, tribunais) podem ser confiáveis.	0	1	2	3	4
Preocupei-me com o nosso desenvolvimento económico.	0	1	2	3	4
tive a sensação de que as notícias e os relatórios da pandemia da COVID-19 são deliberadamente retidos.	0	1	2	3	4
percebi os políticos como confiáveis.	0	1	2	3	4
tive a sensação de que relatórios falsos ou inverdades sobre a pandemia da COVID19 estão a ser deliberadamente disseminados na transmissão pública (ex.: rádio e estações de televisão)	0	1	2	3	4
tive a sensação de que as pessoas olham para mim como se eu tivesse coronavírus.	0	1	2	3	4

tive a sensação de que as pessoas mantinham uma maior distância especificamente de mim e mais do que era necessário.	0	1	2	3	4
tive a crença de que existiam explicações alternativas ou explicações secretas para os acontecimentos atuais.	0	1	2	3	4
tive a crença de que o vírus me está a atingir mais do que a qualquer outra pessoa, independentemente da minha saúde.	0	1	2	3	4
tive a crença de que há uma relação entre o que está a acontecer e a produção e testagem de armas biológicas.	0	1	2	3	4
tive a crença de que o que está a acontecer aqui é o efeito de uma luta ou competição entre diferentes superpotências.	0	1	2	3	4
tive a crença de que esta infeção serve para deliberadamente reduzir a população mundial, visto que não há mais recursos suficientes para todos.	0	1	2	3	4
tive a crença de que o coronavírus foi introduzido para chegar a pessoas como eu.	0	1	2	3	4
pensei que a crise não é real, eu estou preso num mal sonho e só preciso de acordar.	0	1	2	3	4

A seguinte afirmação é usada por pessoas para descreverem a si mesmas. Por favor, indique se a seguinte declaração se aplica a si.

Estou convencido(a) de que existe uma conspiração por trás de muitas coisas no mundo	Verdadeiro	Falso
--	------------	-------

“Nos últimos 14 dias, eu tive a sensação de que...”

	De modo algum				Muitíssimo
há uma maior solidariedade e coesão na nossa sociedade.	0	1	2	3	4
eu sou parte integrante da nossa sociedade ou comunidade.	0	1	2	3	4
o nosso país está cada vez mais próximo.	0	1	2	3	4
há menos solidariedade e coesão na nossa sociedade (ex.: compras excessivas, festas de coronavírus).	0	1	2	3	4
eu não sou uma parte integrante da nossa sociedade ou comunidade.	0	1	2	3	4
a crise divide o nosso país.	0	1	2	3	4

Anexo 5. “MASC” – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças

“MASC” – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças

Este questionário pergunta como te tens sentido e sobre o que tens pensado ou como tens agido nos últimos dias. Para cada pergunta, escolhe a opção que é mais verdadeira para ti.

Se a frase sobre ti for verdade muitas vezes, escolhe o 3. Se ela é verdadeira só algumas vezes, escolhe o 2. Se for verdadeira uma vez ou outra, escolhe o 1. Se dificilmente ou nunca é verdade, escolhe o 0.

Lembra-te! Não há respostas certas ou erradas, apenas tens de responder como te tens sentido nos últimos dias.

--	--	--	--	--	--

		Nunca é verdade sobre mim	Raramente é verdade sobre mim	Às vezes é verdade sobre mim	É muitas vezes verdade sobre mim
1.	Eu sinto-me tenso ou nervoso	0	1	2	3
2.	Eu costumo pedir autorização para fazer as coisas	0	1	2	3
3.	Preocupo-me quando se rim de mim	0	1	2	3
4.	Eu fico com medo quando os meus pais saem	0	1	2	3
5.	Sinto falta de ar	0	1	2	3
6.	Eu fico atento se há algum perigo	0	1	2	3
7.	A ideia de ficar longe de casa assusta-me	0	1	2	3
8.	Eu fico a tremer ou inquieto	0	1	2	3
9.	Eu esforço-me para obedecer aos meus pais e professores	0	1	2	3
10.	Eu tenho medo que os outros meninos ou meninas gozem comigo	0	1	2	3
11.	Eu tento ficar perto da minha mãe ou do meu pai	0	1	2	3
12.	Eu tenho tonturas ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13.	Eu verifico as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14.	Eu preocupo-me em ser chamado na sala de aula	0	1	2	3
15.	Eu sinto-me desassossegado ou sobressaltado	0	1	2	3
16.	Eu tenho medo que os outros achem que eu sou tonto	0	1	2	3
17.	Eu deixo as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18.	Eu sinto dores no peito	0	1	2	3

19.	Eu evito sair sem a minha família	0	1	2	3
20.	Eu sinto-me estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21.	Eu tento fazer coisas para agradar aos outros	0	1	2	3
22.	Eu preocupo-me com o que os outros pensam de mim	0	1	2	3
23.	Eu evito assistir filmes ou programas que me assustam	0	1	2	3
24.	Meu coração dispara ou “falha”	0	1	2	3
25.	Eu evito as coisas que me aborrecem	0	1	2	3
26.	Eu durmo com alguém da minha família	0	1	2	3
27.	Eu sinto-me inquieto e nervoso	0	1	2	3
28.	Eu tento fazer tudo exatamente de forma certa	0	1	2	3
29.	Eu preocupo-me quando faço alguma coisa tonta ou que me deixe envergonhado	0	1	2	3
30.	Eu fico com medo quando ando de carro ou de autocarro	0	1	2	3
31.	Eu sinto mal-estar no estômago	0	1	2	3
32.	Se eu fico aborrecido ou com medo, eu conto logo a alguém	0	1	2	3
33.	Se eu tenho que fazer alguma coisa em público, fico nervoso	0	1	2	3
34.	Tenho medo do mau tempo, do escuro, de alturas, animais ou insetos	0	1	2	3
35.	As minhas mãos tremem	0	1	2	3
36.	Eu preciso de ter certeza que as coisas estão seguras	0	1	2	3

37.	Eu tenho dificuldade de chamar outros meninos ou meninas para brincar comigo	0	1	2	3
38.	As minhas mãos ficam suadas ou frias	0	1	2	3
39.	Eu sinto vergonha	0	1	2	3

Anexo 6. “CES-DC”- *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)*

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

	Nunca			Muitas vezes
1. Senti-me aborrecido (a)/incomodado(a) com coisas que normalmente não me aborrecem ou incomodam	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, não tive muita fome	0	1	2	3
3. Não consegui sentir-me feliz, mesmo quando a minha família ou amigos tentaram “animar-me”	0	1	2	3
4. Senti que era tão bom (boa) quanto os (as) outros (as) colegas	0	1	2	3
5. Senti que não conseguia prestar atenção ao que estava a fazer	0	1	2	3

6. Senti-me “em baixo” e infeliz	0	1	2	3
7. Senti-me muito cansado(a) para fazer as minhas coisas	0	1	2	3
8. Senti que alguma coisa boa estava para acontecer	0	1	2	3
9. Senti que as coisas que eu fiz no passado falharam	0	1	2	3
10. Senti-me com medo	0	1	2	3
11. Não dormi tão bem como costumo dormir				
12. Senti-me feliz	0	1	2	3
13. Estive mais parado(a) do que o habitual	0	1	2	3
14. Senti-me sozinho(a), como se não tivesse nenhum amigo	0	1	2	3
15. Senti que os meus colegas não eram meus amigos ou que não queriam estar comigo	0	1	2	3
16. Diverti-me	0	1	2	3
17. Tive vontade de chorar	0	1	2	3
18. Senti-me triste	0	1	2	3
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0	1	2	3
20. Foi difícil começar a fazer as coisas	0	1	2	3