INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

Conhecimento e Formação
2022

O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social
Fase II

Fernanda Salvaterra
Mara Chora

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

3

IAC
Instituto de Apoio à Criança

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

Conhecimento e Formação

2022

O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social

Fase II

Fernanda Salvaterra
Mara Chora

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

3

IAC
Instituto de Apoio à Criança

Índice

	Agradecimentos	**07**
	Resumo	**09**
1.	Introdução	**11**
1.1.	Pandemia em Portugal – Contexto social	**13**
1.2.	Pandemia e saúde mental	**18**
2.	Método	**21**
2.1.	Participantes	**23**
2.2.	Medidas	**26**
2.2.1.	Questionário "O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social"	**26**
2.2.2.	Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-21	**27**
2.2.3.	Escala "O Que Eu Penso e o Que Eu Sinto" – CMAS-R	**28**
2.3.	Procedimento	**29**
3.	Resultados	**31**
3.1.	O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social – Parte I: Pais/Cuidadores	**33**
3.2.	O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social – Parte II: Crianças	**37**
3.3.	Níveis de Ansiedade, de Depressão e de *Stress* dos Pais/Cuidadores e Níveis de Ansiedade das Crianças	**48**
3.4.	Análise dos Níveis de Ansiedade, de Depressão e de *Stress* dos Pais/Cuidadores em Função das Variáveis Sociodemográficas	**50**
3.5.	Alterações na Relação com os Avós	**51**
3.6.	Familiares ou Pessoas Próximas que Tenham Contraído o Vírus ou Falecido como Consequência	**52**
3.7.	Alteração das Rotinas	**52**
3.8.	Ocupação do Tempo da Criança	**53**
4.	Discussão	**55**
5.	Considerações Finais	**63**
6.	Referências	**69**

Índice de Tabelas

Tabela 1.	Características Sociodemográficas dos Pais/Cuidadores	**24**
Tabela 2.	Características Sociodemográficas das Crianças que Responderam ao Questionário	**25**
Tabela 3.	Diferenças Entre a Perceção dos Pais/Cuidadores e Como a Criança se Sente	**41**
Tabela 4.	Medidas Descritivas das Dimensões da EADS-21 e do CMAS-R	**49**
Tabela 5.	Níveis de Severidade da EADS-21	**49**
Tabela 6.	Medidas Descritivas das Dimensões da EADS-21 em Função do Regime de Trabalho	**50**
Tabela 7.	Diferenças nos Níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* (Pais/Cuidadores) e Nível de Ansiedade (Crianças), em Função da Alteração da Relação com os Avós	**51**
Tabela 8.	Diferenças nos Níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* (Pais/Cuidadores), em Função do Regresso às Rotinas	**53**

Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Perceção dos Pais/Cuidadores Sobre Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição	**34**
Gráfico 2.	Alteração Definitiva de Rotinas em Função da Pandemia	**35**
Gráfico 3.	Aspetos Positivos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva dos Pais/Cuidadores	**36**
Gráfico 4.	Aspetos Negativos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva dos Pais/Cuidadores	**37**
Gráfico 5.	Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição	**38**
Gráfico 6.	Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição e a Perceção dos Pais (Amostra Emparelhada Pais-Filhos)	**40**
Gráfico 7.	O Que a Criança Pensa Quando se Sente Triste, Aborrecida ou Nervosa	**43**
Gráfico 8.	O Que a Criança Faz Quando se Sente Triste, Aborrecida ou Nervosa	**44**
Gráfico 9.	Como as Crianças Têm Ocupado o Tempo	**45**
Gráfico 10.	Aspetos Positivos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva das Crianças	**46**
Gráfico 11.	Aspetos Negativos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva das Crianças	**47**
Gráfico 12.	Temas Que Mais Preocupam as Crianças	**48**

Agradecimentos

O Instituto de Apoio à Criança agradece a todas as famílias que gentilmente aceitaram participar neste estudo e, em especial, às crianças que se disponibilizaram a partilhar o que pensam e o que sentem nesta situação atípica e nunca antes vivida, por esta geração!

A Equipa de Investigação gostaria, igualmente, de agradecer à Dra. Rita Amaral pela sua colaboração e partilha de ideias.

Resumo

Vivemos, nos últimos 2 anos, uma das maiores crises de saúde pública, a nível mundial, que provocou inúmeras mudanças na vida familiar, social e laboral/escolar, e com repercussões na saúde mental, quer de adultos, quer de crianças. O presente estudo corresponde à segunda fase de uma investigação que se iniciou em 2020 e pretendeu explorar o comportamento parental e o comportamento das crianças e perceber a relação entre a atitude e os sentimentos dos pais e a dos filhos, bem como compreender o impacto que o contexto social pandémico teve naquilo que pensam e sentem as famílias. Participaram 269 famílias portuguesas com filhos entre os 4 e os 20 anos, sendo a primeira parte do questionário respondida pelos pais/cuidadores e a segunda parte pelos filhos com idade igual ou superior a 8 anos ($n_{crianças}$ = 140). Os pais reportaram, através do questionário "O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social", a sua perceção sobre como os filhos se têm sentido desde que as restrições foram levantadas e regressaram à escola, quais as alterações que a vida familiar sofreu (*e.g.*, rotinas, relação com avós), quais os aspetos positivos e negativos do isolamento social e a perspetiva sobre o futuro. Às crianças foi solicitado que referissem como se têm sentido, o que fazem e no que pensam para se sentirem melhor, como têm ocupado o seu tempo, quais os aspetos positivos e negativos do isolamento, quais as suas preocupações e a sua perspetiva sobre o futuro. A ansiedade, a depressão e o *stress* dos pais foram avaliados com recurso à EADS-21 e a ansiedade das crianças pela CMAS-R. Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade (pais e filhos), da depressão e do *stress* (pais), em função das mudanças na vida familiar e naquilo que as crianças e as suas famílias sentem e pensam. Este estudo traz-nos várias informações a ter em consideração, entre elas, a necessidade de os pais estarem mais alerta ou não desvalorizarem o que as crianças sentem e manifestam, a importância das relações afetivas e sociais e a relação existente entre a ansiedade, depressão e *stress* dos adultos e a ansiedade das crianças.

1. Introdução

1. Introdução

1.1. Pandemia em Portugal – Contexto Social

A pandemia (Covid-19) que assolou o mundo em 2020 constituiu-se como a maior emergência de saúde pública que as sociedades enfrentaram no último século, tendo um forte impacto em todo o mundo e Portugal não foi exceção.

Em Portugal, a pandemia de Covid-19 iniciou-se, oficialmente, em 2 de março de **2020**, quando foi reportado que dois homens que haviam viajado para o norte de Itália e Espanha, respetivamente, testaram positivo ao SARS-CoV-2.

A 11 de março, a DGS emitiu orientações para que deixassem de ser permitidas as visitas a lares de idosos e para que os contactos passassem a ser feitos apenas por telefone e videochamadas.

A 12 de março, o Governo decretou o fecho de todos os estabelecimentos de ensino públicos e privados, com efeitos a partir de 16 de março e até 9 de abril. A 16 de março, foi reportada a primeira morte no país, um homem de 80 anos, com várias patologias associadas.

Na sequência do aumento exponencial de casos, a 18 de março declarou-se o estado de emergência em todo o país, impondo o confinamento obrigatório e restrições à circulação em via publica. A 21 de março, começaram a surgir as primeiras notícias sobre focos de infeção nos lares de idosos, sendo, a partir desta altura, que começou a ser realizada a testagem nestas instituições.

A 9 abril, e relativamente ao Ensino, o Governo anunciou que, até ao 9.º ano de escolaridade, todo o terceiro período prosseguiria com ensino a distância.

A 15 de abril, havia um total de 18.091 casos no país, 599 mortes e 383 casos recuperados. A 2 de maio eram reportados 25.190 casos de infeção confirmados

e 1.023 mortes, tendo sido decretado o estado de calamidade. Contudo, a 4 de maio abriram alguns serviços, mantendo-se o teletrabalho. Apesar de a 10 de maio se terem registado 52 surtos de infeção por Covid em lares de idosos, as visitas a estes estabelecimentos reiniciaram-se a 18 de maio, mas sujeitas a marcação, com limitação no número de visitantes e com o cumprimento de normas de proteção sanitária, como a utilização de espaço próprio ventilado e de acrílicos entre o utente e a visita, o uso obrigatório de máscara e o distanciamento social. Nesta mesma data, foi permitida a abertura de cafés, restaurantes e creches e retomou o ensino presencial para o 11.º e o 12.º anos de escolaridade.

No início da época de verão, assistiu-se a uma descida dos casos diários de infeção por COVID-19, o que permitiu que, a 1 de julho, fosse decretada a situação de alerta para todo o país, exceto para a Área Metropolitana de Lisboa.

A 3 de agosto, assinalou-se o primeiro dia em que não se registaram vítimas mortais resultantes da infeção Covid-19, desde 16 de março.

A 27 de agosto, o Governo anunciou a implementação em todo o território continental da situação de contingência, com efeitos a partir de 15 de setembro, devido ao regresso às aulas e ao trabalho presencial. Assim, a 14 de setembro, o ano letivo 2020/2021 iniciou-se presencialmente para os ensinos básico e secundário com a obrigatoriedade de uso de máscara e de regras específicas de circulação e de uso dos espaços.

Um mês depois, a 14 de outubro, Portugal foi forçado a decretar a situação de calamidade, justificada pela gravidade da evolução da pandemia, resultando em medidas como proibição de ajuntamentos de mais de cinco pessoas na via pública ou os festejos académicos e os eventos familiares (*e.g.*, casamentos) não poderem ter mais de 50 pessoas.

A 22 de outubro, atingiu-se um novo máximo de casos diários (3.270), bem como de internamentos (1.365), registados desde março de 2020. Para combater este aumento, o Governo proibiu a circulação entre concelhos, em Portugal continental, durante o fim de semana da comemoração do dia de "Todos os Santos" (1 de novembro) e do dia de "Finados" (2 de novembro) decretando,

ainda, para alguns concelhos, o dever de permanência no domicílio. Foi, também, nesta época, a 28 de outubro, que se tornou obrigatório o uso de máscaras em espaços públicos, seguindo-se, a 21 de novembro, a obrigatoriedade do uso de máscara nos locais de trabalho.

O Natal de 2020 ocorreu com medidas de contingência mais flexíveis, permitindo às famílias juntarem-se para estas celebrações. Contudo, estas foram seguidas de regras mais rígidas para a passagem de ano de forma a mitigar o potencial agravamento da situação pandémica.

A 27 de dezembro de 2020, surgiu, também, a primeira vacina a ser distribuída em Portugal, dando-se início ao processo de vacinação da população mais idosa. Posteriormente, foram disponibilizadas a outras faixas etárias, sendo a população informada sobre as fases de vacinação através de um portal construído pela Direção-Geral da Saúde.

A 21 de janeiro de **2021**, a estirpe de origem britânica, de mais fácil contágio e maior velocidade de transmissão que as estirpes anteriores, colocou Portugal como um dos dois países com maior número de novos casos por milhão de habitantes. Consequentemente, o Governo decretou a suspensão de todas as atividades letivas presenciais, durante 15 dias, a partir de 22 de janeiro, que acabou por se prolongar até abril.

Apesar de ter sido decretado o estado de emergência, as visitas aos lares continuaram a ser permitidas, desde que cumpridas as normas de proteção sanitária. A 1 de abril, o Governo anunciou que os alunos dos 2.º e 3.º ciclos retomariam as aulas presenciais e que os restaurantes, pastelarias e cafés com esplanada poderiam reabrir com grupos limitados a quatro pessoas. No mesmo mês, a 19 de abril, iniciou-se a terceira fase de desconfinamento com a reabertura de mais escolas, lojas, restaurantes e cafés.

A 30 de abril, terminou o estado de emergência que foi declarado 15 vezes pelo Presidente da República, durou 173 dias consecutivos e teve 11 renovações.

A 1 de maio 2021, Portugal entrou em situação de calamidade, iniciando-se a

última fase de desconfinamento, com a reabertura de fronteiras terrestres com Espanha e o retorno à normalidade no comércio e na restauração, com exceção dos municípios com mais casos.

À semelhança de 2020, a 20 de agosto, o Governo anunciou que Portugal passaria de estado de calamidade para estado de contingência. Foram decididas menos restrições na restauração e nos recintos desportivos, bem como na lotação de lojas e de serviços públicos. Acabaram, por esta altura, os limites de lotação nos transportes públicos.

A partir de setembro, as visitas a residências de idosos passaram a ser feitas livremente, mediante a apresentação de certificado de vacinação ou de teste negativo à Covid-19 e do uso de máscara.

A 13 de setembro, o uso de máscara no exterior deixou de ser obrigatório. À data, Portugal ultrapassava o milhão de recuperados da Covid-19.

A 1 de outubro, as autoridades de saúde anunciaram que a intensidade da pandemia havia passado de moderada a reduzida, que o país passava da situação de contingência para situação de alerta e que começava a última fase de desconfinamento. Deu-se a reabertura de espaços de diversão noturna e na restauração e nos espetáculos acabaram os limites de lotação e de horários, sendo a obrigatoriedade de uso de máscara apenas para casos pontuais. A 9 de outubro, Portugal atingiu a meta de 85% da população com vacinação completa.

A 25 de novembro, a Europa atingiu os 1,5 milhões de mortes e vários países repuseram restrições para travar as contaminações, sendo noticiada a existência de uma nova variante do vírus, detetada na África do Sul, denominada Ómicron. Em Portugal, foi determinada a situação de calamidade, a partir de 1 de dezembro, levando a que o uso de máscara voltasse a ser obrigatório em todos os espaços fechados, fosse exigida a apresentação de teste negativo ou de certificado de vacinação em restaurantes, recintos desportivos, lares, estabelecimentos de saúde e em espaços de animação noturna e o teletrabalho voltasse a ser recomendado. O calendário escolar foi alterado e, após o Natal, as aulas recomeçam apenas a 10 de janeiro.

A 21 de dezembro, o Governo antecipou o encerramento de creches e de ateliês de tempos livres, de discotecas e de bares (já previstos pelo período de festas), proibiu os ajuntamentos na rua durante a passagem de ano e antecipou o início do período de teletrabalho obrigatório.

A 16 de janeiro de **2022**, Portugal já havia administrado 20 milhões de doses da vacina e estavam vacinadas 8,8 milhões de pessoas. A 19 de janeiro, Portugal ultrapassava os dois milhões de pessoas infetadas desde o início da pandemia e a 10 de fevereiro, ultrapassava os três milhões de casos de infeção. Haviam recuperado da doença 2,4 milhões de pessoas.

Um mês depois, a 16 de fevereiro, foi anunciado que o pico da quinta vaga da pandemia tinha sido atingido a 28 de janeiro e que Portugal se encontrava em fase descendente da vaga relacionada com a Ómicron, sendo as medidas restritivas aliviadas e o país passava para a situação de alerta.

Em dois anos, as infeções por Covid-19 causaram a morte de quase 21 mil pessoas em Portugal e mais de três milhões foram infetados. Neste espaço de tempo, foram administradas cerca de 22 milhões de vacinas, em quase nove milhões de portugueses. Durante estes anos, Portugal teve vários dias sem registar mortes devido à doença provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2, no entanto também chegou a atingir 300 óbitos num só dia. Portugal atravessou cinco vagas de pandemia e nunca mais teve, nos últimos dois anos, um único dia sem infeções por Covid-19.

A pandemia de Covid-19 teve efeitos consideráveis na vida das famílias. O impacto social do surto em Portugal foi multifacetado e teve repercussões nas diversas camadas sociais, embora de forma distinta, desde os aspetos económicos, sociais, relacionais e na dinâmica da própria família. Entre os mais afetados encontram-se aqueles cujos rendimentos diminuíram drasticamente, os que tiveram familiares que morreram e os que tiveram mais dificuldade em se adaptar no quotidiano às profundas alterações que a pandemia e as restrições a ela associadas trouxeram para as rotinas do seu dia-a-dia, quer no trabalho, quer na escola, quer na vida familiar, vivendo-as com ansiedade e *stress*.

1.2. Pandemia e saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) refere que o conceito de saúde é bem mais abrangente que a simples ausência de doença: é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, dessa forma, merece atenção em todos as suas vertentes.

É um facto por todos reconhecido que a pandemia de Covid-19 teve um forte impacto na saúde mental, tendo espalhado o medo não só a nível individual, mas também a nível social. Em poucas semanas o modo de vida das pessoas mudou radicalmente, não só pelo medo de contrair o vírus, mas pelas medidas de contenção que as sociedades adotaram, nomeadamente o confinamento e o distanciamento físico, social e afetivo (Brandstetter et al., 2022; Medrano et al., 2020). Toda a vida familiar e social ficou dependente das notícias sobre a pandemia o que levou a todas as pessoas serem sujeitas a níveis acrescidos de *stress*, provocados pela ansiedade e pelo medo de ser infetado ou de pessoas próximas contraírem um vírus de disseminação rápida, potencialmente fatal, e para o qual não há cura ou tratamento eficaz conhecido (Brandstetter et al., 2022).

A evidência científica revelou, logo no início da crise, sintomas de depressão, ansiedade e *stress* face à pandemia (Wang et al., 2020). Alguns casos de suicídio, potencialmente ligados às implicações psicológicas da Covid-19, também foram reportados em alguns países como a Coreia do Sul (Jung & Jun, 2020) e a Índia (Goyal et al., 2020). Não há dúvida que o bem-estar psicológico de muitas pessoas foi afetado (Asmundson & Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020).

As próprias medidas de contenção da pandemia que visavam a saúde física, constituíram-se fatores de risco para a saúde mental, dado o sofrimento psicológico experienciado pelas famílias provocado pelas medidas de confinamento e devido às mudanças nas rotinas e nas relações familiares (Brandstetter et al., 2022; Cluver et al., 2020; Ornell et al., 2022), como é o caso do afastamento de pessoas afetivamente muito próximas, como os pais e os avós. O facto de as escolas estarem fechadas aumentou o risco de problemas ao nível da aprendizagem para crianças e jovens, bem como ao nível do acesso à alimentação, especialmente em comunidades mais vulneráveis (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2020;

Medrano et al., 2020). O facto de os pais estarem a trabalhar a partir de casa (teletrabalho) ou mesmo impossibilitados de trabalhar, sem previsão sobre o tempo de duração dessa situação, pode levar a uma redução da capacidade de tolerância, aumentando o risco de violência contra crianças e adolescentes (Cluver et al. 2020), de abuso infantil (Moreno et al., 2020) e, também, um maior risco de violência contra as mulheres, por estarem confinadas com os seus agressores (Moreno et al., 2020; Oliveira, 2020; Owen, 2020).

Alguns estudos (Haider et al., 2020; Hooper et al., 2020; Puccinelli et al., 2021) identificaram impactos na saúde mental mesmo em pessoas que não tinham tido contacto direto com casos Covid-19, nomeadamente em pessoas mais velhas e vulneráveis. Foram identificados sintomas de irritabilidade, medo de contrair e de propagar a doença, frustração, confusão, desespero (Brooks et al., 2020; Liu et al., 2012), dormência (Serafini et al., 2020), exaustão emocional (Maunder et al., 2003), sentimentos de *stress* e de raiva (Li et al., 2020; Qiu et al., 2020), histeria, angústia e perda de controlo (Maunder et al., 2003). Um outro efeito que tem sido identificado é um aumento da vigilância em relação à limpeza e à higiene que, associado ao medo de contrair a doença, pode conduzir a níveis de ansiedade mais elevados do que o habitual (Haider et al., 2020).

Uma recente meta-análise quantitativa, de estudos elegíveis (985 artigos identificados, 28 estudos empíricos), levada a cabo no Canadá (Bussières et al., 2021), explorou os impactos da Pandemia de Covid-19 na saúde mental das crianças entre os 5 e os 13 anos e sugere que a saúde mental das crianças foi afetada negativamente durante a pandemia de Covid-19, mas que o impacto foi de fraca magnitude, quer em termos de sintomas de internalização (ansiedade e depressão), quer em termos de externalização (problemas de conduta, hiperatividade). Contudo, outras recentes revisões de estudos (Berger et al., 2021; Panda et al., 2021) concluíram que o confinamento associado à pandemia Covid-19 teve um impacto negativo na saúde mental das crianças. Uma outra meta-análise (Racine et al., 2021) observou sintomas de ansiedade (20,5%) e de depressão (25,2%) em crianças e em adolescentes duas vezes superior ao esperado em período pré-pandémico. Mas um importante dado desta meta-análise é que os estudos em que os efeitos sobre a saúde mental são obtidos com medidas de auto reporte, pelas próprias crianças, os efeitos são maiores do que em estudos em que os dados são obtidos pelos pais.

Podemos concluir que, quer a pandemia, quer as medidas de confinamento trouxeram consequências psicológicas importantes, com grande impacto na saúde mental e no bem-estar da população em geral. Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela doença em si (Kontoangelos et al., 2020).

Adicionalmente, com o decorrer da evolução e da manutenção da pandemia, bem como das medidas de segurança correspondentes, poderá assistir-se a uma maior adaptação de algumas pessoas e famílias a esta nova realidade, tornando-se natural viver num contexto em que as medidas de contingência, o trabalho a distância e as constantes alterações de rotina são o "novo normal". Todavia, o constante investimento e esforços para manter a vida familiar durante todo o período da pandemia podem ser esgotantes, resultando em mais preocupação e níveis mais elevados de *stress*, colocando em risco o bem-estar das famílias e dos seus elementos (Brandstetter et al., 2022).

Foi neste contexto pandémico e social que a equipa de investigação do IAC delineou o estudo "O que pensam e o que sentem as famílias em isolamento social" (Salvaterra & Chora, 2020) cujo objetivo geral foi compreender quais os recursos das crianças e das suas famílias para lidar com a crise e de que forma mantinham a sua saúde mental. Esse estudo decorreu em duas fases: a 1.ª fase, cuja recolha de dados se realizou entre os dias 15 abril e 10 de maio de 2020 em que o teletrabalho era obrigatório e as crianças de todos os níveis de ensino estavam em casa, e a 2.ª fase, de recolha entre 14 de dezembro de 2021 e 14 de fevereiro de 2022, numa altura em que 85% da população tinha a vacinação completa, as crianças já tinham retomado as aulas presenciais e o teletrabalho já não era obrigatório, apenas recomendado.

Pretendemos, com este estudo, explorar o comportamento parental e o comportamento das crianças e perceber a relação entre a atitude e os sentimentos dos pais e a dos filhos. E ainda compreender o impacto que o contexto social pandémico teve naquilo que pensam e sentem as famílias.

2. Método

2.1. Participantes

Participaram neste estudo 269 famílias portuguesas com filhos entre os 4 e os 20 anos. Os pais ou cuidadores tinham idades compreendidas entre os 25 e os 76 anos (*M* = 41,30; *DP* = 6,66).

A idade dos filhos variava entre os 4 e os 20 anos (*M* = 9,01; *DP* = 3,70), 129 crianças (48%) eram do sexo masculino e 140 (52%) do sexo feminino. Frequentavam desde o pré-escolar até ao 3.º ano do ensino superior.

Em média, cada agregado familiar tinha 4,38 pessoas (*DP* = 1,22), das quais 2,32 eram crianças (*DP* = 1,17).

Foi referido por 67 participantes (24,9%) terem sido pais, novamente, durante a pandemia.

A maioria das famílias tinha, pelo menos, uma criança a frequentar o jardim-de-infância ou a escola (*n* = 238; 88,5%) e, aproximadamente, em metade das famílias, pelo menos, uma das crianças já tinha ficado em isolamento profilático desde o início do ano letivo (*n* = 139; 51,7%).

No que diz respeito à criança sobre a qual o cuidador responde ao questionário, foi referido por 109 pais/cuidadores (40,5%) que a mesma já se tinha encontrado em isolamento profilático desde o início do ano letivo.

Alguns dos participantes (*n* = 88; 32,7%) tinham já participado na primeira fase do estudo[1].

Na tabela 1 são apresentados outros dados sociodemográficos dos pais/cuidadores.

[1] A primeira fase do estudo decorreu entre abril e maio de 2020.

Tabela 1.
Características Sociodemográficas dos Pais/Cuidadores

			n	%
Parentesco	Mãe		216	80,3
	Pai		49	18,2
	Avó		4	1,5
Habilitações Literárias	1.º Ciclo do Ensino Básico		2	0,7
	2.º Ciclo do Ensino Básico		7	2,6
	3.º Ciclo do Ensino Básico		13	4,8
	Ensino Secundário		68	25,3
	Bacharelato		11	4,1
	Licenciatura		128	47,6
	Mestrado		32	11,9
	Doutoramento		8	3,0
Profissão	Forças Armadas		4	1,5
	Representantes, Dirigentes, Diretores e Gestores		9	3,3
	Especialistas de Atividades Intelectuais e Científicas		136	50,6
	Técnicos e Profissões de Nível Intermédio		20	7,4
	Pessoal Administrativo		22	8,2
	Serviços Pessoais, Proteção e Segurança e Vendedores		45	16,7
	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices		1	0,4
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem		4	1,5
	Trabalhadores Não Qualificados		11	4,1
	Profissionais Liberais		1	0,4
	Trabalhadores da Função Pública		4	1,5
	Desempregados		8	3,0
	Reformados		2	0,7
	Não respondeu		2	0,7
Manutenção do exercício da atividade profissional	Sim	Teletrabalho	33	12,3
		Trabalho presencial	133	49,4
		Regime misto	61	22,7
	Não		42	15,6
Mudança de emprego durante a pandemia	Sim	Por dispensa ou não renovação do contrato	17	6,4
		Por nova oportunidade de maior interesse	16	5,9
		Por questões pessoais ou por opção própria	14	5,2
	Não		222	82,5
Tipo de habitação	Apartamento		165	61,3
	Moradia		104	38,7
Espaço exterior na habitação	Varanda		85	31,6
	Terraço		20	7,4
	Jardim/Quintal		104	38,7
	Outro		3	1,1
	Nenhum		57	21,2
Posição da criança na fratria	1.º Filho/a		170	63,2
	2.º Filho/a		54	20,2
	3.º Filho/a		31	11,5
	4.º Filho/a		9	3,3
	5.º Filho/a		2	0,7
	7.º Filho/a		2	0,7
	10.º Filho/a		1	0,4

A segunda parte do questionário, que era dirigida aos filhos/netos, foi respondida por 140 crianças/jovens, entre os 7 e os 20 anos[2], com uma média de idades de 11,62 anos (DP = 3,11) que frequentavam níveis de escolaridade entre o 1.º ano do Ensino Básico e o 3.º ano do Ensino Superior. Participaram no estudo 72 raparigas (51,4%) e 68 rapazes (48,6%).

Na tabela 2 são apresentados os dados sociodemográficos das crianças.

Tabela 2.
Características Sociodemográficas das Crianças que Responderam ao Questionário

		Rapazes (*n* = 68; 48,6%)		Raparigas (*n* = 72; 51,4%)		X^2
		n	**%**	***n***	**%**	
Escolaridade	1.º Ano	-	-	1	1,4	8,747
	2.º Ano	2	2,9	-	-	
	3.º Ano	20	29,4	16	22,2	
	4.º Ano	6	8,8	6	8,3	
	5.º Ano	6	8,8	6	8,3	
	6.º Ano	7	10,3	5	6,9	
	7.º Ano	3	4,4	5	6,9	
	8.º Ano	12	17,6	11	15,3	
	9.º Ano	4	5,9	8	11,1	
	10.º Ano	3	4,4	3	4,2	
	11.º Ano	2	2,9	4	5,6	
	12.º Ano	2	2,9	3	4,2	
	1.º Ano Ensino Superior	-	-	1	1,4	
	2.º Ano Ensino Superior	1	1,5	2	2,8	
	3.º Ano Ensino Superior	-	-	1	1,4	
		M	***DP***	***M***	***DP***	***t***
Idade (em anos)		11,22	2,90	12,00	3,27	1,489

Nota: Os valores dos testes não são estatisticamente significativos; $p > 0,05$.

[2] Apesar do questionário estar formulado para o preenchimento a partir dos 8 anos, uma criança de 7 anos respondeu ao mesmo. Por se aproximar do limite mínimo de idade de participação (8 anos) foi incluída nas análises.

2.2. Medidas

Foram usadas as seguintes medidas:

- Questionário "O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social" (Salvaterra & Chora, 2020; Salvaterra, Chora, & Amaral, 2021);

- Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004);

- Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R) – "O Que Eu Penso e o Que Eu Sinto" (Reynolds & Richmond, 1985; adaptação portuguesa de Fonseca, 1992).

2.2.1. *Questionário "O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social"*

O questionário sobre "O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social" (Salvaterra & Chora, 2020; Salvaterra, Chora, & Amaral, 2021) foi construído especialmente para este estudo, tendo sofrido algumas adaptações para esta segunda fase do estudo, de modo a acompanhar a evolução da situação pandémica. É constituído por duas partes: a primeira a ser respondida pela mãe/pai ou cuidador e a segunda parte a ser respondida pela criança.

Na primeira parte, para além dos dados sociodemográficos que reuniram informação sobre os pais/cuidadores (*e.g.*, idade, habilitações literárias, profissão, manutenção da atividade profissional), sobre as crianças (*e.g.*, idade, sexo, escolaridade, posição na fratria) e sobre o agregado familiar (*e.g.*, número de pessoas e de crianças no agregado, se foi mãe/pai novamente, tipo de habitação, existência de espaço exterior), questionámos também os pais/cuidadores se a(s) criança(s) do agregado estiveram em isolamento profilático, desde o início do ano letivo; acerca da sua perceção de como as crianças se têm sentido, desde o início da pandemia; a mudança e o regresso às rotinas; qual a sua perspetiva sobre a pan-

demia e o futuro, bem como a perceção que têm da opinião da criança sobre este aspeto; e quais os aspetos positivos e negativos que as mudanças em função da pandemia trouxeram para a dinâmica familiar. Havia, ainda, uma questão acerca da relação com os avós e outra sobre a existência de familiares ou alguém próximo da família que tivesse contraído ou falecido com o vírus.

Na segunda parte, foi pedido às crianças que identificassem o modo como se sentem desde o início da pandemia; o que fazem e no que pensam para se sentirem melhor quando se sentem tristes, aborrecidas ou nervosas; de que forma têm ocupado o seu tempo; quais os aspetos positivos e negativos que as mudanças em função da pandemia trouxeram para a dinâmica familiar; qual a sua perspetiva sobre a pandemia e o futuro; o que mais as preocupa; e se têm conhecimento da existência da linha SOS-Criança.

Algumas das questões são de escolha múltipla, outras de resposta aberta.

2.2.2. *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21*

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) pretende avaliar a existência de sintomas de ansiedade, depressão e *stress* em adultos.

A escala é constituída por 21 itens, divididos por três dimensões: Ansiedade (*e.g.*, "*Senti a boca seca*"), Depressão (*e.g.*, "*Senti-me desanimado e melancólico*") e *Stress* (*e.g.*, "*Tive dificuldades em me acalmar*"). Cada item corresponde a uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, sendo pedido ao indivíduo que responda através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (0 = *Não se aplicou nada a mim*; 1 = *Aplicou-se a mim algumas vezes*; 2 = *Aplicou-se a mim muitas vezes*; e 3 = *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), quanto cada afirmação se aplicou a si, na semana anterior à do preenchimento da escala.

A cotação da escala resulta da soma das pontuações obtidas nos itens que compõem as dimensões, sendo possível identificar cinco níveis de severidade: normal, leve, moderado, severo e muito severo (Lovibond & Lovibond, 1995). Quanto mais elevada a pontuação, maior a severidade dos sintomas.

A EADS-21 apresenta boas propriedades psicométricas, revelando os seguintes valores para o alfa de *Cronbach*: α = 0,85 para a dimensão Depressão; α = 0,74 para a dimensão Ansiedade; e α = 0,81 para a dimensão *Stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, o coeficiente de consistência interna foi elevado nas três dimensões: α = 0,89 para a dimensão Depressão; α = 0,82 para a dimensão Ansiedade; e α = 0,91 para a dimensão *Stress*.

2.2.3. *Escala "O Que Eu Penso e o Que Eu Sinto" – CMAS-R*

A Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças "O Que Eu Penso e o Que Eu Sinto" (CMAS-R; Reynolds & Richmond, 1985; adaptação portuguesa de Fonseca, 1992) é usada para avaliar a ansiedade nas crianças, entre os 8 e os 18 anos. É constituída por 37 itens, dos quais 28 estão relacionados com vários aspetos da ansiedade-traço (*e.g.*, "*Tenho medo de muitas coisas*", "*Sou nervoso/a*", "*Tenho frequentemente dificuldades em respirar*") e nove estão relacionados com a desejabilidade social ou mentira (*e.g.*, "*Nunca me irrito*", "*Digo sempre a verdade*". Estes itens não são incluídos na cotação do instrumento, pelo que a pontuação geral de ansiedade é obtida, apenas, pelos 28 itens de ansiedade-traço) (Dias & Gonçalves, 1999; Fonseca, 1992). Os 37 itens são de resposta dicotómica (0 = *Não*; 1 = *Sim*) e a cotação do instrumento resulta da soma da pontuação em cada item. Valores mais elevados são indicadores da presença de mais sintomas de ansiedade.

Este instrumento tem sido muito utilizado em estudos sobre ansiedade e aprendizagem, sucesso e insucesso escolar, depressão, entre outros, apresentando uma boa consistência interna. Segundo a investigação realizada por Fonseca (1992), a prova mostra boas características psicométricas, quer quanto à consistência interna (alfa de *Cronbach* de α = 0,78) e à fidelidade teste-reteste, como também quanto à validade concorrente e discriminante.

No presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi elevado para a escala total (α = 0,81) e para o fator Ansiedade (α = 0,90). A subescala Desejabilidade Social/Mentira revelou uma boa consistência interna (α = 0,77).

2.3. Procedimento

O questionário foi elaborado em *Google Forms*, estando disponível para preenchimento *online*, através dessa mesma plataforma, entre os dias 14 de dezembro de 2021 e 14 de fevereiro de 2022.

Foi constituído pelo questionário «O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social», pela EADS-21 e pela CMAS-R, consistindo em duas partes. A primeira destinava-se às famílias com crianças a partir dos 4 anos, sendo preenchida pelos pais/cuidadores e relativamente a uma das crianças do agregado familiar. Quando a criança-alvo tinha 8 anos ou mais, solicitava-se a sua participação na resposta à segunda parte do questionário.

Nesta segunda fase da investigação não limitámos a idade da criança aos 18 anos, para que as famílias que tivessem participado na primeira fase, entre abril e maio de 2020, e cujos filhos estavam quase a atingir ou já tinham os 18 anos, pudessem participar novamente no estudo.

Todos os participantes (pais/cuidadores e crianças) deram o seu consentimento informado.

Trata-se de uma amostra por conveniência, uma vez que o questionário foi divulgado através da lista de contactos e das redes sociais do IAC e preenchido *online*, por qualquer família que a ele tivesse acesso. Este método de recolha de dados tem sido utilizado em diversos estudos e demonstra ser fiável e válido, devido à abrangência de participantes e à flexibilidade na realização das tarefas propostas, sendo os seus resultados de qualidade e consistentes com os resultados de estudos cuja recolha de dados é presencial (*e.g.*, Dundurand et al., 2008; Germine et al., 2012). É um método bastante útil, especialmente por evitar o contacto direto entre o investigador e o participante, que, à data da recolha de dados, era recomendável face à evolução da pandemia.

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao *software* informático *Microsoft Office Excel* e ao *package* estatístico SPSS (versão 28.0).

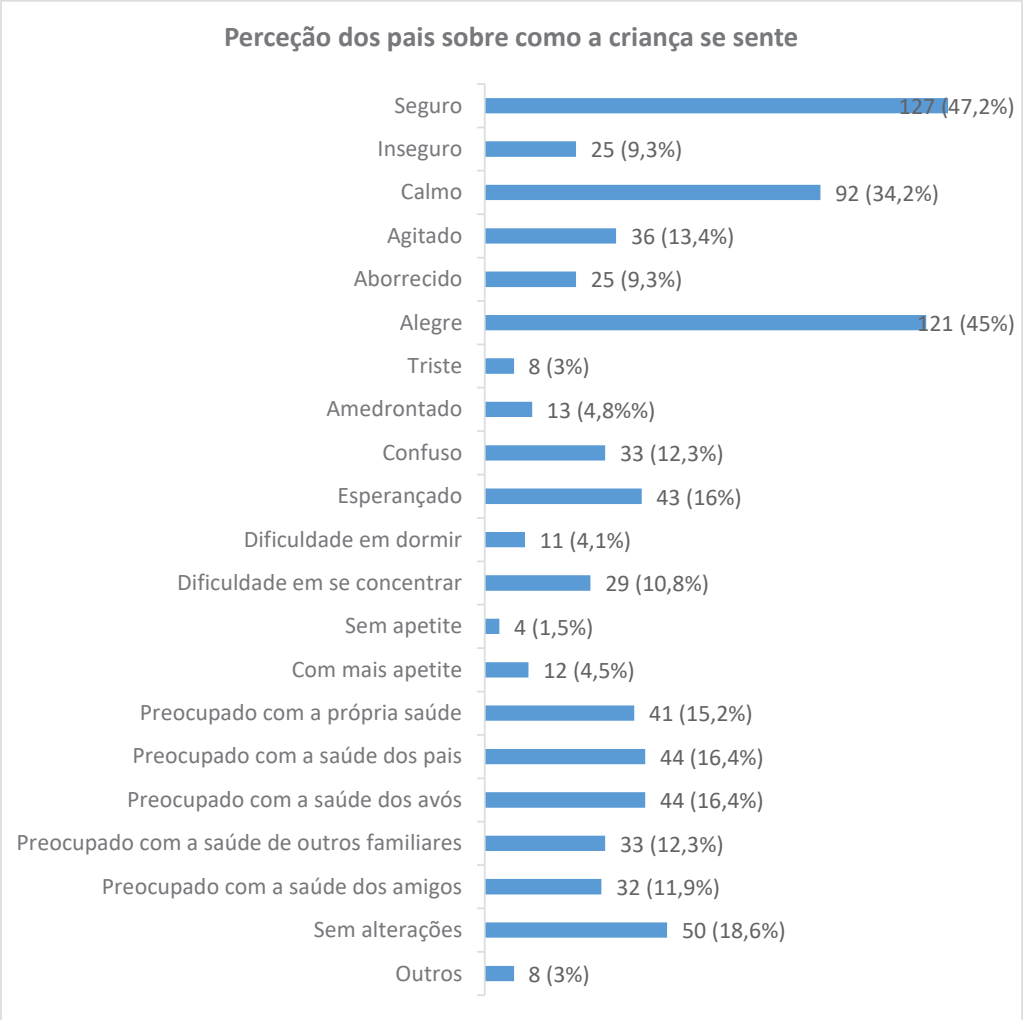
3. Resultados

3.1. O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social – Parte I: Pais/Cuidadores

A perceção que os pais/cuidadores têm do estado emocional das crianças, desde que estas regressaram ao ensino presencial e desde que as medidas de restrição começaram a ser levantadas, é, na sua maioria, de que as crianças se sentem seguras (*n* = 127; 47,2%), alegres (*n* = 121; 45%) e calmas (*n* = 92; 34,2%). Segundo os pais, apenas quatro crianças (1,5%) evidenciam falta de apetite, oito crianças (3%) estão tristes e 11 (4,1%) têm dificuldades em dormir (gráfico 1).

A categoria "Outros" refere-se a respostas adicionais, como, por exemplo, irritação com as aulas *online*, instabilidade emocional e felicidade por regressar ao convívio social.

Gráfico 1.
Perceção dos Pais/Cuidadores Sobre Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição



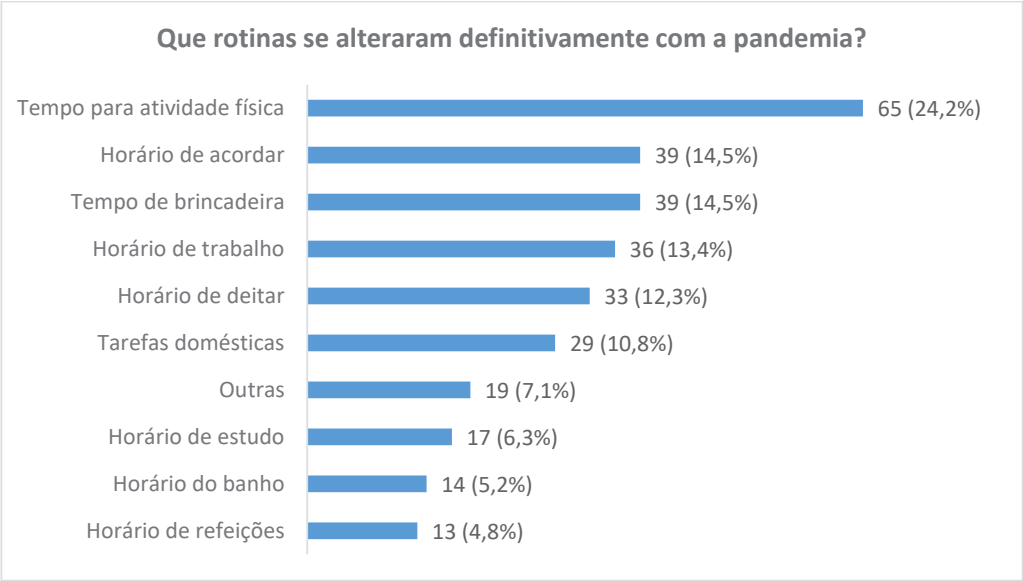
Quando questionadas sobre se, **desde que a criança regressou ao ensino presencial e desde que as medidas de restrição começaram a ser levantadas, a família retomou as rotinas diárias que tinha antes da**

pandemia, as respostas dividem-se entre as famílias que responderam que sim (*n* = 128; 47,6%) e as famílias que referiram ter retomado apenas algumas rotinas (*n* = 125; 46,5%) e, por fim, as que mencionaram não ter retomado as rotinas diárias (*n* = 16; 5,9%).

Em seguida, solicitou-se aos participantes que mencionassem **quais as rotinas que se tinham alterado definitivamente, em função da pandemia**, sendo que as que receberam maior destaque foi o tempo para atividade física (*n* = 65; 24,2%), o horário de acordar (*n* = 39; 14,5%) e o tempo de brincadeira (*n* = 39; 14,5%) (gráfico 2).

A categoria "Outras" remete para os casos das famílias que referiram alterações ao nível das atividades sociais com a família ou com os amigos (*n* = 9; 3,3%), da adoção de medidas preventivas e de autoproteção (*n* = 6; 2,2%) e da realização de atividades desportivas ou extracurriculares (*n* = 4; 1,5%).

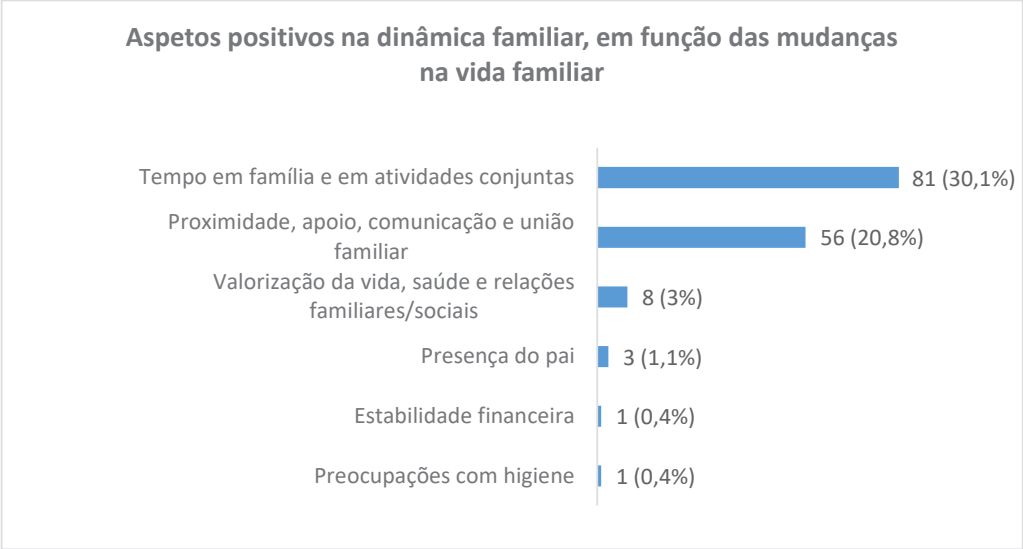
Gráfico 2.
Alteração Definitiva de Rotinas em Função da Pandemia



Às famílias perguntou-se se consideravam que **as mudanças na vida familiar, como consequência da pandemia, tinham trazido aspetos positivos para a dinâmica familiar**, a que a maioria dos participantes (*n* = 153; 56,9%) respondeu afirmativamente.

O **aspeto positivo** reportado e que obteve maior consenso foi o facto de passarem mais tempo em família e a realizarem atividades conjuntas (*n* = 81; 30,1%). No gráfico 3 encontram-se as respostas mencionadas.

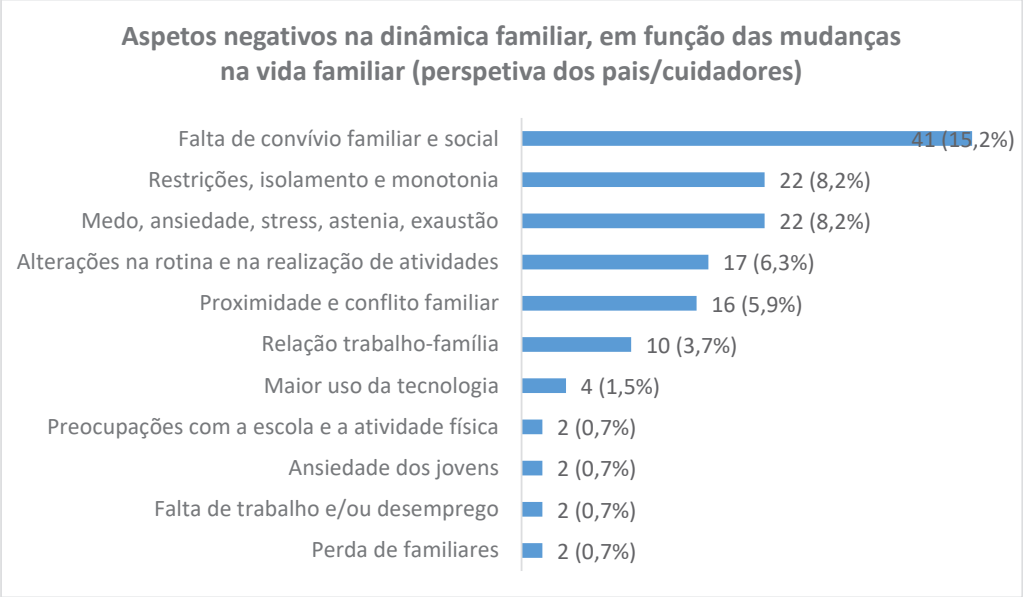
Gráfico 3.
Aspetos Positivos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva dos Pais/Cuidadores



Questionou-se se consideravam que **as mudanças na vida familiar, como consequência da pandemia, tinham trazido aspetos negativos para a dinâmica familiar**, a que a maioria (*n* = 142; 52,8%) respondeu afirmativamente.

O **aspeto negativo** mais mencionado foi a falta de convívio familiar e social (*n* = 41; 15,2%). As restantes respostas encontram-se no gráfico 4.

Gráfico 4.
Aspetos Negativos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva dos Pais/Cuidadores



No que diz respeito **à pandemia e ao futuro**, a maioria dos adultos respondeu estar otimista (*n* = 147; 54,6%), seguindo-se aqueles que não estão otimistas, nem pessimistas (*n* = 111; 41,3%) e por último os que estão pessimistas (n = 11; 4,1%).

As respostas dos pais sobre **o que consideravam ser a perspetiva dos filhos face à pandemia e ao futuro**, vão no mesmo sentido: 159 pais (59,1%) referem que os filhos estão otimistas, 100 pais (37,2%) mencionam que os filhos não estão otimistas, nem pessimistas e para 10 pais os filhos estão pessimistas (3,7%).

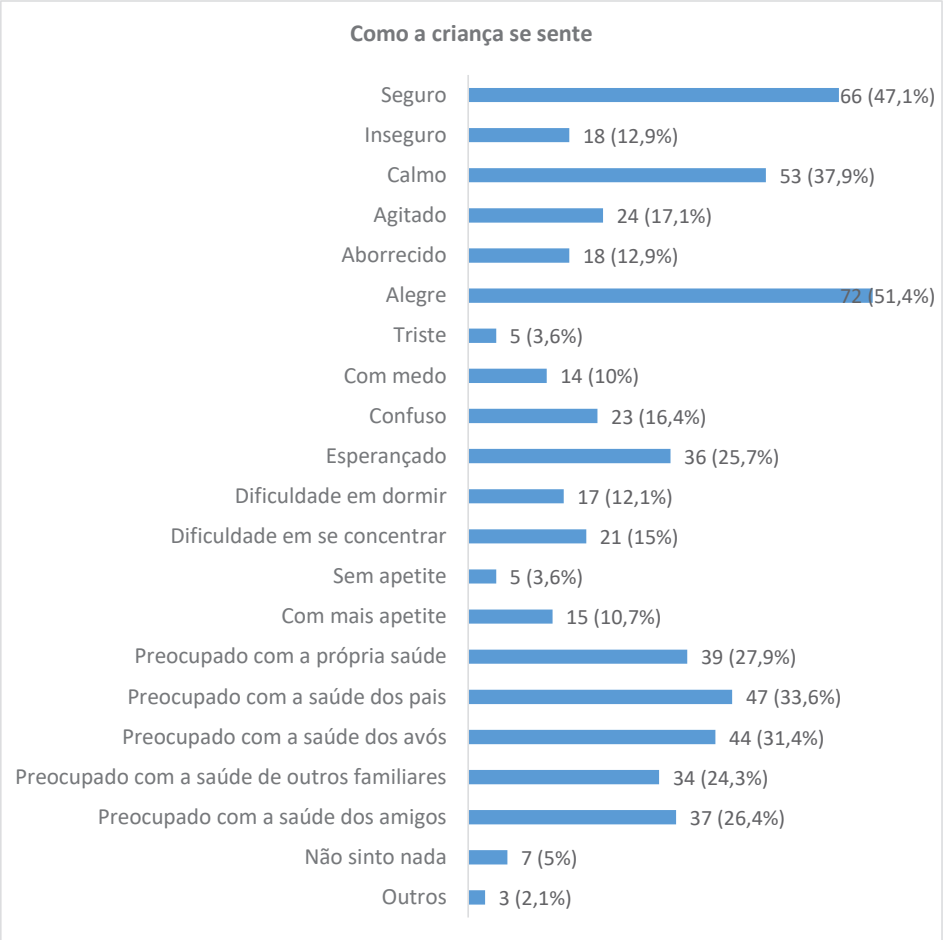
3.2. O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social – Parte II: Crianças

A segunda parte do questionário, dirigida às crianças, inicia-se com a questão "**Como te tens sentido desde que voltaste à escola presencialmente e desde que as medidas de restrição começaram a ser levantadas?**". A maioria das

crianças mencionou estar alegre (*n* = 72; 51,4%), segura (*n* = 66; 47,1%) e calma (*n* = 53; 37,9%). Apenas cinco crianças (3,6%) referiram estar tristes, outras cinco (3,6%) mencionaram a falta de apetite e sete crianças (5%) respondem não sentir nada.

Na categoria "Outros", as crianças deram as seguintes respostas "*Nada de especial*", "*Sinto-me mais fechada*" e "*Gosto de estar com os meus amigos e sinto-me bem, mas preferia as aulas em telescola*".

Gráfico 5.
Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição



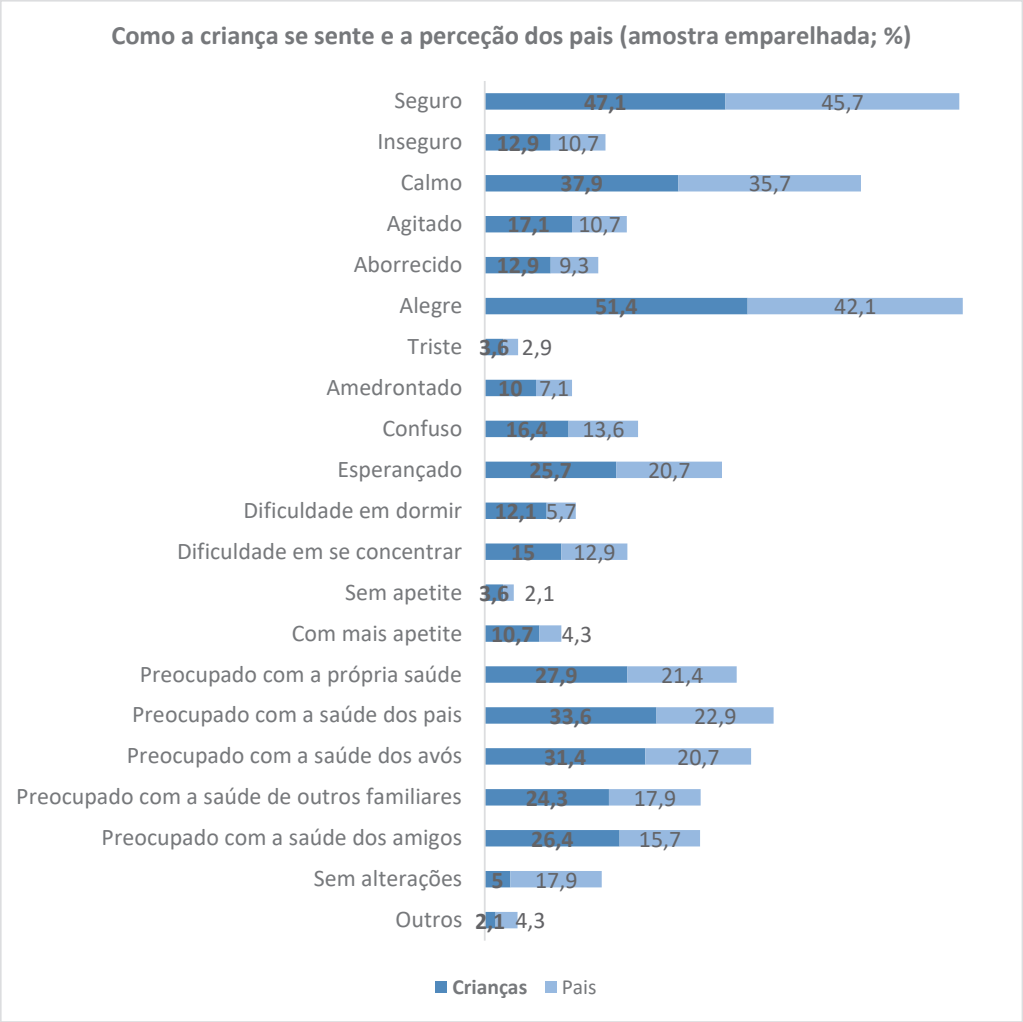
Analisando conjuntamente os dados emparelhados de pais/cuidadores e das crianças ($n_{pares\ pais\text{-}filhos}$ = 140), relativamente a esta questão, podemos verificar que as respostas mais mencionadas pelos adultos e pelas crianças são alegre, seguro e calmo.

Por outro lado, as crianças revelam mais preocupações com a saúde (valores aproximados entre os 24% e os 34%) do que aquilo que os pais percecionam (valores aproximados entre os 16% e os 23%).

Em quase todas as dimensões, as crianças revelam sentir-se pior do que aquilo que os adultos percecionam (por exemplo, estão mais inseguras, agitadas, aborrecidas, amedrontadas, confusas, com dificuldades em dormir e em se concentrar ou com mais apetite). Por outro lado, estão mais esperançadas do que os pais consideram.

Também existem mais adultos a considerar que as crianças não apresentam alterações do que aquilo que elas próprias identificam (gráfico 6).

Gráfico 6.
Como a Criança se Sente Desde o Regresso ao Ensino Presencial e Desde o Levantamento das Medidas de Restrição e a Perceção dos Pais (Amostra Emparelhada Pais-Filhos)



Procurámos, em seguida, analisar os pares pais-filhos no que diz respeito a esta questão. Verificou-se que, dos 140 pares pais-filhos, a maioria das respostas coincide, ou seja, os pais identificaram corretamente como a criança se sente. Por

exemplo, na variável "Seguro", 108 pais deram a mesma resposta que os seus filhos. Por outro lado, e para a mesma variável, 15 pais assinalaram que a criança se sentia segura, quando a mesma não se caracterizou como tal. O cenário inverso também ocorreu, com 17 crianças a referirem sentirem-se seguras, enquanto os pais não as percecionavam dessa forma (tabela 3).

Para analisar se as diferenças entre as respostas de pais e de filhos eram estatisticamente significativas, utilizou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon* (*Z*) (α= 0,05) (tabela 3).

Tabela 3.
Diferenças Entre a Perceção dos Pais/Cuidadores e Como a Criança se Sente

Como a Criança se Sente	Pares Pais-Filhos concordantes (*n*)	Pares Pais-Filhos discordantes		*Z*
		Apenas os pais assinalaram a variável (*n*)	Apenas as crianças assinalaram a variável (*n*)	
Seguro	108	15	17	-0,354
Inseguro	125	6	9	-0,775
Calmo	107	15	18	-0,522
Agitado	117	7	16	-1,877
Aborrecido	117	9	14	-1,043
Alegre	99	14	27	-2,030*
Triste	135	2	3	-0,447
Amedrontado	128	4	8	-1,155
Confuso	120	8	12	-0,894
Esperançado	105	14	21	-1,183
Dificuldade em dormir	129	1	10	-2,714**
Dificuldade em se concentrar	125	6	9	-0,775
Sem apetite	134	2	4	-0,816
Com mais apetite	125	3	12	-2,324*
Preocupado com a própria saúde	105	13	22	-1,521
Preocupado com a saúde dos pais	101	12	27	-2,402*
Preocupado com a saúde dos avós	107	9	24	-2,611**
Preocupado com a saúde de outros familiares	113	9	18	-1,732
Preocupado com a saúde dos amigos	113	6	21	-2,887**
Sem alterações	112	23	5	-3,402**

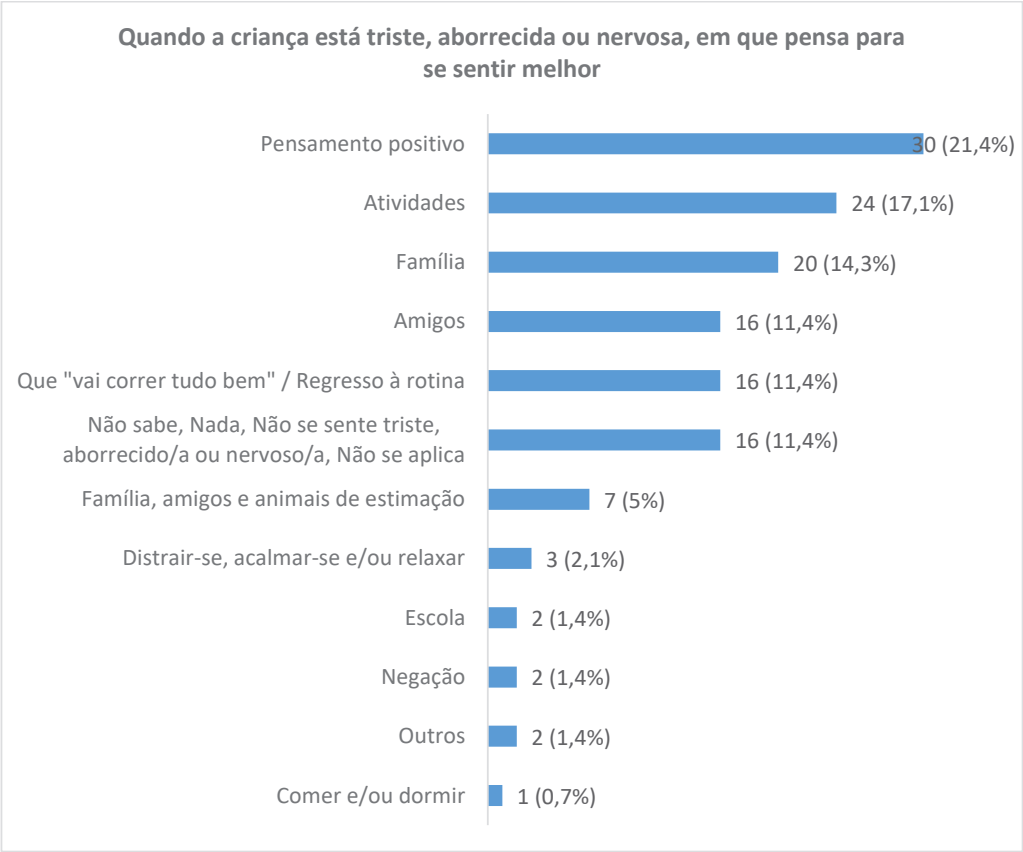
Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Pares Pais-Filhos concordantes: ambos assinalaram a variável.

Foram encontradas diferenças nas variáveis "Alegre" (Z = -2,030; p = 0,042), "Dificuldade em dormir" (Z = -2,714; p = 0,007), "Com mais apetite" (Z = -2,324; p = 0,020), "Preocupado com a saúde dos pais" (Z = -2,402; p = 0,016), "Preocupado com a saúde dos avós" (Z = -2,611; p = 0,009) e "Preocupado com a saúde dos amigos" (Z = -2,887; p = 0,004), que foram maioritariamente selecionadas pelas crianças. A variável "Sem alterações/Não sinto nada" também apresentou diferenças estatisticamente significativas (Z = -3,402; p = 0,001), com mais pais a reportarem que os seus filhos não apresentavam alterações face ao contexto de pandemia (tabela 3).

Relativamente à questão sobre **o que a criança pensa para se sentir melhor quando está triste, aborrecida ou nervosa**, a maioria (n = 30; 21,4%) indicou pensar em coisas boas ou ter pensamentos positivos (*e.g.*, "*Penso nas minhas coisas boas*", "*Penso em super-heróis*", "*Penso nas coisas que mais gosto*"), seguindo-se as que referiram pensar em atividades da sua preferência (n = 24; 17,1%) (*e.g.*, "*Cantar*", "*Estou viajando*", "*Penso em brincar*") e as que pensam na família (n = 20; 14,3%). As respostas fornecidas pelas crianças encontram-se no gráfico 7.

Na categoria "Outros", as crianças deram respostas que não se enquadraram em nenhuma das outras categorias (*e.g.*, "*Penso que se tivesse uma casa maior para eu brincar à vontade*", "*Na minha vida*").

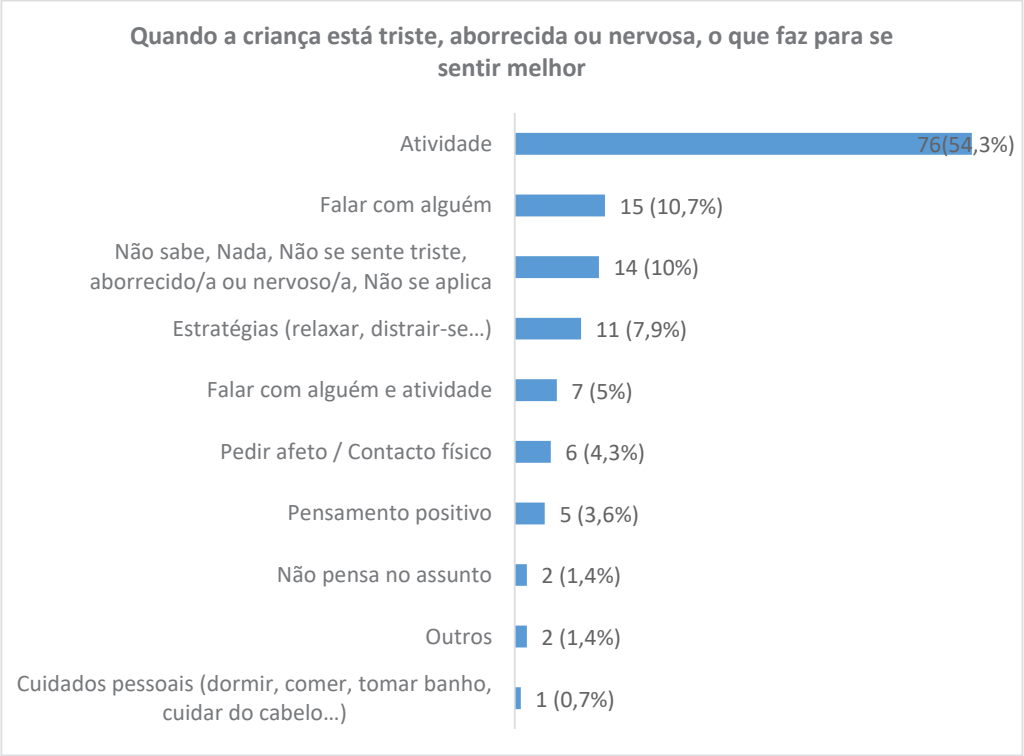
Gráfico 7.
O Que a Criança Pensa Quando se Sente Triste, Aborrecida ou Nervosa



Após esta questão, pediu-se que partilhassem **aquilo que faziam para se sentirem melhor**, sendo referido por 76 crianças (54,3%) que se envolviam numa atividade (*e.g.*, "*Ouço música*", "*Leio*", "*Brincar, jogar*"), 15 crianças (10,7%) falavam com alguém (*e.g.*, "*Telefono a amigos*", "*Falo com a minha mãe*", "*Falo online*") e 11 crianças (7,9%) mencionaram utilizar diversas estratégias (*e.g.*, "*Respiro fundo*", "*Tento distrair*", "*Acalmo-me*"). No gráfico 8 podem ser analisadas as respostas das crianças.

Na categoria "Outros", as crianças deram respostas que não se enquadraram em nenhuma das outras categorias (*e.g.*, "*Penso no que os meus pais já fizeram por mim e lembro-me que é para o meu bem, mas continuo aborrecido*", "*Resmungo*").

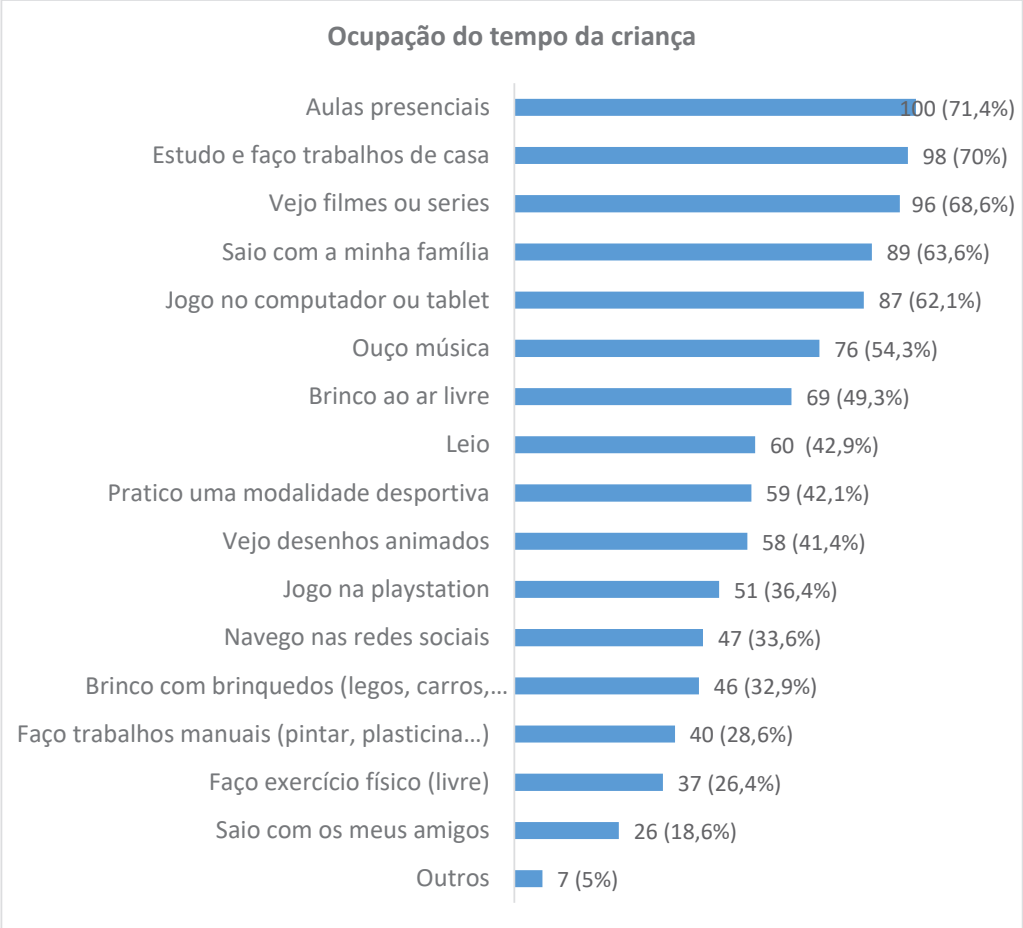
Gráfico 8.
O Que a Criança Faz Quando se Sente Triste, Aborrecida ou Nervosa



Sobre a **forma como as crianças têm ocupado o seu tempo**, as respostas mais mencionadas foram aulas presenciais (*n* = 100; 71,4%), estudar e fazer trabalhos de casa (*n* = 98; 70%) e ver filmes ou séries (*n* = 96; 68,6%) (gráfico 9).

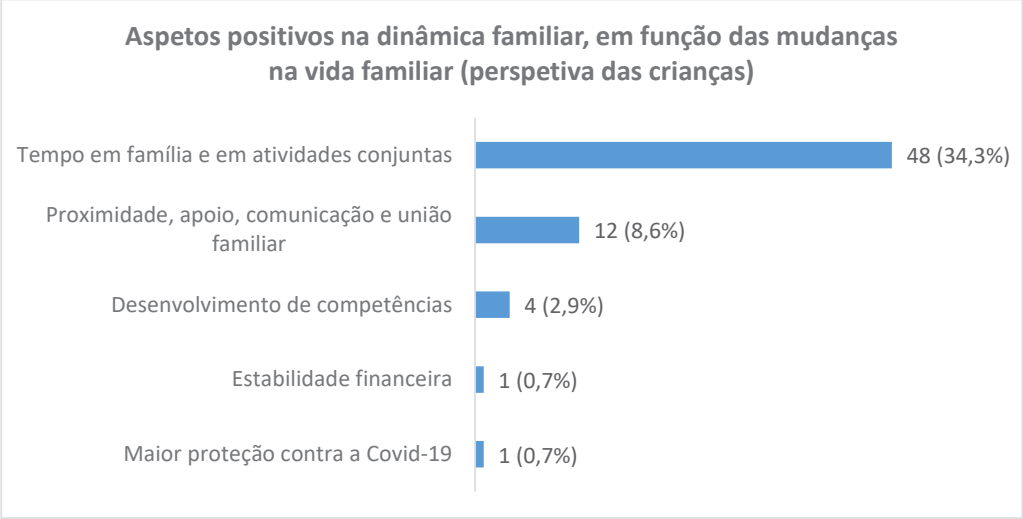
A categoria "Outros" remete para atividades como jogar jogos de tabuleiro em família, passear os animais de estimação, ajudar nas tarefas de casa ou tocar um instrumento.

Gráfico 9.
Como as Crianças Têm Ocupado o Tempo



Tal como solicitado aos pais, também às crianças se perguntou se **as mudanças na vida familiar, como consequência da pandemia, tinham trazido aspetos positivos para a dinâmica familiar**. Os resultados dividem-se, 71 crianças (50,7%) responderam que não e 69 crianças (49,3%) referiram que a pandemia trouxe **aspetos positivos**, nomeadamente, o facto de passarem mais tempo em família e de realizarem atividades conjuntas (*n* = 48; 34,3%). No gráfico 10 encontram-se as respostas mencionadas.

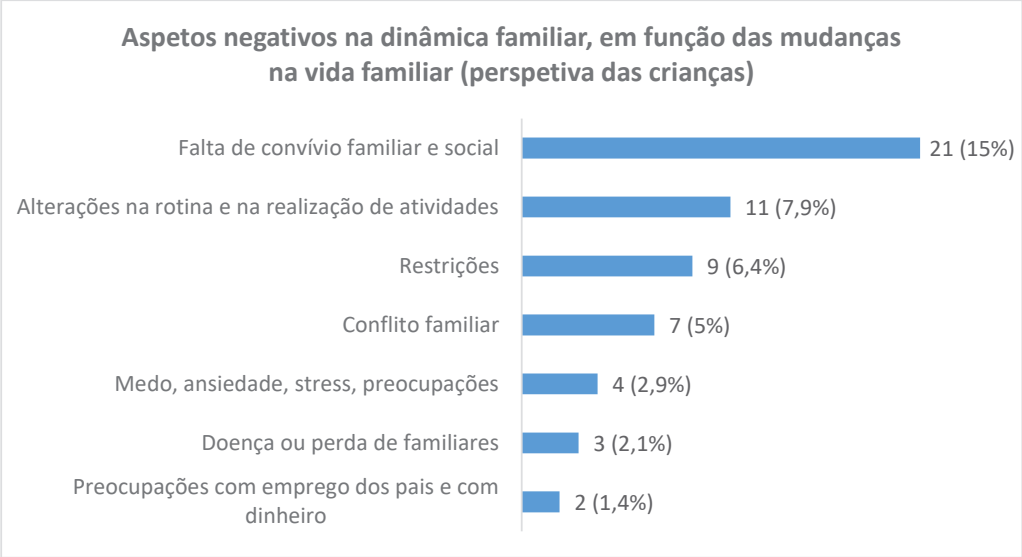
Gráfico 10.
Aspetos Positivos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva das Crianças



Questionou-se, em seguida, se consideravam que **as mudanças na vida familiar, como consequência da pandemia, tinham trazido aspetos negativos para a dinâmica familiar**, a que a maioria (*n* = 84; 60%) respondeu negativamente.

Das 56 crianças (40%) que mencionaram que a pandemia trouxe **aspetos negativos**, o que foi mais referido remete para a falta de convívio familiar e social (*n* = 21; 15%) (gráfico 11).

Gráfico 11.
Aspetos Negativos na Dinâmica Familiar, em Função das Mudanças na Vida Familiar, na Perspetiva das Crianças

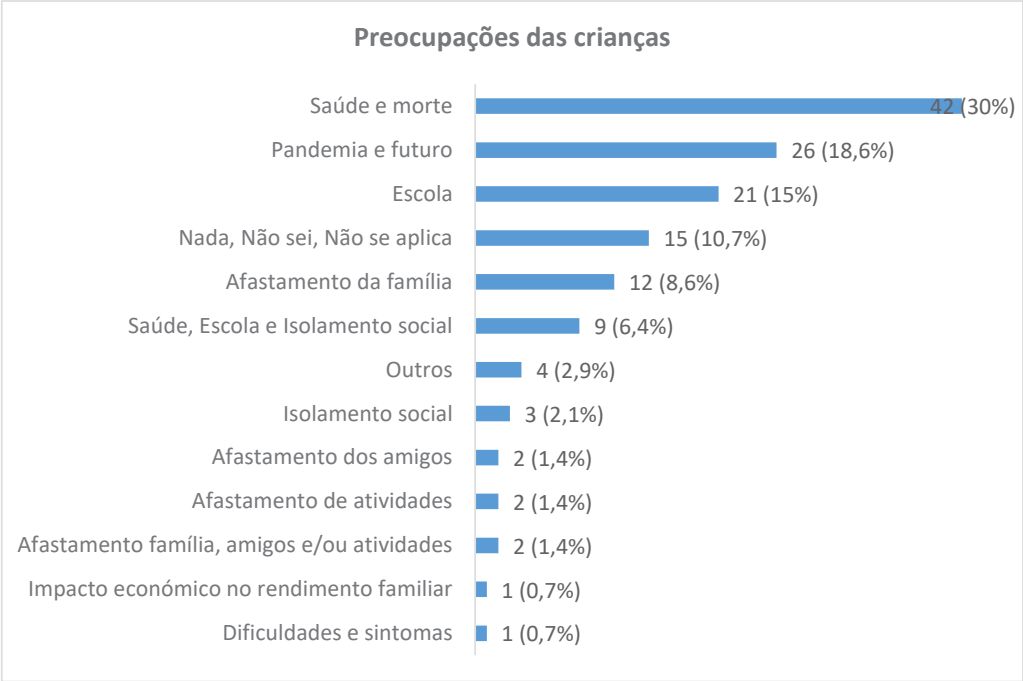


Sobre aquilo que as crianças pensam em relação **à pandemia e ao futuro**, as respostas dividiram-se entre os que estão otimistas (*n* = 69; 49,3%), os que não estão otimistas, nem pessimistas (*n* = 64; 45,7%) e aqueles que estão pessimistas (*n* = 7; 5%).

Relativamente às **preocupações das crianças**, os temas mais comuns foram a saúde e a morte (*n* = 42; 30%) (e.g., "*Que alguém na nossa família morra*", "*A saúde da minha família*", "*Ficar doente*"), a pandemia e o futuro (*n* = 26; 18,6%) (e.g., "*A cura da pandemia*", "*Que tenhamos de viver sempre a usar máscara*", "*O futuro da população* […]") e a escola (*n* = 21; 15%) (e.g., "*Não ter notas para ir para a universidade*", "*Resultados escolares*", "*Aprendizagem na escola*") (gráfico 12).

Na categoria "Outros", as crianças forneceram diversas respostas como "*Ser feliz*" e "*A situação política do país e como o governam*".

Gráfico 12.
Temas Que Mais Preocupam as Crianças



A última questão versou sobre a **linha SOS-Criança**, sendo referido por 71 crianças (50,7%) não terem conhecimento deste recurso, enquanto 69 (49,3%) responderam saber que poderão contactar a linha de forma gratuita e anónima, no caso de precisarem de falar com alguém.

3.3. Níveis de Ansiedade, de Depressão e de *Stress* dos Pais/Cuidadores e Níveis de Ansiedade das Crianças

As medidas descritivas das dimensões Ansiedade, Depressão e *Stress* dos pais/cuidadores (EADS-21) e da Ansiedade das crianças (CMAS-R) estão representadas na tabela 4. Em média, estes resultados encontram-se dentro dos valores normativos para a população portuguesa.

Tabela 4.
Medidas Descritivas das Dimensões da EADS-21 e do CMAS-R

		M	*DP*	*Mín*	*Máx*
Pais/Cuidadores	**Ansiedade**	3,60	5,09	0	26
	Depressão	5,40	6,86	0	34
	Stress	9,62	8,55	0	42
Crianças	**Ansiedade**	9,84	6,41	0	26

Ainda que a média dos valores seja normativa, observa-se um conjunto de pais/cuidadores que apresentaram níveis de severidade acima da norma, nas dimensões avaliadas (tabela 5). Assim, 61 (22,7%) pais/cuidadores apresentam níveis de severidade superiores à norma ao nível da Ansiedade, 62 (23%) ao nível da Depressão e 59 (21,9%) ao nível do *Stress*. Não existe correlação com a idade.

Tabela 5.
Níveis de Severidade da EADS-21

	Níveis de Severidade									
	Normal		**Leve**		**Moderado**		**Severo**		**Muito severo**	
	n	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**
Ansiedade	208	77,3	30	11,2	19	7,1	6	2,2	6	2,2
Depressão	207	77	27	10	23	8,6	9	3,3	3	1,1
Stress	210	78,1	24	8,9	13	4,8	19	7,1	3	1,1

Em relação às crianças foi possível observar que 11 (7,9%) apresentaram um nível de ansiedade acima do considerado funcional.

Analisando, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r), a relação entre as dimensões dos pais e dos filhos, verificámos uma correlação positiva e significativa entre a Ansiedade das crianças e a Ansiedade ($r_{(140)} = 0{,}396$; $p < 0{,}01$), a Depressão ($r_{(140)} = 0{,}348$; $p < 0{,}01$) e o *Stress* ($r_{(140)} = 0{,}411$; $p < 0{,}01$) dos pais/cuidadores. Estes resultados indicam que pais mais ansiosos, deprimidos ou stressados têm, também, filhos mais ansiosos.

A Ansiedade das crianças não diferiu em função do sexo e não se correlacionou com a idade.

3.4. Análise dos Níveis de Ansiedade, de Depressão e de *Stress* dos Pais/Cuidadores em Função das Variáveis Sociodemográficas

Procedeu-se à realização de uma análise de variância (ANOVA) a um fator (*F*) para avaliar as diferenças nas dimensões da EADS-21, em função das habilitações literárias dos pais. Não foram encontradas diferenças significativas.

Avaliámos, através do teste *t* para amostras independentes (*t*), se existiam diferenças significativas entre os pais/cuidadores que mantiveram o exercício da atividade profissional (n = 227) e os que não mantiveram a atividade profissional (n = 42) e verificámos índices superiores de ansiedade ($t_{(50,100)}$ = - 2,587; p = 0,013), depressão ($t_{(49,541)}$ = - 2,279; p = 0,027) e *stress* ($t_{(50,965)}$ = - 2,054; p = 0,045) para aqueles que não mantiveram a atividade profissional.

Dentro do grupo de pais/cuidadores que mantiveram a atividade profissional fomos, através uma análise de variância (ANOVA) a um fator (*F*), verificar se existiam diferenças relativamente à ansiedade, depressão e *stress* e o regime de trabalho (presencial, teletrabalho e regime misto) sendo que encontrámos diferenças significativas para a depressão ($F_{(2; 224)}$ = 3,33; p = 0,037) e o *stress* ($F_{(2; 224)}$ = 4,562; p = 0,011) entre o trabalho presencial e o misto, tendo este último médias mais elevadas (tabela 6).

Tabela 6.
Medidas Descritivas das Dimensões da EADS-21 em Função do Regime de Trabalho

		M	*DP*
Ansiedade	Teletrabalho	2,85	3,57
	Trabalho Presencial	3,14	4,94
	Regime Misto	3,54	4,96
Depressão	Teletrabalho	4,18	5,20
	Trabalho Presencial	4,32	6,05
	Regime Misto	6,72	7,28
Stress	Teletrabalho	8,91	7,99
	Trabalho Presencial	7,94	7,69
	Regime Misto	11,67	8,63

Com recurso ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* (*r*), verificámos se existia alguma associação entre a Ansiedade, Depressão e o *Stress* dos pais/cuidadores e

a idade da criança e não encontramos nenhuma relação significativa.

Analisámos se existiam diferenças para os níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress*, consoante o questionário tinha sido preenchido pela mãe ou pelo pai, através do teste *t* para amostras independentes (*t*), e concluímos não haver diferenças significativas.

3.5. Alterações na Relação com os Avós

As famílias foram questionadas sobre se a relação com os avós sofreu alterações, desde o início da pandemia. A maioria referiu que a relação se alterou, mas que já voltou ao normal (como era antes da pandemia) (*n* = 104; 38,7%); seguiram-se as famílias que indicaram que a relação com os avós não se alterou (*n* = 87; 32,3%); as famílias que mantêm contacto regular com os avós, mas apenas por telefone ou videochamada (*n* = 40; 14,9%); as que mencionaram não existirem visitas dos/aos avós, nem um contacto regular (*n* = 23; 8,6%); e, por fim, as famílias que responderam que os avós já faleceram ou não se encontram presentes na vida da criança (*n* = 15; 5,5%).

Para analisar se os níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* dos pais/cuidadores e o nível de Ansiedade das crianças diferiam em função das alterações na relação com os avós foi realizado um teste *t* para amostras independentes (*t*). Verificaram-se níveis mais elevados de Ansiedade, Depressão e *Stress* dos pais/cuidadores e de Ansiedade das crianças quando a relação com os avós sofreu alterações em função da pandemia (tabela 7).

Tabela 7.
Diferenças nos Níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* (Pais/Cuidadores) e Nível de Ansiedade (Crianças), em Função da Alteração da Relação com os Avós

		Alteração na relação com os avós, em função da pandemia				*t*
		Sim (*n* = 167)		Não (*n* = 87)		
		M	*DP*	*M*	*DP*	
Pais/Cuidadores	Ansiedade	4,38	5,14	2,37	4,96	3,000**
	Depressão	6,67	7,02	3,47	6,40	3,655***
	Stress	11,72	8,70	6,11	7,06	5,191***
Crianças	Ansiedade	10,60	6,74	8,12	5,79	2,060*

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

3.6. Familiares ou Pessoas Próximas que Tenham Contraído o Vírus ou Falecido como Consequência

Quanto à existência de familiares ou de pessoas próximas da família que tivessem contraído o vírus, a maioria dos pais/cuidadores (n = 165; 61,3%) respondeu afirmativamente, enquanto para 104 famílias (38,7%) esta situação não ocorreu.

Trinta e nove famílias (14,5%) mencionaram que um familiar ou amigo faleceu como consequência da Covid-19.

Recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes (*t*) para avaliar se existiam diferenças nos níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* dos pais/cuidadores e nos níveis de Ansiedade das crianças, em função destas variáveis.

Observámos diferenças estatisticamente significativas nos casos em que um familiar ou pessoa próxima havia contraído o vírus, apresentando os pais/cuidadores níveis mais elevados de Depressão [$t_{(267)}$ = 2,194; p = 0,029] e de *Stress* [$t_{(267)}$ = 2,805; p = 0,005] e as crianças um nível mais elevado de Ansiedade [$t_{(139)}$ = 2,349; p = 0,020].

3.7. Alteração das Rotinas

Através do teste *t* para amostras independentes (*t*) foi analisado se os níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* dos pais/cuidadores e os níveis de Ansiedade das crianças apresentavam diferenças em função da alteração das rotinas familiares. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas nas dimensões dos adultos, nas quais os valores eram superiores quando as famílias reportaram não terem retomado as rotinas ou terem, apenas, retomado parcialmente (tabela 8).

Tabela 8.
Diferenças nos Níveis de Ansiedade, Depressão e *Stress* (Pais/Cuidadores), em Função do Regresso às Rotinas

		A família retomou as rotinas diárias que tinha antes da pandemia?				*t*
		Sim (*n* = 128)		Não/Parcialmente (*n* = 141)		
		M	*DP*	*M*	*DP*	
Pais/Cuidadores	Ansiedade	1,98	3,25	5,05	5,96	-5,298*
	Depressão	3,30	4,72	7,31	7,88	-5,111*
	Stress	7,14	7,02	11,89	9,21	-4,779*

Nota: *$p < 0{,}001$.

3.8. Ocupação do Tempo da Criança

Recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes (*t*) para analisar se a Ansiedade diferia consoante a forma como as crianças ocupavam o seu tempo. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas para o uso das redes sociais. As crianças que utilizavam este meio para ocupar o tempo apresentavam níveis de ansiedade mais elevados ($M = 11{,}85$; $DP = 7{,}04$) do que aquelas que não navegavam nas redes sociais ($M = 8{,}83$; $DP = 5{,}87$) ($t_{(79{,}098)} = -2{,}534$; $p = 0{,}013$).

Para perceber se a forma como as crianças ocupam o seu tempo está relacionada com o seu grupo etário, utilizámos o teste de independência do Qui-quadrado (χ^2) entre dois grupos etários (7-12 e 13-20) e encontrámos diferenças significativas. As crianças entre os 7 e os 12 anos ocupam maioritariamente o seu tempo a brincar ao ar livre ($\chi^2_{(1)} = 14{,}568$; $p < 0{,}001$), jogar *playstation* ($\chi^2_{(1)} = 5{,}847$; $p = 0{,}020$), jogar computador/*tablet* ($\chi^2_{(1)} = 6{,}928$; $p < 0{,}013$), brincar com brinquedos ($\chi^2_{(1)} = 25{,}281$; $p < 0{,}001$), ver desenhos animados ($\chi^2_{(1)} = 19{,}405$; $p < 0{,}001$), ver filmes e séries ($\chi^2_{(1)} = 8{,}601$; $p = 0{,}005$), ler ($\chi^2_{(1)} = 4{,}994$; $p = 0{,}037$) e fazer trabalhos manuais ($\chi^2_{(1)} = 12{,}503$; $p = 0{,}001$).

As redes sociais são utilizadas, principalmente, pelas crianças e pelos jovens a partir dos 13 anos ($\chi^2_{(1)} = 15{,}662$; $p < 0{,}001$), bem como sair com os amigos ($\chi^2_{(1)} = 17{,}343$; $p < 0{,}001$).

4. Discussão

4. Discussão

A perceção que os pais/cuidadores têm do estado emocional das crianças, desde que estas regressaram ao ensino presencial e desde que as medidas de restrição começaram a ser levantadas, é, na sua maioria, de que as crianças se sentem seguras, alegres e calmas. Verificou-se o mesmo padrão nas respostas obtidas pelas crianças.

Comparando com os dados obtidos na 1.ª fase do estudo, em que o modo como os pais percecionavam a forma como os filhos se sentiam e a forma como as crianças mencionaram sentir-se não era coincidente, verificámos, nesta 2.ª fase, com o regresso à escola, que, embora as perceções dos pais e dos filhos sejam mais próximas, as crianças continuam a preocupar-se mais com a saúde dos avós, dos pais e dos amigos, do que aquilo que os pais pensam. Para além disso, as crianças continuam a referir terem, por exemplo, dificuldades em dormir e mais apetite do que aquilo que os pais percecionam.

É também de salientar que cerca de metade das crianças e a maioria dos pais referiram que a pandemia trouxe aspetos positivos para a dinâmica familiar, nomeadamente, passarem mais tempo em conjunto. No entanto, 40% das crianças e 52,8% dos pais mencionaram que a pandemia trouxe alguns aspetos negativos, como a falta de convívio familiar e social. Estes resultados são concordantes com os resultados da 1.ª fase do estudo em que o aspeto negativo da pandemia mais referido pelos pais e pelos filhos foi o isolamento social (falta de convívio com familiares e amigos) e o aspeto positivo foi passarem mais tempo em família. Estudos recentes sobre os impactos da Covid-19 corroboram estes resultados (*e.g.*, Canzi et al., 2021; Evans et al., 2020; Gadermann et al., 2021; Lee & Ward, 2020; Lowe et al., 2022).

Relativamente à ansiedade, depressão e *stress* observámos que, no estudo atual e 19 meses após a 1.ª fase, os pais apresentaram, em média e percentualmente, níveis de *stress* inferiores, mas níveis de ansiedade e de depressão superiores aos valores encontrados no início da pandemia (1.ª fase). Uma hipótese interpreta-

tiva destes resultados é que a situação de *stress* a que as famílias foram sujeitas durante o ano e meio terá consequências a longo prazo a nível da saúde mental, nomeadamente pelo aumento dos estados depressivos e ansiosos. Poderá, também, ter que ver com a altura em que a 2.ª fase do estudo foi lançada (dezembro de 2021), durante a qual as medidas de proteção emanadas pelo Governo se agravaram, em função do aumento do número de casos, levando novamente ao uso obrigatório de máscaras em espaços fechados, exigida a apresentação de teste negativo ou de certificado de vacinação, recomendação (e posterior obrigação) do teletrabalho, alteração do calendário escolar, encerramento de creches, de ateliês de tempos livres, de discotecas e de bares e proibição dos ajuntamentos na rua.

Na literatura, estes resultados não são consistentes, existindo estudos longitudinais que indicam um aumento dos níveis de ansiedade e de depressão, no decorrer da pandemia, e outros que mencionam uma redução. Por exemplo, um estudo desenvolvido na Argentina avaliou os níveis de ansiedade e de depressão, durante os 13 primeiros meses de pandemia, e encontrou resultados semelhantes aos que aqui reportamos (del Valle et al., 2022). O mesmo se verificou num estudo que avaliou os níveis de depressão na população dos EUA, ao longo de um ano de pandemia (Ettman et al., 2021). Todavia, dois estudos, um conduzido na Bélgica e outro na Alemanha, avaliaram a ansiedade e a depressão com diferença de 15 meses e 7 meses, respetivamente, tendo os mesmos concluído que os valores em ambas as variáveis haviam diminuído (Bruggeman et al., 2022; Hettich et al., 2022). Em estudos futuros estes resultados deverão ser clarificados, para se perceber que variáveis podem estar a contribuir para estas diferenças.

Em relação às crianças, o facto de a maioria referir que se sente alegre, segura e calma é um resultado a destacar.

Apesar de estarmos a atravessar um momento de incerteza e instabilidade, as crianças evidenciam alguma tranquilidade, ainda que reportem várias preocupações que derivam da pandemia.

Os resultados obtidos no que concerne à ansiedade das crianças também vão neste sentido, já que uma pequena parte da amostra (7,9%) apresenta um nível de

ansiedade acima do considerado funcional. O mesmo se verifica em outras variáveis, como estar triste, com medo, ter dificuldades em dormir ou em concentrar (respostas entre os 3,6% e os 15%), que são mencionadas por algumas crianças.

Assim, podemos afirmar que, de modo geral, as crianças estão a lidar com a pandemia e com as suas consequências de forma adaptativa.

Contudo, não podemos deixar de ignorar os casos em que isto não acontece, sendo importante reforçar a necessidade de se pensar em intervenções que ajudem a mitigar os efeitos da pandemia neste grupo de crianças. O mesmo aplica-se aos adultos – a quantidade de participantes com valores de ansiedade, depressão e *stress* acima da norma situa-se entre os 21,9% e os 23%. Na interpretação destes dados, também devemos ter em consideração que não sabemos se estes participantes tinham valores acima do funcional antes da pandemia. Ainda assim, podemos prever que os níveis de pessoas já ansiosas, deprimidas ou com *stress* possam ter aumentado em função da pandemia.

Neste estudo, observámos uma relação entre a ansiedade, a depressão e o *stress* dos pais e a ansiedade das crianças, com níveis superiores para as famílias que não tinham retomado as suas rotinas como eram antes da pandemia ou tinham-nas retomado apenas parcialmente.

Os elevados níveis de ansiedade, de depressão e de *stress* dos pais constituem um fator de risco para a ansiedade dos filhos, estando esta relação bem sustentada na literatura (*e.g.*, Beidel & Turner, 1997; Narmandakh et al., 2020; Turner et al., 1987). O estado emocional das crianças está associado ao funcionamento psicológico dos pais/cuidadores e com a relação entre ambos. Quando esta relação é caracterizada pela responsividade, sensitividade e suporte, os efeitos negativos de situações adversas tendem a ser mitigados (Center on the Developing Child, 2013). Em momentos de maior incerteza, como no caso da pandemia, um ambiente familiar organizado e seguro constitui-se como um fator protetor do estado emocional das crianças (Viola & Nunes, 2022).

No que diz respeito às rotinas, estas conferem previsibilidade e estabilidade e estão associadas ao bem-estar físico e emocional (Fiese et al., 2002; Spagnola &

Fiese, 2007), pelo que a sua alteração e constante reorganização poderão ser fatores desestabilizadores da vida familiar e, por isso, tenderem a conduzir a um aumento dos níveis de ansiedade, de depressão e de *stress* dos pais e da ansiedade das crianças.

Verificámos, ainda, que a depressão e o *stress* se associam ao regime de trabalho misto (com alguns dias em regime presencial e outros em teletrabalho), talvez por ser mais difícil estabelecer uma rotina. Estes dados confirmam aqueles que foram obtidos no início da pandemia, em que a alteração das rotinas esteve associada a maiores índices de ansiedade, de depressão e de *stress*. Neste sentido, o regime de trabalho misto ao implicar uma adaptação, por vezes, diária, poderá trazer sentimentos de sobrecarga e sucessivas alterações na tentativa de conciliar as tarefas da vida familiar e profissional, bem como reorganizar o espaço doméstico para o trabalho (*e.g.*, Carroll et al., 2020).

Também observámos níveis mais elevados de depressão e de *stress* nos pais e de ansiedade nas crianças quando um familiar (ou pessoa próxima) contraiu o vírus SarsCov-2, sendo que na 1.ª fase do estudo a relação estabelecida foi com a ansiedade dos pais. Sobre os resultados das crianças, podemos interpretar que, na 1.ª fase do estudo (no início da pandemia), estas pudessem ter uma perceção diferente, menos grave, sobre as consequências do vírus e, consequentemente, esta variável não afetar os seus níveis de ansiedade. Outra hipótese em que podemos pensar é que, no momento da realização deste estudo e passado cerca de ano e meio sobre o início da pandemia, a probabilidade das crianças conhecerem alguém que tivesse contraído o vírus é maior, pelo que poderá levar a um aumento dos níveis de ansiedade.

Estes resultados vão ao encontro do que é reportado em outros estudos que confirmam que ter um familiar ou amigo infetado, hospitalizado ou que tenha falecido em consequência do vírus está associado ao aumento de sintomas de ansiedade e/ou depressão (*e.g.*, Burkova et al., 2022; Kosovali et al., 2021; Khubchandani et al., 2022).

Sobre a forma como ocupam os seus tempos, as respostas das crianças foram expectáveis, sendo referido na sua maioria as tarefas relacionadas com a escola (aulas

e trabalhos de casa). De destacar que 63,6% das crianças mencionaram sair com a sua família e 42,1% indicaram praticar uma modalidade desportiva, ambas atividades indicadoras do regresso à normalidade e um reflexo do alívio nas medidas de contenção e reabertura de serviços. O mesmo se aplica ao brincar ao ar livre que demonstrou um aumento percentual da 1.ª fase (35%) para a 2.ª fase (49,3%).

Continua a existir uma maior tendência para o uso de ecrãs na ocupação do tempo (por exemplo, ver filmes ou séries e jogar no computador ou *tablet*), do que o envolvimento em formas mais tradicionais, como brincar com brinquedos ou fazer trabalhos manuais.

As redes sociais, como esperado, são mais utilizadas pelos adolescentes (a partir dos 13 anos) e o seu uso está associado a níveis mais elevados de ansiedade. Este resultado remete-nos para a exposição repetida a notícias, ao facto de a informação acedida nem sempre ser fidedigna e ser, muitas vezes, de carácter alarmista, o que pode aumentar a preocupação e o medo face à pandemia e, consequentemente, os sintomas de ansiedade (*e.g.*, Lee et al., 2022; Marciano et al., 2022).

Mais de um ano e meio após o início da pandemia, as crianças continuam a evidenciar como maiores preocupações a saúde e a morte, a pandemia e o futuro e a escola, à semelhança da 1.ª fase do estudo. Subjacente a estas preocupações está a incerteza no futuro, a possibilidade de este vírus continuar ativo e a contagiar a população (receio, principalmente da doença do próprio, dos pais e de familiares chegados), de não saber se será possível retomar as rotinas na sua totalidade e as implicações que a pandemia poderá ter ao nível de um dos contextos com maior expressão na vida das crianças – a escola, em todas as suas vertentes (*e.g.*, aprendizagens, contacto com os pares e professores).

Ainda que as crianças manifestem estas preocupações, poucas são aquelas da nossa amostra que se encontram pessimistas em relação ao futuro (apenas 5%). O mesmo se aplica aos pais. O sucesso da vacinação e a diminuição gradual das medidas de contingência, ainda que à data da recolha de dados os casos estivessem a aumentar, poderá justificar esta perspetiva mais positiva em relação ao futuro da pandemia, começando a mesma a ser encarada com mais naturalidade e como um problema de saúde remediável.

Os resultados deste estudo permitem-nos perceber de que forma as crianças e os seus pais têm lidado com a evolução da pandemia e qual o impacto a médio-prazo que a mesma representa na vida das famílias portuguesas.

Como limitações destacamos o tamanho da amostra, que não nos permite fazer a generalização dos resultados. Também o facto de não existir uma avaliação das famílias, prévia à declaração de pandemia e à situação de confinamento limita a extensão dos nossos resultados. Pretendia-se, neste estudo longitudinal, seguir os participantes da 1.ª fase e comparar os seus resultados neste segundo momento. Contudo, a taxa de *dropout* foi bastante elevada e não foi possível cruzar as respostas recolhidas em ambos os momentos, já que os códigos fornecidos pelos participantes, que nos possibilitariam este cruzamento, não estavam corretos.

5. Considerações Finais

5. Considerações Finais

O presente estudo pretendeu explorar o comportamento parental e o comportamento das crianças e perceber a relação entre a atitude e os sentimentos dos pais e a dos filhos, bem como compreender o impacto que o contexto social pandémico teve naquilo que pensam e sentem as famílias.

Os resultados obtidos dão-nos uma perspetiva do que é a vivência das famílias, mais de um ano após o início da pandemia e, como tal, gostaríamos de destacar algumas ideias.

Em primeiro lugar, reforçar a importância de os pais estarem mais atentos aos sinais que as crianças evidenciam, uma vez que se verificaram diferenças entre a perceção dos pais e a forma como a criança realmente se sente. Os pais, à semelhança do primeiro estudo, continuam a desvalorizar, por exemplo, as preocupações que as crianças têm em relação à saúde. De mencionar, também, que o número de pais que refere que os filhos não apresentam alterações é significativamente maior do que as crianças que o reportam.

Verificámos, ainda, que, quando as crianças se sentem tristes, aborrecidas ou nervosas, envolvem-se, maioritariamente, em atividades de lazer, em detrimento de falar com alguém ou pedir afeto/contacto físico, o que nos traz de volta a importância de os pais serem sensíveis e responsivos, isto é, estarem atentos às necessidades emocionais das crianças e de lhes dar uma resposta adequada em cada momento.

O segundo ponto a destacar passa por aquilo que pais e filhos mencionaram ser um aspeto positivo da pandemia, i.e., ter mais tempo em família. Regressa à discussão a necessidade de se repensarem as formas de conciliar a vida profissional/escolar e a vida familiar, para que as famílias possam desfrutar de tempo de qualidade em conjunto.

Esta questão remete-nos, inclusivamente, para aquilo que foi considerado o aspeto negativo da pandemia, nomeadamente, a falta de convívio familiar (alar-

gado) e social. Ambas as respostas evidenciam a importância que as relações sociais têm para o bem-estar. Ao serem uma fonte de suporte emocional e instrumental e fomentarem o sentimento de pertença, as relações sociais constituem-se como fatores de proteção para a saúde mental pois contribuem para níveis mais elevados de satisfação com a vida (Amati et al., 2018), contribuem para a qualidade da saúde física, diminuem o risco de mortalidade (Umberson & Montez, 2010) e estão associados a menos sintomas de depressão (Alsubaie et al., 2019).

Ainda sobre as relações sociais, apontamos o facto de as famílias terem retomado os seus contactos com a família alargada, em específico com os avós, que são, em muitos casos, uma fonte de suporte social fundamental.

Um outro aspeto que queremos destacar trata-se da forma como as famílias se posicionam face à pandemia e ao futuro. As respostas distribuíram-se, quase, igualmente entre o estar otimista e o não estar otimista, nem pessimista. Por um lado, as pessoas evidenciam alguma esperança com os avanços da medicina (i.e., vacinação e tratamentos alternativos). Por outro, muitas delas preferem "viver um dia de cada vez", o que é o reflexo de alguma instabilidade e adaptação que ainda se vive.

Relacionada com a questão anterior está a importância de se retomarem as rotinas, como formas de estruturar a vida diária e de conferir previsibilidade, fatores essenciais para a manutenção da boa saúde mental.

Gostaríamos, ainda, de refletir sobre o facto de a pandemia ter levado as famílias a repensarem a vida familiar, nomeadamente os tempos de trabalho, de lazer e o tempo dedicado aos filhos, reavaliando as suas prioridades e objetivos. Tal poderá ter conduzido a uma maior consciencialização da vida pessoal e familiar *versus* a vida profissional e ter conduzido à necessidade de fazer alterações na vida quotidiana da família e no trabalho o que poderá ser gerador de ansiedade para as famílias. O balanço entre a vida familiar e profissional nem sempre é fácil, por diversos motivos associados a cada uma destas esferas e, também, pela relevância que o próprio atribui à carreira como uma dimensão da sua identidade. O facto de as famílias se terem visto obrigadas a permanecerem mais tempo no espaço doméstico e a adaptarem a dinâmica familiar às exi-

gências do trabalho, dificultando a separação entre estes dois domínios, poderá ter gerado alguma ambivalência e levado ao aumento dos níveis de ansiedade.

Por fim, e apesar destes resultados serem animadores e evidenciarem uma boa adaptação das famílias à pandemia, não se deve menosprezar que um grupo da amostra, ainda que reduzido, revele níveis de ansiedade, de depressão e de *stress* acima do que se considera funcional. Como tal, continua a ser indispensável sensibilizar as pessoas para os efeitos negativos da pandemia na saúde mental e garantir que estas tenham acesso aos recursos necessários para fazer face às dificuldades que sentem.

6. Referências

6. Referências

Alsubaie, M., Stain, H., Webster, L., & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth, 24*(4), 484-496. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887

Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S. (2018). Social relations and life satisfaction: The role of friends. *Genus, 74*(7). https://doi.org/10.1186/s41118-018-0032-z

Andersen, L., Rasmussen, A., Reavley, N., Bøggild, H., & Overgaard, C. (2021). The social route to mental health: A systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM - Mental Health, 1*, 100042. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042

Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders, 70*, 102-196. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 918-924. https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00013

Berger, E., Jamshidi, N., Reupert, A., Jobson, L., & Miko, A. (2021). Review: The mental health implications for children and adolescents impacted by infectious outbreaks – A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 26*(2), 157-166. https://doi.org/10.1111/camh.12453

Brandstetter, S., Poulain, T., Vogel, M., Meigen, C., Melter, M., Köninger, A., Apfelbacher, C., Kiess, W., Kabesch, M., & Körner, A. (2022). Families' worries during the first and second COVID-19 wave in Germany: Longitudinal study in two population-based cohorts. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5). https://doi.org/10.3390/ijerph19052820

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Bruggeman, H., Smith, P., Berete, F., Demarest, S., Hermans, L., Braekman, E., Charafeddine, R., Drieskens, S., De Ridder, K., & Gisle, L. (2022). Anxiety and depression in Belgium during the first 15 months of the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Behavioral Sciences, 12*(5). https://doi.org/10.3390/bs12050141

Burkova, V. N., Butovskaya, M. L., Randall, A. K., Fedenok, J. N., Ahmadi, K., Alghraibeh, A. M., Allami, F. B. M., Alpaslan, F. S., Al-Zu'bi, M. A. A., Al-Mseidin, K. I. M., Biçer, D. F., Cetinkaya, H., David, O. A., Donato, S., Dural, S., Erickson, P., Ermakov, A. M.,

Ertugrul, B., Fayankinnu, E. A., Fisher, M. L., Al Gharaibeh, F., Hocker, L., Hromatko, I., Kasparova, E., Kavina, A., Khatatbeh, Y. M., Khun-Inkeeree, H., Kline, K. M., Koç, F., Kolodkin, V., MacEacheron, M., Maruf, I. R., Meskó, N., Mkrtchyan, R., Nurisnaeny, P. S., Ojedokun, O., Adebayo, D., Omar-Fauzee, M. S. B., Özener, B., Ponciano, E. L. T., Rizwan, M., Sabiniewicz, A., Spodina, V. I., Stoyanova, S., Tripathi, N., Upadhyay, S., Weisfeld, C., Yaakob, M. F. M., Yusof, M. R., & Zinurova, R. I. (2022). Factors associated with highest symptoms of anxiety during COVID-19: Cross-cultural study of 23 countries. *Frontiers in Psychology, 13*(805586). http://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.805586

Bussières, E. L., Malboeuf-Hurtubise, C., Meilleur, A., Mastine, T., Hérault, E., Chadi, N., Montreuil, M., Généreux, M., Camden, C., & PRISME-COVID Team (2021). Consequences of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 691659. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691659

Canzi, E., Danioni, F. V., Parise, M., Lopez, G., Ferrari, L., Ranieri, S., Iafrate, R., Lanz, M., Regalia, C., & Rosnati, R. (2021). Perceived changes in family life during COVID-19: The role of family size. *Family Relations – Interdisciplinary Journal of Applied Family Science, 70*, 1303-1311. https://doi.org/10.1111/fare.12579

Carroll, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D., & Haines, J. (2020). The impact of COVID-19 on health behavior, stress, financial and food security among middle to high income Canadian families with young children. *Nutrients, 12*(8), 2352. https://doi.org/10.3390/nu12082352

Carvalho, P. M. M., Moreira, M. M., Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Rolim Neto, M. L. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research, 286(*112902), 1-2. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902

Center on the Developing Child. (2013). *Early childhood mental health (InBrief)*. www.developingchild.harvard.edu

Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet, 395*(10231), e64. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4

del-Valle, M. V., López-Morales, H., Gelpi-Trudo, R., Poó, F. M., García, M. J., Yerro-Avincetto, M., Andrés, M. L., Canet-Juric, L., & Urquijo, S. (2022). More than a year of pandemic: Longitudinal assessment of anxiety and depressive symptoms in the Argentine general population during the COVID-19 outbreak. *Stress and Health*, 1-10. https://doi.org/10.1002/smi.3163

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (volume VI, pp. 553-564). APPORT

Dundurand, F., Shultz, T., & Onishi, K. (2008). Comparing online and lab methods in a problem-solving experiment. *Behavior Research Methods, 40*(2), 428-434. https://doi.org/10.3758/BRM.40.2.428

Ettman, C. K., Cohen, G. H., Abdalla, S. M., Sampson, L., Trinquart, L., Castrucci, B. C., Bork, R. H., Clark, M. A., Wilson, I., Vivier, P. M., & Galea, S. (2022). Persistent depressive symptoms during COVID-19: A national, population-representative, longitudinal study of U.S. adults. *Lancet Regional Health America, 5*(100091). https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100091

Evans, S., Mikocka-Walus, A., Klas, A., Olive, L., Sciberras, E., Karantzas, G., & Westrupp, E. M. (2020). From "It has stopped our lives" to "Spending more time together has strengthened bonds": The varied experiences of Australian families during COVID-19. *Frontiers in Psychology, 11*(588667). http://doi.org.10.3389/fpsyg.2020.588667

Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology, 16*(4), 381-390. https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381

Fonseca, A. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: "O que eu penso e o que eu sinto". *Revista Portuguesa de Pedagogia, 26*(1), 141-145.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2020). *Policy brief: Education during COVID-19 and beyond*. https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf

Gadermann, A. C., Thomson, K. C., Richardson, C. G., Gagné, M., McAuliffe, C., Hirani, S., & Jenkins, E. (2021). Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ open, 11*(1), e042871. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871

Germine, L., Nakayama, K., Duchaine, B., Chabris, C., Chatterjee, G., & Wilmer, J. (2012). Is the Web as good as the lab? Comparable performance from Web and lab in cognitive/perceptual experiments. *Psychonomic Bulletin & Review, 19*, 847-857. https://doi.org/10.3758/s13423-012- 0296-9

Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian Journal of Psychiatry, 49*(101989). http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989

Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 36*(COVID19-S4), S90-S94. https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756

Hettich, N., Entringer, T. M., Kroeger, H., Schmidt, P., Tibubos, A., Braehler, E., & Beutel, M. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on depression, anxiety, loneliness, and satisfaction in the German general population: A longitudinal analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02311-0

Hooper, J. J., Saulsman, L., Hall, T., & Waters, F. (2021). Addressing the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: Learning from a systematic review of early interventions for frontline responders. *BMJ Open, 11*(5), e044134. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044134

Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal, 61*(4), 271-272.

https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271

Khubchandani, J., Sharma, S., Webb, F. J., Wiblishauser, M. J., & Bowman, S. L. (2021). Post-lockdown depression and anxiety in the USA during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health, 43*(2), 246-253. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa250

Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: A review of clinical and psychological traits. *Psychiatry Investigation, 17*(6), 491-505. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0161

Kosovali, B. D., Tezcan, B., Aytaç, I., Tuncer Peker, T., Soyal, O. B., & Mutlu, N. M. (2021). Anxiety and depression in the relatives of COVID-19 and non-COVID-19 intensive care patients during the pandemic. *Cureus, 13*(12), e20559. https://doi.org/10.7759/cureus.20559

Lee, S. J., & Ward, K. P. (2020). *Stress and parenting during the coronavirus pandemic – Research brief*. Parenting in Context Research Lab, University of Michigan. https://www.parentingincontext.org/uploads/8/1/3/1/81318622/research_brief_stress_and_parenting_during_the_coronavirus_pandemic_final.pdf

Lee, Y., Jeon, Y.J., Kang, S., Shin, J., Jung, Y., & Jung S. (2022). Social media use and mental health during the COVID-19 pandemic in young adults: A meta-analysis of 14 cross-sectional studies. *BMC Public Health, 22*(995). https://doi.org/10.1186/s12889-022-13409-0

Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., Wang, H., Wang, R., Liu, C., & Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 916-919. http://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007

Liu, Y., Chen, H., Zhang, N., Wang, X., Fan, Q., Zhang, Y., Huang, L., Hu, B., & Li, M. (2021). Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders, 278*, 144-148. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u

Lowe, C., Rafiq, M., MacKay, L. J., Letourneau, N., Ng, C. F., Keown-Gerrard, J., Gilbert, T., & Ross, K. M. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on Canadian social connections: A thematic analysis. *Journal of Social and Personal Relationships, 0*(0). https://doi.org/10.1177/02654075221113365

Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A. (2022). Digital media use and adolescents' mental health during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health, 9*(793868). http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian*

Medical Association Journal, 168(10), 1245-1251.

Medrano, M., Cadenas-Sanchez, C., Oses, M., Arenaza, L., Amasene, M., & Labayen, I. (2020). Changes in lifestyle behaviours during the COVID-19 confinement in Spanish children: A longitudinal analysis from the MUGI project. *Pediatric Obesity, 16*(4), e12731. https://doi.org/10.1111/ijpo.12731

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M., Uchida, H., Vieta, E., Vita, A., & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(9), 813-824. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2

Narmandakh, A., Roest, A.M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A., (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: A TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*, 1969-1982. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3

Oliveira, M. (2020, 27 de março). Em quarentena total, mulheres não conseguem denunciar violência doméstica na Itália. *Folha de S. Paulo*. https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/em-quarentena-total-mulheres-nao-conseguem-denunciar-violencia-domestica-na-italia.shtml

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42*(3), 232-235. https://doi.org/10.1590/1516-4446- 2020-0008

Owen, L. (2020, 8 de março). Coronavirus: Five ways virus upheaval is hitting women in Asia. *BBC News*. https://www.bbc.com/news/world-asia-51705199

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5*(2), 229-239.

Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., Sharawat, I., & Gulati, S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tropical Pediatrics, 67*(1). https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122

Puccinelli, P. J., Costa, T. S., Seffrin, A., Lira, C., Vancini, R., Nikolaidis, P., Knechtle, B., Rosemann, T., Hill, L., & Andrade, M. (2021). Reduced level of physical activity during COVID-19 pandemic is associated with depression and anxiety levels: An internet-based survey. *BMC Public Health, 21*(425). https://doi.org/10.1186/s12889-021-10470-z

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry, 33*(2), e100213. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 175*(11), 1142-1150. http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scales (RCMAS)*. Western Psychological Services.

Salvaterra, M. F., & Chora, M. (2020). *O que pensam e o que sentem as famílias em isolamento social – Relatório de investigação 2*. Instituto de Apoio à Criança. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/01/Relatorio_investigacao_IAC_2.pdf

Salvaterra, M. F., Chora, M., & Amaral, R. (2021). *O que pensam e o que sentem as famílias em isolamento social – Versão 2* [Instrumento não publicado].

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine, 113*(8), 531-537. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 229-235. http://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.229

Umberson, D., & Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(suppl), S54-S66. https://doi.org/10.1177/0022146510383501

Viola, T. W., & Nunes, M. L. (2021). Social and environmental effects of the COVID-19 pandemic on children. *Jornal de Pediatria, 98*(S1), S4-S12. https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.08.003

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet, 395*(10223), 470-473. https://doi.org/10.1016.S0140-6736(20)30185-9

Ficha Técnica

COLEÇÃO
Relatórios de Investigação

TÍTULO
O Que Pensam e o Que Sentem as Famílias em Isolamento Social | Fase II

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Conhecimento e Formação:
Fernanda Salvaterra
Mara Chora

AUTORAS
Fernanda Salvaterra
Mara Chora

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO
Fernanda Salvaterra (coordenadora)
Mara Chora

REVISÃO DE TEXTO
Vasco Alves

CAPA, CONCEÇÃO GRÁFICA E PAGINAÇÃO
Marketing, Comunicação e Projetos:
Cristina Rebelo

EDIÇÃO
Instituto de Apoio à Criança
Av. da República, n.º 21
1050–185 Lisboa

Email: iac-conhecimento@iacrianca.pt | iac-marketing@iacrianca.pt
Site: www.iacrianca.pt

DATA
Dezembro 2022

ISBN 978-972-8003-76-0

A pandemia (COVID-19) que assolou o mundo em 2020 foi a maior emergência de saúde pública que o ser humano enfrentou no último século. O presente estudo pretende dar continuidade à investigação "O que pensam e o que sentem as famílias em isolamento social", iniciada em 2020 e durante o primeiro período de confinamento.

Mais de um ano após o início da pandemia, pretendeu-se conhecer de que forma as famílias lidavam com a situação que estavam a vivenciar e que alterações identificavam na sua vida familiar.

O Instituto de Apoio à Criança preocupado com os efeitos que esta pandemia poderá ter sobre as crianças e alertado pelo número crescente de apelos que chegaram à linha SOS-Criança, desenvolveu este estudo que visa perceber o impacto desta situação atípica nas famílias e, especialmente, nas crianças.

Fernanda Salvaterra é doutorada em Psicologia Aplicada na área da Psicologia do Desenvolvimento (UNL/ISPA).

É membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, com a especialidade avançada em Psicoterapia e Psicologia da Justiça, e especialista em Psicologia da Educação, com a especialidade avançada em Intervenção Precoce. É terapeuta Familiar e Docente Universitária.

A área de investigação que tem desenvolvido incide sobre as relações familiares e a vinculação mais especificamente sobre a parentalidade/filiação adotiva; nesse âmbito é autora de diversas comunicações nacionais e internacionais e publicou um livro, capítulos de livros e diversos artigos; recebeu prémios de investigação, atribuídos pela ANCCD.

É assessora principal do Instituto de Segurança Social (ISS, IP), exercendo atualmente funções no IAC.

Mara Chora é mestre em Psicologia Comunitária e Proteção de Menores (ISCTE-IUL).

É membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A área de investigação que tem desenvolvido incide sobre a parentalidade e as relações familiares (envolvimento paterno, compreensão emocional em crianças, vinculação).

É autora de um artigo científico e de várias comunicações nacionais e internacionais.

É técnica superior no IAC.

IAC
Instituto de Apoio à Criança