

Universidades Lusíada

Souza, Stephanie Nayara Silva de, 1999-

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e regulação emocional : estudo numa amostra de crianças em idade escolar

<http://hdl.handle.net/11067/7419>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>A criança está em constante desenvolvimento e adaptação a novas experiências, como por exemplo, pandemias. Experienciar uma pandemia pode ser um evento traumático e pode impactar as redes micro e macrosociais das crianças. O primeiro caso de COVID-19, surgiu em dezembro de 2019 e foi declarado uma pandemia. As pessoas deveriam ficar em isolamento até que houvesse uma solução. O fechamento de escolas e o isolamento social, refletiu-se no desempenho académico, desenvolvimento normativo e saúde ps...</p> <p>Children are constantly developing and adapting to new experiences, such as pandemics. Experiencing a pandemic can be a traumatic event and can impact children's micro and macro-social networks. The first case of COVID-19 appeared in December 2019 and was declared a pandemic. People should stay in isolation until there was a solution. The closure of schools and social isolation had an impact on the academic performance, normative development and psychological health of children. Therefore, this ...</p>
Palavras Chave	Crianças - Saúde mental, Emoções nas crianças, Pandemia da COVID-19, 2020 - Aspectos psicológicos
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:15:40Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e regulação emocional:
estudo numa amostra de crianças em idade escolar**

Realizado por:
Stephanie Nayara Silva de Souza

Orientado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Arguente: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Dissertação aprovada em: 12 de março de 2024

Lisboa

2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e
regulação emocional:
estudo numa amostra de crianças em idade escolar

Stephanie Nayara Silva de Souza

Lisboa

Outubro 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e
regulação emocional:
estudo numa amostra de crianças em idade escolar

Stephanie Nayara Silva de Souza

Lisboa

Outubro 2023

Stephanie Nayara Silva de Souza

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e
regulação emocional:
estudo numa amostra de crianças em idade escolar

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

Outubro 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Stephanie Nayara Silva de Souza
Orientador Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e regulação emocional: estudo numa amostra de crianças em idade escolar
Local Lisboa
Ano 2023

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SOUZA, Stephanie Nayara Silva de, 1999 -

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental e regulação emocional : estudo numa amostra de crianças em idade escolar / Stephanie Nayara Silva de Souza ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954 -

LCSH

1. Crianças - Saúde mental
2. Emoções nas crianças
3. Pandemia da COVID-19, 2020 - Aspectos psicológicos
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Child mental health

2. Emotions in children

3. COVID-19, Pandemic, 2020 - Psychological aspects

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF723.E6 S68 2023

Dedico esta dissertação à minha mãe,

Rosilene.

“Vivemos numa ilha virtual. Estamos próximos, mas, ao mesmo tempo, infinitamente distantes de tudo, inclusive das pessoas que amamos.”

(Cury, 2016, p. 123)

Resumo

A criança está em constante desenvolvimento e adaptação a novas experiências, como por exemplo, pandemias. Experienciar uma pandemia pode ser um evento traumático e pode impactar as redes micro e macrosociais das crianças. O primeiro caso de COVID-19, surgiu em dezembro de 2019 e foi declarado uma pandemia. As pessoas deveriam ficar em isolamento até que houvesse uma solução. O fechamento de escolas e o isolamento social, refletiu-se no desempenho acadêmico, desenvolvimento normativo e saúde psicológica das crianças. Deste modo, este estudo pretende compreender e caracterizar o impacto percebido pelas crianças, da pandemia de COVID-19, na sua saúde mental e regulação emocional. O desenho do estudo é caracterizado como transversal descritivo com uma amostra por conveniência. O estudo apresenta 180 participantes, com idades iguais ou superiores a 10 anos, a frequentar o 5º ano de escolaridade. Os instrumentos de avaliação são três questionários de autoadministração: o Questionário de Capacidades e de Dificuldades; a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças; e o Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes. Os resultados demonstram que as crianças percebem possuir uma boa saúde mental e regulação emocional, além disso, ótimas capacidades de comportamento pró-social. As variáveis avaliadas apresentam valores dentro dos parâmetros considerados normativos para a população portuguesa. A percepção da amostra demonstra que experienciam poucos conflitos com o meio exterior e apresentam competência emocional e capacidade de autoconsciência. A partir dos resultados deste estudo, sugere-se para futuras investigações, um estudo longitudinal que investigue o papel da família e/ou da escola durante uma crise acidental ou os fatores protetores da saúde mental e regulação emocional das crianças que vivenciaram uma pandemia.

Palavras-chave: SDQ-Port, EADS-C, ERICA, pandemia, crianças

Abstract

Children are constantly developing and adapting to new experiences, such as pandemics. Experiencing a pandemic can be a traumatic event and can impact children's micro and macro-social networks. The first case of COVID-19 appeared in December 2019 and was declared a pandemic. People should stay in isolation until there was a solution. The closure of schools and social isolation had an impact on the academic performance, normative development and psychological health of children. Therefore, this study aims to understand and characterize the impact perceived by children of the COVID-19 pandemic on their mental health and emotional regulation. The study design is characterized as descriptive cross-sectional with a convenience sample. The study features 180 participants, aged 10 years or over, attending the 5th year of school. The assessment instruments are three self-administered questionnaires: the Capabilities and Difficulties Questionnaire; the Anxiety, Depression and Stress Scale for Children; and the Emotional Regulation Index for Children and Adolescents. The results demonstrate that children perceive themselves to have good mental health and emotional regulation, as well as excellent pro-social behavior capabilities. The variables evaluated present values within the parameters considered normative for the portuguese population. The sample's perception shows that they experience few conflicts with the external environment and have emotional competence and the capacity for self-awareness. Based on the results of this study, a longitudinal study is suggested for future investigations, to investigate the role of the family and/or school during an accidental crisis or the protective factors for mental health and emotional regulation of children who have experienced a pandemic.

Keywords: SDQ-Por, EADS-C, ERICA, pandemic, children

Lista de tabelas

Tabela 1 - As subescalas do SDQ-Por e os seus itens.....	58
Tabela 2 - Distribuição por classes dos resultados do SDQ-Por e respectivas subescalas.....	59
Tabela 3 - As subescalas do EADS-C e os seus itens.....	59
Tabela 4 - Distribuição por classes dos resultados das subescalas da EADS-C.....	60
Tabela 5 - As subescalas do ERICA e os seus itens.....	61
Tabela 6 - Estatística descritiva univariada do SDQ-Por.....	65
Tabela 7 - Frequências do SDQ-Por organizadas por classes.....	66
Tabela 8 - Estatística descritiva bivariada do SDQ-Por em função do sexo.....	67
Tabela 9 - Frequências do SDQ-Por em função das diferenças de sexo.....	69
Tabela 10 - Coeficiente de variação de cada subescala e em função do sexo do SDQ-Por.....	70
Tabela 11 - Estatística descritiva univariada da EADS-C.....	71
Tabela 12 - Frequências da EADS-C organizadas por classes.....	72
Tabela 13 - Estatística descritiva bivariada da EADS-C em função do sexo.....	72
Tabela 14 - Frequências da EADS-C em função das diferenças de sexo.....	74
Tabela 15 - Coeficiente de variação de cada subescala e em função do sexo da EADS-C.....	74
Tabela 16 - Estatística descritiva univariada do ERICA.....	75
Tabela 17 - Estatística descritiva bivariada do ERICA em função do sexo.....	76
Tabela 18 - Coeficiente de variação de cada subescala e em função do sexo do ERICA.....	77
Tabela 19 - Confiabilidade dos instrumentos e das suas dimensões.....	78
Tabela 20 - Correlação linear entre o ERICA e a EADS-C.....	79
Tabela 21 - Correlação linear entre o SDQ-Por e a EADS-C.....	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- CE - Comissão de Ética para a Investigação das Universidades Lusíada
- EADS-C - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças
- ERICA - Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- SDQ-Por - Questionário de Capacidades e de Dificuldades
- SPSS - Statistical Package for Social Sciences

Índice

Introdução	18
Enquadramento Teórico	24
O Desenvolvimento da Compreensão Emocional de Crianças.....	24
Fase Externa (3 aos 6 anos)	26
Fase Mental (5 aos 9 anos).....	27
Fase Reflexiva (8 aos 12 anos)	28
O Desenvolvimento Cognitivo de Crianças.....	29
Estádio Sensório-Motor (0 a 2 anos)	31
Estádio Pré-Operacional (2 a 7 anos).....	31
Estádio Concreto (7 aos 12 anos).....	32
Estádio Formal (a partir dos 12 anos)	33
Teoria das Emoções	33
A Regulação Emocional e os Sintomas Psicopatológicos	34
Depressão	39
Ansiedade.....	41
Stresse	43
Saúde Psicológica e Bem-Estar das Crianças na Pandemia de COVID-19.....	44
Objetivos	54
Materiais e Métodos.....	56
Caracterização do Estudo.....	56
Participantes	56
Instrumentos.....	56
SDQ-Por.....	57
EADS-C	58
ERICA.....	59
Procedimentos	60
Procedimentos Estatísticos.....	61
Resultados	64

Resultados Descritivos do SDQ-For.....	64
Resultados Descritivos da EADS-C.....	70
Resultados Descritivos do ERICA.....	74
Discussão	80
Conclusão.....	88
Referências Bibliográficas	90
Lista de Apêndices	110
Apêndice I - Consentimento informado.....	111
Lista de Anexos.....	114
Anexo A - Questionário de Capacidades e Dificuldades.....	115
Anexo B - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças	116
Anexo C - Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes.....	117

Introdução

A literatura refere que a emoção determina a qualidade do pensamento, e estes dois elementos, estão em constante interação. O estudo da compreensão emocional e a sua influência no desenvolvimento infantil é importante, para ter o conhecimento necessário, para auxiliar a criança a alcançar um desenvolvimento adequado e adaptativo. Quando ocorre uma falha na interação entre as emoções e cognições, a criança é considerada emocionalmente e socialmente incapaz (Mayer & Salovey, 1997).

A teoria das emoções estabelece três processos responsáveis pelo funcionamento do sistema emocional: os esquemas emocionais, as respostas emocionais e a regulação emocional (Elliott et al., 2004). Os esquemas emocionais são caracterizados pelas memórias das experiências emocionais vivenciadas e servem de base para as futuras experiências emocionais (Elliott, 2012; Greenberg, 2010). As respostas emocionais são divididas em três categorias: as emoções primárias, as emoções secundárias e as emoções instrumentais. As emoções primárias referem-se a reações diretas à situação. As emoções secundárias referem-se a pensamentos e sentimentos que surgem a partir da situação. E as emoções instrumentais referem-se a emoções elaboradas intencionalmente com o objetivo de influenciar os outros (Elliott et al., 2004).

A regulação emocional, é definida por estratégias que servem para regular os sentimentos, comportamentos, cognições e respostas fisiológicas da resposta emocional. A criança que consegue utilizar as estratégias, reforça a probabilidade de respostas adaptativas e socialmente aceites, promovendo um funcionamento psicológico saudável (Gratz & Roemer, 2004). Quando a criança tem dificuldades em regular as suas emoções, surgem os sintomas internalizantes e externalizantes (Gross, 2001).

Os sintomas internalizantes são manifestações emocionais. Estes sintomas incluem a presença de sentimentos de tristeza, retraimento social, queixas somáticas, baixa autoestima, sintomas fisiológicos e cognitivos (Achenbach et al., 1993; APA, 2013). Os sintomas

internalizantes são apontados como um fator de risco para a saúde e o seu aparecimento pode resultar em perturbações mentais como a depressão, a ansiedade e o stresse (Achenbach, 1978).

Os sintomas externalizantes são sintomas que causam reações em situações sociais. Estes sintomas referem-se à agressividade, falta de atenção, desobediência e comportamentos desviantes. Também é considerado um fator de risco para a saúde e quando manifestados, podem resultar em perturbações mentais que caracterizam-se pela presença de agressividade física e/ou verbal, condutas opositoras ou desafiantes, comportamentos antissociais e comportamentos de risco (Achenbach, 1966).

Nas crianças em idade escolar, os sintomas podem surgir do desinteresse por brincadeiras e trabalhos escolares, irritabilidade, hiperatividade, dores de cabeça, enurese, sono perturbado, choro e raiva. Quando os sintomas internalizantes e externalizantes são expressados através de comportamentos repetitivos e persistentes, considera-se importante realizar uma avaliação psicológica (Giordani et al., 2020).

Os estudos apontam que o sofrimento psicológico das crianças está relacionado com o contexto onde vivem. A criança, está diariamente, em contato com a família e a escola. Estes contextos devem assegurar condições adequadas para um crescimento saudável da criança (Matsukura & Cid, 2008). Cadima e colaboradores (2016) referem que é possível que as crianças com maiores dificuldades em regular as suas emoções possam estabelecer relações menos apoiantes com os seus educadores. Contudo, observaram que as relações próximas e apoiantes podem ser ferramentas essenciais para as crianças, relativamente à regulação e expressão emocional.

A criança está em constante desenvolvimento e adaptação a novas experiências, como pandemias, catástrofes naturais, guerras e acidentes. Estas experiências são consideradas situações traumáticas que podem afetar os indivíduos, no ponto de vista, micro e macrossocial (Nakano, 2020). O primeiro caso de COVID-19 surgiu em dezembro de 2019. Este vírus

causou muitas mortes e a Organização Mundial de Saúde declarou um estado pandêmico. As pessoas deveriam ficar em isolamento até que houvesse uma solução. Anteriormente ao estado pandêmico, a saúde mental já era uma preocupação (Mackenzie & Smith, 2020).

A saúde mental é explicada como um “estado de bem-estar mental”, que assegura aos indivíduos a capacidade de lidar com o stresse da sua vida, e reconhecer as suas capacidades cognitivas, afetivas e relacionais para adquirir conhecimento e exteriorizá-lo em seu trabalho, contribuindo para a comunidade em que está inserido. A saúde mental é mais do que uma ausência de doença (OMS, 2022).

A saúde mental infantil engloba aspetos emocionais, comportamentais e sociais. Estes aspetos permitem à criança adquirir conhecimentos para tornar-se competente e sentir-se integrada na sua comunidade (Amstalden et al., 2010). O sofrimento psicológico infantil é expressado pelos comportamentos e emoções que paralisam a rotina da criança (Cantwell, 1999).

Os critérios que definem a presença de saúde ou doença mental estão relacionados com a experiência grupal. Os critérios para a saúde mental são um funcionamento psíquico adequado e boas competências sociais para interagir com pessoas, a comunidade e a sua família (Ackerman, 1986; Ramos, 2002). Assim como a saúde, o processo de desenvolvimento também é multideterminado (Bandin, 2008; Halpern & Figueiras, 2004), portanto, é importante antecipar os fatores de risco para a saúde, para que seja possível ativar mecanismos protetores e evitar as situações de risco que afetem o desenvolvimento (Sapienza & Pedromônico, 2005).

No período pandêmico, os alunos revelaram que, no domínio académico, a sua vida na escola ficou pior ou muito pior depois da pandemia (34,3%). No domínio da relação com os pares, a vida com os amigos ficou pior ou muito pior depois da pandemia (21,9%). Relativamente a si, alguns referem que a vida consigo mesmo, ficou também pior (28,4%) (Matos et al., 2021). Entende-se através destes resultados que, apesar do avanço nos estudos

da saúde mental e bem-estar das crianças, a pandemia em 2020, trouxe um novo elemento, a falta de informação sobre as consequências de experienciar um pandemia e como lidar com a mesma. Para tal, é necessário investigar este tema e aprofundar os conhecimentos, de modo a criar respostas e ferramentas de prevenção e remediação deste acontecimento (Cowie & Myers, 2021; Ford et al., 2021; UNICEF, 2021).

O relatório do estudo “Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar”, com o intuito de explorar a saúde psicológica e bem-estar da comunidade educativa portuguesa, identificou através dos resultados obtidos que, um terço dos alunos apresentam sinais de sofrimento psicológico e défice de competências socioemocionais (DGEEC, 2022; OECD, 2021). Observou-se que as crianças sofrem um maior impacto, a nível social e emocional, da COVID-19 (Ghosh et al., 2020; Singh et al., 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020).

A escola é “uma casa fora de casa” (Ghosh et al., 2020), promove um ajustamento positivo e bom desenvolvimento psicológico em condições favoráveis (Baker et al., 2003). Portanto, é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde mental e prevenção de possíveis danos a longo prazo. Contudo, o fechamento de escolas causou uma rutura na rotina das crianças e no seu desenvolvimento (Aldridge & McChesney, 2018; Cowie & Myers, 2021; Ford et al., 2021; Hughes et al., 2017; O’Reilly et al., 2018). As consequências de experiências traumáticas, nomeadamente, a perceção dos danos, manifestação dos sintomas e regulação das emoções, pode ocorrer somente na vida adulta associado à saúde psicológica e ao bem-estar (Hughes et al., 2017). Deste modo, o objetivo deste estudo foi compreender e caracterizar o impacto percebido pelas crianças, da pandemia de COVID-19, na sua saúde mental e regulação emocional.

O presente estudo está dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico, em que será abordado o desenvolvimento da compreensão emocional

e desenvolvimento cognitivo de crianças; a teoria das emoções; a regulação emocional e os sintomas psicopatológicos; e a saúde mental e bem-estar das crianças na pandemia de COVID-19. Os temas abordados foram escolhidos para justificar a pertinência do estudo. O segundo capítulo refere-se ao objetivo geral e objetivos específicos do estudo. O terceiro capítulo refere-se aos materiais e métodos, apresentando os instrumentos utilizados, a caracterização da população do estudo, os procedimentos de recolha dos dados e os procedimentos para a análise estatística dos mesmos. O quarto capítulo refere-se aos resultados obtidos. O quinto capítulo refere-se à discussão dos resultados. Por fim, o sexto capítulo, refere-se à conclusão, evidenciando o que foi possível observar com este estudo e sugestões para futuras investigações.

Enquadramento Teórico

O Desenvolvimento da Compreensão Emocional de Crianças

As emoções são reações subjetivas e particulares de cada indivíduo. Estas reações surgem do processo de observação e avaliação do indivíduo acerca de um evento, no qual se atribui um significado ao que foi observado. Originam-se ações internas e externas com o objetivo de promover a sobrevivência física e psicológica, adaptação e o bem-estar consoante as suas necessidades individuais (Elliott et al., 2004; Gross, 1998a, 2014; Vasco, 2013). As reações são representadas por respostas fisiológicas, cognitivas, expressivo-motoras e comportamentais (Gross, 2014).

A literatura estabelece que, a interação entre as emoções e as operações mentais, tem um impacto significativo no que é considerado inteligência emocional (Mayer et al., 2008). Os investigadores referem que a emoção determina a qualidade do pensamento; as operações mentais possibilitam a autoconsciência emocional e empatia com os outros; e quando a interação entre as emoções e cognições não ocorre, o indivíduo é considerado emocionalmente e socialmente incapaz (Mayer & Salovey, 1997).

A competência emocional é apontada como a capacidade de expressar, interpretar e regular as próprias emoções e compreender as emoções dos outros. Diversos autores referem componentes diferentes que integram a competência emocional (Schaffer, 2004). De um modo geral, reconhece-se três componentes: a expressão emocional, a regulação emocional e a compreensão das emoções (Denham et al., 2003).

As crianças precisam reconhecer os significados que atribuem às situações observadas, para que sejam capazes de reconhecer em que contextos surgem as suas emoções, e por qual motivo. Este processo necessita de um certo grau de autoconsciência (Schaffer, 2004) que vai possibilitar à criança um desenvolvimento emocional integral e sadio, impactando também na sua regulação emocional e nos contextos sociais (Delgado & Contreras, 2008; Schaffer, 2004).

Diversos investigadores referem que o estudo da compreensão emocional e a sua influência no desenvolvimento infantil é imprescindível para auxiliar a criança a alcançar um desenvolvimento adequado e adaptativo. O desenvolvimento infantil é constituído por características pessoais, físicas e mentais da criança e pelo contexto social onde está inserida. Portanto, pode-se concluir que problemas genéticos e biológicos ou situações do meio em que vive podem prejudicar o desenvolvimento desta criança (Bandin, 2008; Halpern & Figueiras, 2004; Koller, 2004; Linhares et al., 2004).

Pons e colaboradores (2004) identificaram nove componentes que integram a compreensão emocional em crianças: 1) reconhecer as emoções através das expressões faciais; 2) compreender os motivos externos para a expressão de certas emoções; 3) compreender os motivos internos para a expressão de certas emoções; 4) compreender as crenças que despertam certas emoções; 5) compreender o impacto da memória na avaliação de estados emocionais; 6) compreender a capacidade de regulação emocional; 7) compreender a capacidade de supressão emocional; 8) compreender a presença de diversas respostas emocionais, sendo algumas contraditórias; 9) compreender as expressões morais. A compreensão emocional e as suas componentes são influenciadas, direta e indiretamente, pela idade e vivências sociais.

Diante da evidência científica da interação entre a emoção e a cognição, nos próximos parágrafos, serão descritos o desenvolvimento cognitivo e da compreensão emocional das crianças. O desenvolvimento cognitivo será explicado na perspectiva de Piaget (1999) e o desenvolvimento da compreensão emocional será explicado na perspectiva de Pons e colaboradores (2004).

O desenvolvimento da compreensão emocional pode ser dividido em três fases: fase externa, fase mental e fase reflexiva (Pons et al., 2004). Antes de aprofundar sobre cada fase, que se inicia a partir dos 3 anos, é importante perceber o que ocorre entre o nascimento até aos 3 anos de idade da criança. O reconhecimento de emoções é uma capacidade inata,

desenvolvida pela modelagem e exposição, que surge logo após o nascimento (Schultz et al., 2005). As crianças demonstram uma aptidão para perceber, comparar e imitar gestos e expressões faciais (Field et al. 1982; Meltzoff & Moore, 1983).

A partir do reconhecimento das emoções, as outras componentes da compreensão emocional podem desenvolver-se (Dunn et al., 1995). Os estudos relatam que a compreensão das expressões faciais evolui numa ordem hierárquica: (1) compreensão da alegria e tristeza e (2) compreensão da raiva e surpresa. O contexto de socialização emocional da criança transforma-se quando esta desenvolve a linguagem (2 a 3 anos) (Ridgeway et al., 1985).

Fase Externa (3 aos 6 anos)

A primeira fase é definida pela capacidade de identificar as expressões emocionais e perceber a influência de situações externas (e.g. socialização) e internas (e.g. lembrança de acontecimentos passados) nas emoções (Tenenbaum et al., 2004). A cognição, como referido, está interligada ao desenvolvimento da compreensão emocional e das funções executivas (León & Sierra, 2008).

Deste modo, as funções executivas, que são responsáveis no controlo e regulação dos pensamentos, emoções e ações, dependem da capacidade do funcionamento adequado da memória de trabalho (e.g. armazenar e processar informação), e conseqüentemente, o desenvolvimento da compreensão emocional pode depender do funcionamento da memória de trabalho a nível do processamento de informação (León & Sierra, 2008).

As crianças dos 2 aos 4 anos são capazes de identificar as emoções e as nomear verbalmente (Denham, 2007). Entre os 3 e os 4 anos, as crianças são capazes de reconhecer e nomear as emoções (básicas) expressadas em fotografias, e através da memória de trabalho, conseguem reconhecer quase todas as emoções básicas pela análise da expressão facial (Pons & Harris, 2005). A partir dos 5 anos, é esperado que as crianças consigam identificar as emoções, mas que ainda haja alguma dificuldade em nomeá-las (Machado et al., 2012).

As crianças na fase externa compreendem, de modo razoável, as causas e o impacto das situações sociais. Há um novo interesse pela causa que desperta certas emoções nos outros pois, neste período, as crianças apercebem-se que as situações e emoções estão interligadas e que um interfere no outro. Sendo que, compreendem o processo como sendo causa-efeito, ou seja, um sujeito fica alegre sempre que recebe algo que deseja, enquanto, fica triste quando o seu desejo não se concretiza (Machado et al., 2012).

Além disso, as crianças reconhecem que a forma como as situações são interpretadas podem afetar as expressões emocionais dos outros pois as representações subjetivas direcionam as emoções. Ainda acreditam que os seus desejos e crenças são semelhantes para todos os sujeitos (Machado et al., 2012). O final desta fase é determinado pela compreensão do vínculo entre a memória e as emoções. Mesmo que as emoções não se apresentem com a mesma frequência, as experiências diárias podem desencadear lembranças de emoções anteriores (Pons et al., 2004).

Fase Mental (5 aos 9 anos)

A segunda fase é determinada pela influência das crenças e desejos particulares na aprendizagem de emoções e pela distinção das emoções reais e aparentes (Machado et al., 2012). A ideia de que os seus desejos e crenças são semelhantes às dos outros, modifica-se para a percepção de que estes podem ser particulares de cada indivíduo. As crianças adquirem a capacidade de compreender a subjetividade das emoções. Os comportamentos dos outros, e o modo como expressam as suas emoções, na perspetiva da criança, não é normativo e depende do estado mental de cada pessoa (Wellman et al., 2001).

As emoções mais intensas surgem a partir de fatores internos e estão associados aos seus próprios objetivos (Denham, 2007). As crianças associam os mesmos temas e pessoas habituais como responsáveis pela sua raiva e tristeza. As suas ações são orientadas pela crença

de que os seus objetivos são interrompidos por causa dos outros, causando-lhes raiva. Quando não se sentem capazes de alcançar os seus objetivos, surge a tristeza (Fabes et al., 1988).

Como referido acima, as crianças reconhecem a existência de crenças e desejos particulares de cada pessoa, e neste período, distinguem as crenças verdadeiras das crenças falsas (Wellman et al., 2001). As crianças percebem que as ações provocam reações emocionais a cada situação, independente do tipo de crença. As crianças mais novas apenas compreendem a relação entre o desejo e a situação real e, posteriormente, reconhecem a influência das crenças falsas nas emoções (Pons et al., 2004).

Segundo Harris (1989), no processo de aprendizagem emocional, as crianças transitam por duas fases. A primeira fase é definida pela capacidade de reprimir os seus verdadeiros sentimentos, em situações específicas, de forma quase automática, para apresentarem-se como crianças educadas ou bem-comportadas por imposição indireta dos pais. Ainda não compreendem a possibilidade de que os indivíduos podem simular algumas emoções para manipular os outros e as situações, deste modo, apenas percebem o controlo dos seus verdadeiros sentimentos como uma ferramenta para suprir as expectativas dos adultos em relação ao seu comportamento. A segunda fase, ocorre aproximadamente aos 6 anos de idade, em que as crianças apercebem-se dos resultados de manipular a expressão das suas emoções, sendo elas falsas ou verdadeiras (Tenenbaum et al., 2004).

Fase Reflexiva (8 aos 12 anos)

A terceira fase é marcada pela compreensão de emoções mistas, das emoções morais e o controlo mental da emoção (Tenenbaum et al., 2004). No estudo das emoções mistas, Harter e Whitesell (1989), referem que as crianças dos 4 aos 12 anos, percorrem cinco fases no desenvolvimento deste tipo de emoções.

Na primeira fase (crianças com menos de 5 anos), as crianças apenas reconhecem as emoções sentidas uma de cada vez, ainda que sejam emoções semelhantes. Na segunda fase

(aos 7 anos), reconhecem a presença de duas emoções simultaneamente, se estas forem ambas emoções consideradas positivas ou negativas em relação à mesma situação. Na terceira fase (aos 8 anos), as crianças reconhecem a presença de duas emoções (ambas positivas ou negativas), simultaneamente, mas já podem estar direcionadas a situações diferentes. Na quarta fase (aos 10 anos), as crianças reconhecem a presença de duas emoções diferentes, simultaneamente, direcionadas a situações diferentes. Na quinta fase (aos 11 anos), as crianças conseguem reconhecer e descrever sentimentos opostos em relação à mesma situação (Harter & Whitesell, 1989).

Na compreensão das emoções morais, Harris (1989), refere que é crucial as crianças compreenderem as crenças e desejos dos sujeitos e os pensamentos de ruminação acerca do medo de serem julgados (Tenenbaum et al., 2004). A partir dos 8 anos, as crianças em geral, são capazes de perceberem que os indivíduos podem sentir emoções consideradas negativas, por alcançarem os seus objetivos através da desonestidade. Deste modo, prevalecem as emoções morais: vergonha, culpa ou orgulho (Franco & Santos, 2015).

A compreensão do controlo mental das emoções é marcada pela descoberta de estratégias ativas adotadas pelas crianças (Harris, 1989). As crianças mais novas adotam a estratégia de modificar a situação. Diante de uma situação em que as crianças esperam o aparecimento de sentimentos negativos, a estratégia é ativada. As crianças mais velhas também adotam esta estratégia, de modo mais aprimorado, recorrendo a ferramentas cognitivas para suprimir os pensamentos que alimentam aquelas emoções. O desenvolvimento adaptativo de cada fase da compreensão emocional é determinado pela capacidade de avaliação e reflexão cognitiva perante as reações emocionais (Tenenbaum et al., 2004).

O Desenvolvimento Cognitivo de Crianças

A aquisição do conhecimento é um processo ativo, que origina-se a partir do desequilíbrio, entre a criança e o objeto. Na perspetiva de Piaget (1967), desde o nascimento,

há um esforço, por parte da criança, para adaptar-se ao meio. E para alcançar este objetivo, a criança recorre a duas ferramentas: a assimilação e a acomodação. Posteriormente, o termo adaptação foi alterado para equilíbrio.

Neste processo, a assimilação e a acomodação, elaboram os esquemas que são “caixas” mentais onde armazenam-se as experiências anteriores. Nestas “caixas” são interpretadas e organizadas as informações que o sujeito recebe para as próximas experiências. Os esquemas, nas crianças mais novas, são básicos e tornam-se mais complexos consoante a interação da criança com o ambiente (Piaget, 1978).

A assimilação, é uma ação externa, que utiliza as experiências anteriores para compreender novas informações. Por exemplo, a criança reconhece o que é um gato e associa que todos os animais de quatro patas são gatos. Perante esta situação, a criança enfrenta um desequilíbrio e é necessário utilizar a acomodação (Piaget, 1978).

A acomodação, é um processo interno, que elabora novos esquemas, permitindo compreender novas informações. Por exemplo, a criança observa um cão pela primeira vez, e os seus esquemas reconhecem que todos os animais de quatro patas são gatos, também chamará este cão de gato. Se um indivíduo corrigir esta criança e explicar que aquele animal chama-se cão, a criança compreende que precisa desenvolver os seus esquemas atuais (Rathus, 2007).

Outro exemplo é quando uma criança ganha um livro novo. A sua “caixa” mental recebe informações que são interpretadas e organizadas na sua estrutura de pensamento (assimilação). Durante a leitura, aparecem novas informações que os seus esquemas atuais não compreendem. Nesta situação, a estrutura da criança está desequilibrada, portanto, é necessário ativar o mecanismo de acomodação. A criança deve desenvolver os seus esquemas através da pesquisa, dúvida, comparação e análise de novas informações para equilibrar a sua estrutura (Piaget, 1999).

A atividade mental, nas componentes intelectuais e afetivas, são organizadas por estruturas regulares e variáveis que estão dispostas por estádios do desenvolvimento cognitivo. Piaget (1999) descreve quatro estádios do desenvolvimento cognitivo: sensório-motor, pré-operacional, concreto e formal. Cada estágio apresenta estruturas particulares, que são conservadas nos estágios seguintes, e desenvolvidas novas estruturas.

Estádio Sensório-Motor (0 a 2 anos)

O bebê desenvolve a percepção de si e dos objetos. Observa o seu corpo e descobre a sua capacidade de movimentação. Nesta fase, o bebê reconhece a si próprio e interage gradualmente, consoante os estímulos que recebe, com o ambiente. O aparecimento dos esquemas sensoriais-motores auxiliam na organização, em “caixas” mentais, dos estímulos ambientais recebidos, que irão permitir ao bebê, conseguir lidar com quase todas as situações que lhe aparecem (Rappaport, 1981).

O bebê, após explorar a movimentação do corpo, transita para a exploração dos objetos. Observa o seu ambiente, os objetos disponíveis, tenta agarrá-los e, através de gestos e do tato, conhece os objetos que lhe parecem mais atrativos. Neste processo, os mecanismos mentais e físicos são ativados, e produz um pensamento sobre o seu plano para realizar o seu desejo, ou seja, como irá conhecer os objetos. Quando manifesta-se a noção de si, dos outros e dos objetos, o bebê transita para o próximo estágio (Papalia, 2006).

Estádio Pré-Operacional (2 a 7 anos)

A criança é considerada egocêntrica, pois acredita que o mundo está ao seu dispor, e para realizar os seus desejos. O seu diálogo ainda não se desenvolveu e como não consegue expressar o que deseja verbalmente, irrita-se com facilidade quando é contrariada (La Taille, 1992). Uma característica desta fase é o animismo, isto é, a criança assume que a natureza está viva e que está a interagir com ela (Piaget, 1964). Como tal, se a criança bater em uma mesa, esta acredita que a mesa realizou a ação. Piaget (1999, p. 325) refere que “no nível em que a

criança anima os corpos exteriores inertes, ela materializa, em compensação, o pensamento e os fenômenos mentais”.

O desenvolvimento da fala permite à criança expressar para o ambiente os seus pensamentos e desejos, contar as suas experiências passadas e experiências futuras. Inicia-se a socialização com outras crianças, mas ainda com uma abordagem egocêntrica, priorizando o seu ponto de vista. A criança aprende através das suas experiências, dos objetos habituais e no que acredita ser real. O seu pensamento é estático e muito concreto. Neste período, está presente a irreversibilidade do pensamento (Piaget, 1978).

A criança ainda não dispõe de mecanismos para produzir um pensamento e revertê-lo. Se um adulto explica à criança que o percurso de onde se encontram até à sua casa são 5 km e lhe pergunta qual a distância da sua casa até onde se encontram, a criança poderá demonstrar-se confusa. A criança transita para a fase seguinte quando diminui o seu egocentrismo, considera as regras sociais e as suas ações direcionam-se para a cooperação (Piaget, 1978).

Estádio Concreto (7 aos 12 anos)

O pensamento da criança é orientado para a razão e recorre a esquemas mentais para resolver os problemas concretos. A criança questiona-se acerca de todas as possibilidades, para alcançar um conhecimento real e adequado, dos objetos e do ambiente ao seu redor. O processamento deste tipo de conhecimento permite expandir o raciocínio lógico para as futuras experiências. A criança consegue gerir as suas estruturas de pensamento com equilíbrio através da maturação e dos estímulos recebidos (Piaget, 1999).

A criança desenvolve a noção de distância entre os espaços e memorizar os trajetos (Papalia, 2006). “Esse estágio é marcado por um estágio intermediário em que a descoberta intuitiva da resposta correta surge através de ensaio e erro” (Pulaski, 1980, p. 72). A aprendizagem é definida pelo raciocínio lógico e pelo fator de tentativa e erro. Quando uma ação resulta em um erro, produz um aprendizado. Além disso, há um progresso nas “caixas”

mentais, que são organizadas por tipos de classificação e seriação. É importante ressaltar a disponibilidade para trabalhar em grupo, a conquista do pensamento reversível e a noção de conservação do objeto, de peso e de volume (Piaget, 1999).

Estádio Formal (a partir dos 12 anos)

O estágio das operações formais refere-se ao pensamento “hipotético-dedutivo”, ou seja, a capacidade de concluir algo através de hipóteses. Para os adolescentes desta fase, as suas conclusões são apropriadas, sem ter em conta a realidade (Piaget, 1999). O adolescente conquista o pensamento abstrato, “que lhe proporciona um modo novo e mais flexível de manipular as informações” (Papalia, 2006, p. 443).

Os adolescentes refletem sobre diversos fatores, para chegarem a conclusões, conscientizando-se da razão. Buscam interpretar e compreender os termos e os seus significados, interessando-se por doutrinas e teorias. Os adolescentes dispõem de ferramentas para criticar os sistemas sociais e os valores morais de seus pais, propondo novos códigos de conduta e construindo os seus próprios valores morais (Rappaport, 1981). A busca pela autonomia permite refletir acerca dos fenómenos mentais e questionar-se para validar as suas crenças. Este processo está relacionado com o desenvolvimento da personalidade e a busca pela identidade (Schirmann et al., 2019).

Teoria das Emoções

A emoção está associada à qualidade do pensamento (Mayer & Salovey, 1997). A teoria das emoções estabelece três processos responsáveis pelo funcionamento do sistema emocional: os esquemas emocionais, as respostas emocionais e a regulação emocional (Elliott et al., 2004).

Os esquemas emocionais são caracterizados pelas memórias das experiências emocionais vivenciadas e servem de base para as futuras experiências emocionais (Elliott, 2012; Greenberg, 2010).

As respostas emocionais são divididas em três categorias: as emoções primárias, as emoções secundárias e as emoções instrumentais. As emoções primárias referem-se a reações diretas à situação. Podem ser reações adaptativas ou desadaptativas, conforme a reação associada a cada situação ou o sujeito age com base nas experiências negativas anteriores. As emoções secundárias referem-se a pensamentos e sentimentos que surgem a partir da situação. E as emoções instrumentais referem-se a emoções elaboradas intencionalmente com o objetivo de influenciar os outros (Elliott et al., 2004).

A regulação emocional, é definida por estratégias, conscientes ou inconscientes, que servem para regular os vários componentes (sentimentos, comportamentos, cognições e respostas fisiológicas) da resposta emocional. A criança que enfrenta dificuldades em regular as suas emoções, pode desenvolver sintomas internalizantes ou externalizantes (Gross, 2001).

A Regulação Emocional e os Sintomas Psicopatológicos

A regulação emocional abrange a capacidade de identificar, compreender e aceitar experiências emocionais; controlar comportamentos impulsivos em situações estressantes; e produzir respostas emocionais adequadas às diferentes situações. A criança que consegue utilizar todas estas estratégias, reforça a probabilidade de respostas adaptativas e socialmente aceites, promovendo um funcionamento psicológico saudável (Gratz & Roemer, 2004).

Nelis et al. (2011) formularam um modelo que refere dois tipos de regulação emocional: a regulação ascendente (*up regulation*) e a regulação descendente (*down regulation*). A regulação ascendente pretende aumentar ou manter emoções positivas em situações em que elas são ativadas, sendo importante para a adaptação e saúde mental (e.g., fortalece a atenção, cognição, criatividade, qualidade das relações sociais e o desempenho na escola). Enquanto a regulação descendente diminui a intensidade de emoções negativas quando estas são ativadas (Fredrickson & Losana, 2005; Lopes et al., 2005; Quoidbach & Hansenne, 2009).

Em contrapartida, o Modelo Processual da Regulação Emocional (Gross, 1998b, 2002) apresenta a perspectiva de que o indivíduo possui uma vasta gama de estratégias de regulação emocional que podem ser utilizadas em diferentes níveis entre a situação e a resposta emocional. As estratégias diferem consoante o foco e impacto na experiência emocional. Há dois tipos de foco da regulação: o foco antecedente à ativação emocional e o foco na resposta, após a situação (Gross, 1998b; 2014).

O modelo de Gross destaca duas estratégias de regulação emocional: a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Gross, 1998b, 2002, 2014). Na estratégia da reavaliação cognitiva, o foco é antecedente à ativação emocional, atuando como modelador cognitivo na tentativa de modificar a forma como o indivíduo vai avaliar a situação e, conseqüentemente, interferir com a sua resposta emocional. Na estratégia da supressão emocional, o foco é posterior à ativação emocional, atuando como modelador da resposta, na tentativa de modificar o comportamento ou expressão emocional (Gross, 2002; Webb et al., 2012). Ainda se pode afirmar que a supressão emocional está associada à diminuição das experiências emocionais agradáveis (Gross, 1998a) e com o aumento das experiências emocionais desagradáveis (Gross & John, 2003).

A estratégia de regulação emocional através da supressão emocional influencia na resposta fisiológica devido ao esforço necessário para diminuir as experiências emocionais agradáveis (Gross, 2002). Enquanto a estratégia de regulação emocional a partir da reavaliação cognitiva influencia nas experiências emocionais, promovendo as experiências emocionais favoráveis (Gross & John, 2003). Pode-se observar nesta segunda estratégia, uma diminuição da resposta experiencial e comportamental, sem aumentar a resposta fisiológica (Gross, 2002).

Nos estudos acerca do funcionamento social, pode-se observar que os indivíduos que utilizam a supressão emocional são propensos a evitar relações emocionalmente próximas e tem poucas relações vistas como positivas. Enquanto, os indivíduos que preferem a reavaliação

cognitiva são propensos a partilhar as suas emoções e desenvolver relações emocionalmente próximas (Gross & John, 2003). Apesar disso, ambas as estratégias podem trazer consequências, mas o contexto e os objetivos para as quais as estratégias são utilizadas, definem se é uma estratégia benéfica (Gross, 2002). Quando há uma flexibilidade na utilização das estratégias de regulação emocional, ocorre a promoção de uma regulação emocional adaptativa (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2002).

Cadima e colaboradores (2016) referem que é possível que as crianças com maiores dificuldades em regular as suas emoções possam estabelecer relações menos apoiantes com os seus educadores. Contudo, observaram que as relações próximas e apoiantes podem ser ferramentas essenciais para as crianças, relativamente à regulação e expressão emocional. Os resultados do estudo revelam que as experiências diárias e regulares das crianças na sala de aula são um recurso importante para a expressão e regulação emocional de crianças em risco. Os adultos podem auxiliar no desenvolvimento emocional e académico das crianças percebendo o modo como se relacionam com as mesmas, proporcionando momentos de conversa em sala de aula, o modo como respondem às crianças ou como comunicam acerca das expectativas esperadas do seu comportamento em diferentes situações na escola.

Em diversos estudos, há uma correlação entre a regulação das emoções e a saúde física. Por exemplo, a inibição da expressão emocional está recorrentemente associada a problemas de saúde (Consedine et al., 2002) e a livre expressão de emoções relaciona-se como um fator que contribui para a boa saúde (Pandey & Choubey, 2010). A regulação emocional exerce um impacto significativo no estado de saúde dos sujeitos, pode ter benefícios ou malefícios à saúde física e psicológica, consoante estratégia de regulação emocional utilizada (Gross, 1998a).

Quando o indivíduo adota a supressão da experiência e da expressão emocional, há a possibilidade de influenciar negativamente o bem-estar e a saúde física e psicológica. Quando o indivíduo adota a reestruturação cognitiva ou a reavaliação positiva da situação, com a

intenção de regular a experiência e a expressão emocional, pode desencadear efeitos benéficos ao bem-estar e à saúde (Pandey & Choubey, 2010). Diante uma incapacidade de aplicar qualquer estratégia, o indivíduo pode experimentar dificuldades em regular as suas emoções e desenvolver sintomas internalizantes (e.g. disforia, anedonia, retraimento social, ansiedade e sintomas somáticos) e externalizantes (e.g. impulsividade, uso de substâncias, hiperatividade, desatenção e agressividade) que afetam a cognição e a sua rotina (Hofmann et al., 2012).

Os sintomas internalizantes e externalizantes também estão associados aos problemas de comportamento que são explicados por ocorrer um déficit ou excesso comportamental, por parte da criança, que prejudica a interação dela com os outros indivíduos e na sua aquisição de novas habilidades sociais (Bolsoni-Silva, 2003). Os problemas comportamentais são classificados como internalizantes e externalizantes (Achenbach & Edelbrock, 1979).

Os sintomas internalizantes são manifestações emocionais. Estes sintomas incluem a presença de sentimentos de tristeza, retraimento social, queixas somáticas, baixa autoestima, sintomas fisiológicos e cognitivos (Achenbach et al., 1993; APA, 2013). Os sintomas internalizantes são apontados como um fator de risco para a saúde e o seu aparecimento pode resultar em perturbações mentais como a depressão, a ansiedade e o stresse (Achenbach, 1978). No estudo de Baptista (2021), as crianças que manifestaram problemas internalizantes, também revelaram um temperamento, reatividade emocional negativa ou dificuldade na regulação das emoções. Os sintomas internalizantes também podem manifestar-se a partir da preocupação excessiva, afastamento, timidez, insegurança e medo (Achenbach, 1966).

Os sintomas externalizantes são sintomas que causam reações em situações sociais. Estes sintomas referem-se à agressividade, falta de atenção, desobediência e comportamentos desviantes. Também é considerado um fator de risco para a saúde e quando manifestados, podem resultar em perturbações mentais que caracterizam-se pela presença de agressividade

física e/ou verbal, condutas opositoras ou desafiantes, comportamentos antissociais e comportamentos de risco (Achenbach, 1966).

Nas crianças em idade escolar, os sintomas podem surgir do desinteresse por brincadeiras e trabalhos escolares, irritabilidade, hiperatividade (e.g. atividade motora excessiva quando não é apropriado), dores de cabeça, enurese, sono perturbado, choro e raiva. Os pensamentos suicidas são exteriorizados pelo desejo de dormir para sempre, de sair de casa ou desaparecer. Quando os sintomas internalizantes e externalizantes são expressados através de comportamentos repetitivos e persistentes, considerar-se importante realizar uma avaliação psicológica (Giordani et al., 2020).

Os sintomas internalizantes e externalizantes, abrangem as dificuldades interpessoais, que têm impacto significativo no desenvolvimento saudável. No entanto, os pais e educadores, na sua maioria, preocupam-se com as dificuldades externalizantes manifestadas pelas crianças. Isto ocorre devido ao rápido reconhecimento dos sintomas manifestados pelos problemas de comportamento externalizantes, tais como, a agressividade e oposição (Del Prette & Del Prette, 2013).

A literatura refere que os sintomas externalizantes são mais prevalentes nos meninos, enquanto os sintomas internalizantes são mais predominantes nas meninas (Loosli & Loureiro, 2010). As crianças em idade escolar demonstram, maioritariamente, problemas de comportamento que envolvem conflitos com o meio exterior. Podem apresentar características de desafio, impulsividade, agressividade e hiperatividade (Achenbach et al., 2008).

Os estudos apontam que o sofrimento psicológico das crianças está relacionado com o contexto onde vivem. Os fatores que influenciam na saúde mental das crianças foram associados aos seguintes aspetos do contexto e ambiente familiar: rendimento familiar, escolaridade dos pais, estrutura familiar, situação conjugal dos pais, práticas parentais, presença de perturbação mental nos pais, recursos, existência de violência intrafamiliar (Cid &

Matsukura, 2014; Paula et al., 2010). Além disso, os estudos referem que as crianças de famílias que possuem regras e divisão de tarefas manifestam, em comparação com as restantes famílias, maiores índices de comportamento pró-social, o que diminui o risco de dificuldades socioemocionais (Cid & Matsukura, 2014).

As regras e responsabilidades são apontadas como fatores de proteção da saúde mental das crianças. Ainda assim, deve-se ter em conta, outros elementos que contribuem, como as práticas parentais positivas. Gomide (2006) descreve que as regras e os limites na família, assim como a supervisão das atividades diárias da criança, num ambiente de afeto e respeito, promove o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e o desenvolvimento de competências socioemocionais nas crianças (Cid, 2015).

Num estudo sobre as atividades realizadas em família, os cuidadores referem fazer uma ou duas atividades com as crianças durante a semana (67,9%), por exemplo, refeições, assistir televisão, conversar sobre os interesses da criança (84%) e brincar (75%). Os resultados da investigação, indicam que problemas escolares e famílias com frequentes discussões, apresentam uma prevalência de dificuldades psicológicas e uma diminuição do comportamento pró-social (Cid, 2015).

Muñoz e colaboradores (2014), num estudo acerca da relação entre a colaboração das crianças em atividades familiares e a saúde mental, observaram que as famílias com maior envolvimento por parte das crianças nas atividades, possuíam melhores índices de saúde mental. As famílias relataram as seguintes atividades realizadas, semanalmente, em grupo: refeições; contar histórias, cantar ou ler; brincar ou jogar com os pais. Concluiu-se ser necessário implementar intervenções precoces, no contexto familiar, para a promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças.

Depressão

As perturbações depressivas são caracterizadas pela presença de tristeza, vazio ou humor irritável, associado a alterações físicas e cognitivas, que têm um impacto significativo no funcionamento geral do indivíduo. O tipo de perturbação é definido pela duração, o ciclo de vida e a etiologia da doença (APA, 2013). Desde 1970, a depressão tem sido evidenciada na investigação e foi reconhecida a presença deste perturbação em crianças e adolescentes (Assumpção Junior & Kuczynski, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1991) publicou um relatório, na década de 1990, sobre a saúde mental e as consequências das doenças mentais nos indivíduos. A depressão foi apontada como uma das perturbações mais presentes naquele momento, totalizando 330 milhões de indivíduos diagnosticados com a perturbação. Além disso, o relatório indicou que a depressão seria a segunda maior causa de doença em 2020.

A depressão infantil é vista como uma doença grave devido à incapacidade social que está correlacionada. Num estudo sobre a depressão infantil, foram entrevistados profissionais da saúde e famílias, para perceber a sua visão sobre os comportamentos infantis. Pôde-se observar que quando as crianças são muito novas, as informações são trazidas pelos familiares: *“(...) quanto mais jovem a criança for, ela vai estar mais dependente do familiar que a está trazendo (...) na nossa área, é preciso ter conhecimento sobre o desenvolvimento normal, do que é uma criança normal, porque às vezes a família transforma em sintoma alguma coisa que ela considera anormal, mas que não é necessariamente. Às vezes, é só uma reação normal da criança a uma situação ambiental anormal”* (Nakamura & Santos, 2007, para. 32). O sintoma de depressão pode ser uma reação da criança aos problemas familiares, nomeadamente, agressividade dos pais, condutas parentais punitivas, discórdia conjugal e rejeição (Lima, 2004; Moreno & Moreno, 1994).

O estudo refere sobre a perceção da família acerca dos comportamentos infantis. “Os pais podem considerar que aquilo é preguiça, a criança está com preguiça ou ela está birrenta.

Acham que faz parte do processo de desenvolvimento, é uma fase, que ela não está doente” (Nakamura & Santos, 2007, para. 34). As famílias podem associar a depressão infantil como um “mau funcionamento” das crianças e a doença é percebida quando a criança tem comportamentos considerados estranhos ou disfuncionais: “Ele era muito nervoso, muito irritado, então às vezes, não sabíamos o que era, passou despercebido” (Nakamura & Santos, 2007, para. 44).

Nos primeiros anos de vida, a depressão é expressada por sintomas físicos e, mais tarde, o conflito é interiorizado e aparece a expressão da tristeza. O diagnóstico depende de quem observa, do que é observado e do grau de tolerância do observador. Algumas famílias demonstram-se confusas por considerarem a criança como “manhosa, birrenta, nervosa ou mal-educada” e é dado o diagnóstico de depressão. O ambiente familiar poderá ser um fator de risco ou um fator protetor, de acordo com as condutas parentais e pré-disposição genética (Nakamura & Santos, 2007). No estudo de Oliveira e colaboradores (2002), problemas de comportamento internalizantes e externalizantes estavam presentes entre os filhos de mães autoritárias.

Ansiedade

As perturbações de ansiedade são caracterizadas pela presença de medo e ansiedade excessivos e alterações comportamentais diante de situações ou eventos desconhecidos. O medo é explicado por ser uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é explicada por ser uma reação a uma ameaça futura. O medo e a ansiedade normativos distinguem-se do medo e ansiedade patológicos quando são excessivos e persistentes. As perturbações de ansiedade são distinguidas pelo tipo de objeto, situação, pensamento ou crença que ativa o medo, ansiedade, comportamento evitante ou ideação cognitiva (APA, 2013).

As crianças que manifestam frequentemente preocupação com diversos assuntos, percebem o mundo como perigoso e demonstram preocupações excessivas acerca do futuro

estão mais propensas a desenvolver uma ansiedade patológica (Oliveira, 2008). A literatura refere também que a ansiedade pode ser um estado de humor desconfortável, sentimento de angústia, abalo moral ou afetivo, o qual espera-se evitar, que gera uma inquietação e medo acerca do futuro (Bauer, 2002; Dalgarrondo, 2000).

A ansiedade, num grau leve, faz com que os indivíduos estejam alertas, enquanto num grau elevado, impede que o indivíduo reaja ou desencadeie comportamentos disfuncionais. A ansiedade patológica é caracterizada pela reação excessiva, incontrolável e desproporcional à situação (Simões, 2012). Os sintomas estão associados à dificuldade para dormir, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e dores corporais. Os fatores de risco para as perturbações de ansiedade englobam os fatores biológicos e fatores ambientais (APA, 2013).

As crianças ansiosas apresentam comportamentos de agitação e apreensão. A ansiedade patológica em crianças manifesta-se através de sintomas físicos, comportamentais e psicológicos (Costa & Pimentel, 2023). Os sintomas físicos englobam mãos frias, dores de cabeça, dores de estômago, sudorese, taquicardia, dores abdominais recorrentes, sensação de tremores, calafrios e palpitações. Os sintomas comportamentais referem-se à irritabilidade, crises de choro sem motivo aparente e recusa em ir para locais sociais. Os sintomas psicológicos incluem insegurança, tensão, despersonalização, mal-estar, medo excessivo e desproporcional, preocupações antecipatórias e pensamentos catastróficos sobre si e sobre o mundo (Lopes et al., 2023).

A causa das perturbações de ansiedade é resultante da combinação de fatores hereditários e ambientais, por exemplo, perdas por morte ou separação, crise conjugal dos pais ou cuidadores, nascimento de um novo irmão ou doença na família. As crianças mais pequenas manifestam a ansiedade patológica através de queixas físicas vagas. Por isso, é essencial uma avaliação minuciosa da intensidade e frequência dos sintomas para determinar o impacto no funcionamento global e na qualidade de vida das crianças (Jesus et al., 2023).

Stresse

O stresse, é uma reação do organismo, causado por componentes biológicos e psicológicos, que criam uma tensão. Esta tensão ou evento estressante, força o corpo do indivíduo a reagir e a adaptar-se perante o desequilíbrio (Filgueiras & Hippert, 1999). A fonte da tensão é percebida pelo indivíduo como ameaçadora e incontrolável, independente da causa da tensão (Lazarus & Folkman, 1984). O stresse é um elemento que faz parte do desenvolvimento e depende do grau da tensão, o tempo de exposição e dos mecanismos protetores do indivíduo para definir se é um elemento adaptativo ou desadaptativo para si (Linhares, 2016). O indivíduo pode ter três tipos de respostas ao stresse: positiva, tolerável e tóxica (Magalhães-Barbosa et al., 2022).

A resposta positiva ao stresse é essencial para o desenvolvimento saudável, uma vez que permite à criança compreender, num ambiente social, o que pode ou não fazer para suprir as suas necessidades. Esta resposta é breve e controlada e pode surgir, por exemplo, em novos ambientes e experiências (Park et al., 2019). A resposta tolerável apresenta um estímulo estressante maior que o anterior, percebendo como uma ameaça maior e mais duradoura, sendo possível danificar o organismo. Se a criança sentir-se num ambiente seguro, os seus mecanismos protetores de autorregulação, o stresse é controlado. Este tipo de resposta pode ocorrer, por exemplo, quando morre um ente querido (Magalhães-Barbosa et al., 2022; Serafini et al., 2017).

A resposta tóxica ao stresse surge quando a criança vivencia adversidades, abuso emocional, negligência crônica, abuso de drogas ou doenças psiquiátricas dos cuidadores, porque sente necessidade de sempre estar alerta e que está em constante perigo (Magalhães-Barbosa et al., 2022; Serafini et al., 2017). A criança não consegue ativar os mecanismos protetores de autorregulação, portanto, o stresse é ainda maior do que nas respostas anteriores e pode causar danos ao organismo, ao desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como

prejudicar a sua saúde física e mental (Linhares, 2016). Bernstein e colaboradores (1994), referem os maus-tratos na infância como a principal causa do stresse precoce, especificamente, o abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física.

O abuso físico é definido por agressões físicas realizadas por indivíduos mais velhos, pais ou responsáveis pela criança. O abuso emocional é definido por agressões verbais direcionadas à criança (Wainer et al., 2015). O abuso sexual refere-se a qualquer ato ou comportamento sexual de um indivíduo mais velho com uma criança (Cutajar et al., 2010). A negligência emocional refere-se à falta de afeto e suporte emocional de um responsável para com a criança. A negligência física é quando um responsável não consegue suprir as necessidades básicas (e.g. moradia, alimentação, segurança e saúde; Wainer et al., 2015). O stresse tóxico pode provocar um comprometimento cognitivo ou perturbações psicológicas das crianças (Jiang et al., 2019).

Saúde Psicológica e Bem-Estar das Crianças na Pandemia de COVID-19

A saúde mental é explicada como um “estado de bem-estar mental”, que assegura aos indivíduos a capacidade de lidar com o stresse da sua vida, e reconhecer as suas capacidades cognitivas, afetivas e relacionais para adquirir conhecimento e exteriorizá-lo em seu trabalho, contribuindo para a comunidade em que está inserido. A saúde mental é uma componente-chave para a saúde e bem-estar, para a aptidão coletiva e individual, sendo mais do que uma ausência de doença (OMS, 2022).

A saúde é multideterminada, incluindo, os fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociais, económicos e espirituais. Estes fatores definem a prevalência ou ausência de saúde mental nos indivíduos (Harandi et al., 2017). A saúde mental infantil engloba aspetos emocionais, comportamentais e sociais. Estes aspetos permitem à criança adquirir conhecimentos para tornar-se competente e sentir-se integrada na sua comunidade (Amstalden

et al., 2010). O sofrimento psicológico infantil é expressado pelos comportamentos e emoções que paralisam a rotina da criança (Cantwell, 1999).

Os critérios que definem a presença de saúde ou doença mental estão relacionados com a experiência grupal. Os critérios para a saúde mental são um funcionamento psíquico adequado e boas competências sociais para interagir com pessoas, a comunidade e a sua família (Ackerman, 1986; Ramos, 2002). Assim como a saúde, o processo de desenvolvimento também é multideterminado (Bandin, 2008; Halpern & Figueiras, 2004), portanto, é importante antecipar os fatores de risco para a saúde, para que seja possível ativar mecanismos protetores e evitar as situações de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Quando o processo de desenvolvimento dos indivíduos é prejudicado, por exposição a situações de risco, os fatores protetores são ativados (Coie et al., 1993; Dekovic, 1999; Greenberg et al., 2001). Marturano (1999) e Schimitz (2003), referem que se o ambiente em que o indivíduo está inserido é positivo, pode-se considerar como um fator protetor e promotor do desenvolvimento. Mondin (2005) também refere que a família é um fator protetor, quando apresentam-se como uma rede de apoio e as relações entre os membros da família são baseadas no respeito mútuo e participação ativa.

A investigação evidencia que, nos primeiros anos de vida, a família é o primeiro grupo social que o bebê reconhece e estabelece uma relação profunda e duradoura. Este grupo vai auxiliar o bebê a conhecer o mundo e a desenvolver-se de forma adequada. Para tal, a família deve oferecer cuidado, carinho, atenção, diálogo, autonomia, empatia, afetividade, aceitação e liberdade (Ackerman, 1986; Campos, 2004).

A criança, durante a infância, está diariamente, em contato com a família e a escola. Estes contextos devem assegurar condições adequadas para um crescimento saudável da criança, a nível motor, emocional, afetivo, social e cognitivo (Matsukura & Cid, 2008).

A criança está em constante desenvolvimento e adaptação a novas experiências, como pandemias, catástrofes naturais, guerras e acidentes. Estas experiências são consideradas situações traumáticas que podem afetar os indivíduos, no ponto de vista, micro e macrossocial (Nakano, 2020). O primeiro caso de COVID-19, surgiu em dezembro de 2019, e rapidamente alastrou-se para o resto do mundo. Este vírus causou muitas mortes e a OMS tomou a decisão de declarar uma pandemia, conseqüentemente, obrigando as pessoas a ficarem em isolamento até que houvesse uma solução. Anteriormente ao estado pandémico, a saúde mental já era uma preocupação (Mackenzie & Smith, 2020).

No âmbito do estudo “*Fit Mind, Fit Job - From Evidence to Practice in Mental Health and Work*”, foi identificado que mais de metade de todas as doenças mentais surgem durante o período da infância e da adolescência (OECD, 2015). De acordo com o relatório “*Health Behaviour in School-aged Children*”, 13,6% de jovens portugueses manifestam sintomas de ansiedade (e.g., dificuldade em adormecer ou sinais de nervosismo) e 27,6% referem sentir-se preocupados todos os dias ou várias vezes ao dia (Matos, 2018).

No período pandémico, os alunos revelaram que, no domínio académico, a sua vida na escola ficou pior ou muito pior depois da pandemia (34,3%). No domínio da relação com os pares, a vida com os amigos ficou pior ou muito pior depois da pandemia (21,9%). Relativamente a si, alguns referem que a vida consigo mesmo, ficou também pior (28,4%) (Matos et al., 2021). Entende-se através destes resultados que, apesar do avanço nos estudos da saúde mental e bem-estar das crianças e jovens, a pandemia em 2020, incitou uma urgência para um movimento imediato na área da saúde psicológica dos mesmos (Cowie & Myers, 2021; Ford et al., 2021; UNICEF, 2021).

O relatório do estudo “Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar”, com o intuito de explorar a saúde psicológica e bem-estar da comunidade educativa portuguesa (e.g., alunos e docentes), identificou, através dos resultados obtidos que,

aproximadamente, um terço dos alunos apresentam sinais de sofrimento psicológico e déficit de competências socioemocionais, sendo que, especificamente, um quarto dos alunos são inquietos (23,2%), distraem-se com facilidade (24,9%) e mais de metade dos alunos preocupam-se muitas vezes com as coisas (58,7%) (DGEEC, 2022; OECD, 2021).

A literatura sugere que, um em cada sete jovens entre os 10 e os 19 anos, poderá sofrer de uma perturbação psicológica, sendo esta consequência de dois anos incertos de pandemia (e.g., Branquinho et al., 2020; Branquinho et al., 2021a; Branquinho et al., 2021b; Matos & Wainwright, 2021; Mohler-Kuo et al., 2021; OMS, 2021; Viner et al., 2021; Sousa et al., 2021). Observou-se ainda que, apesar da taxa de infeção por COVID-19 nas crianças ser baixa (Duan & Zhu, 2020), comparativamente com os adultos, as crianças sofrem um maior impacto, a nível social e emocional, da COVID-19 (Ghosh et al., 2020; Singh et al., 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020).

No entanto, o impacto também depende de outros fatores como a vulnerabilidade, idade, nível académico, mecanismos protetores de saúde mental pré-existentes, carência económica, estar em isolamento devido à infeção por COVID-19 ou medo de ser infetado. Também foi possível identificar nas crianças, sentimentos de dependência, sono perturbado, pesadelos, falta de apetite, desatenção e problemas significativos de separação (Huang & Zhao, 2020; Mamun & Ullah, 2020; Ribeiro et al., 2020; Satıcı et al., 2020; Singh et al., 2020).

Segundo Castillo e Velasco (2020), as medidas de contenção implementadas durante a pandemia da COVID-19, especificamente, o fechamento de escolas e isolamento social, assim como a solidão, ansiedade, incerteza, uso compulsivo de jogos e mídias sociais, refletiu-se no desempenho académico, desenvolvimento normativo e saúde psicológica das crianças (Idoiga et al., 2020; Romero et al., 2020; Vallejo-Slocker et al., 2020). Nos estudos de Saurabh e Ranjan (2020), os autores também referiram que as crianças e jovens em quarentena,

comparativamente com aqueles em *lockdown* em conjunto com outros membros da família, tinham alterações psicológicas mais significativas.

A escola é “uma casa fora de casa” (Ghosh et al., 2020), promove um ajustamento positivo e bom desenvolvimento psicológico em condições favoráveis (e.g. liberdade, interação com diferentes pessoas, ajuda pedagógica e psicológica; Baker et al., 2003). Portanto, o ecossistema escolar é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde mental e prevenção de possíveis danos a longo prazo. Contudo a pandemia de COVID-19 veio introduzir um novo contexto prejudicial para a saúde mental e o bem-estar (Aldridge & McChesney, 2018; Cowie & Myers, 2021; Ford et al., 2021; Hughes et al., 2017; O’Reilly et al., 2018).

O estudo de Burt e colaboradores (2008), com o objetivo de compreender os problemas socioemocionais e o desempenho escolar na infância, adolescência e na idade adulta, acompanharam 205 crianças. Os resultados apontaram que os problemas externalizantes presentes na idade escolar (até 12 anos) impactaram o desempenho escolar na adolescência e associaram-se, com os problemas internalizantes no início da vida adulta. Concluiu-se que dificuldades escolares podem apresentar-se como um fator de risco e que estes têm impacto nas relações familiares e no desenvolvimento do senso de autoeficácia. O autoconceito e a autoestima das crianças serão prejudicados e, conseqüentemente, influenciarão no seu desenvolvimento socioemocional. Também nos estudos de Ferrioli e colaboradores (2007) encontraram-se associações entre dificuldades emocionais nas crianças e a presença de situações de risco nos contextos familiar e escolar.

Caffo e colaboradores (2020), com o intuito de estudarem o uso de tecnologias durante a pandemia, relataram que foi possível observar que, perante a impossibilidade de sair de casa, as redes sociais e jogos online permitiram às crianças manter as suas relações interpessoais e expressar as suas opiniões. Não obstante, abriu portas para que fossem expostos a informações privadas, conteúdos inadequados, abusos, *cyberbullying* e tempo excessivo em frente ao

computador ou smartphone. No estudo de Duan e Zhu (2020), foram identificados que 29,58% dos participantes durante a pandemia ficaram mais de 5 horas por dia online. A dependência destes aparelhos também pode ser considerada um fator de risco para a saúde mental, na medida em que afeta o desempenho nos estudos, os relacionamentos, menor interação social na vida real e distúrbios de humor ou sono (Covolo et al., 2019; Fegert et al., 2020).

Nos estudos de Morgül e investigadores (2020), os cuidadores referem que em relação ao comportamento e emoções das crianças durante a pandemia de COVID-19, foi possível observar mudanças negativas, especificamente, sentimentos de tédio, solidão, tristeza, frustração, irritação, inquietação, ansiedade, resultando em momentos frequentes de discussão com o resto da família (Becker & Gregory, 2020; Dalton et al., 2020; Ghosh et al., 2020; Liu et al., 2020; Saurabh & Ranjan, 2020). Nos estudos de Duan e Zhu (2020), foram identificados, também, outras mudanças emocionais e comportamentais como a dificuldade em concentrar-se, nervosismo, mal-estar e preocupação excessiva.

Como referido anteriormente, a família é percebida como um pilar, para a preservação da integridade física e psicológica da criança. A família deve ser afetuosa e partilhar experiências individuais e em grupo (Osório, 1996). O suporte familiar é caracterizado por tarefas específicas, tais como, adquirir e partilhar informações sobre o mundo, propagar ideologias, ajudar na construção da identidade, apoio emocional, auxiliar na solução de problemas e estar disponível para oferecer o lar como um refúgio para os seus membros (Campos, 2004).

A família pode experienciar pressão interna e externa. A pressão interna está relacionada com mudanças desenvolvimentais dos membros, enquanto a pressão externa refere-se com a imposição de os indivíduos adaptarem-se ao ambiente onde estão inseridos. As fontes de stresse do sistema familiar são o contato de um membro da família com uma fonte de stresse extra-familiar, o contato de toda a família com uma fonte de stresse extra-familiar,

stresse acerca de um período transitório do ciclo de vida e stresse devido a problemas particulares (Alarcão, 2006).

A estrutura familiar pode ser afetada por dois tipos de crise: as crises normativas e acidentais. As crises normativas são esperadas e previsíveis e fazem parte do ciclo de vida. As crises acidentais são inesperadas, e com um caráter dramático, como o surgimento da pandemia de COVID-19 (Minuchin et al., 1978; Walsh, 2020). A família está em constante evolução e, durante as suas crises normativas e acidentais, vai experienciar uma sensação de stresse diante da tentativa de equilíbrio (Alarcão, 2006).

As relações familiares, de acordo com Romero e colaboradores (2020), especificamente, o sofrimento dos pais, foi identificado como um fator de risco para problemáticas emocionais nas crianças. Por outro lado, crianças em isolamento, podem sentir-se sozinhas ou abandonadas por parte dos pais por não compreenderem a gravidade da pandemia e as suas implicações, causando possíveis impactos a longo prazo na relação pais-filho (Singh et al., 2020).

As crianças expressaram baixos níveis de afeto, sensibilidade emocional (e.g., irritabilidade, frustração e tédio) e desenvolveram uma relação de dependência excessiva com os seus pais ou cuidadores (Singh et al., 2020). Em contrapartida, as crianças que já apresentavam problemas de saúde mental, quando associados à sua inflexibilidade para mudanças, poderiam desenvolver uma exacerbação dos sintomas e problemas comportamentais devido à impossibilidade de manter um acompanhamento psicológico personalizado (Caffo et al., 2020; Castillo & Velasco, 2020; Singh et al., 2020).

Também foram descobertos como fatores de stresse relacionados com a COVID-19, outros elementos que desencadeiam o sofrimento emocional e a prevalência para doenças psiquiátricas: os prognósticos incertos, escassez de recursos para o tratamento e prevenção da

doença, perdas financeiras (Rothstein & Olympia, 2020; Saurabh & Ranjan, 2020) e notícias divulgadas sem fundamentação científica (Pfefferbaum & North, 2020).

Outro aspeto relevante identificado pela investigação, relaciona-se com a alteração no comportamento dos cuidadores (e.g., estarem nervosos ou irritados), consequência da pandemia, a qual se pode refletir no humor das crianças (Dalton et al., 2020). Pode-se atribuir como causa para tal modificação comportamental, a adaptação à nova rotina e conciliar o teletrabalho com o cuidado das crianças em ambiente domiciliar. As crianças expostas a estas alterações comportamentais por parte dos cuidadores podem, também, apresentar dificuldades na qualidade de sono, sensação de desamparo e stresse (Becker & Gregory, 2020; Rothstein & Olympia, 2020; Saurabh & Ranjan, 2020).

Castillo e Velasco (2020) reforçam esta ideia de que pode ocorrer um aumento da ansiedade ou depressão nas crianças devido ao isolamento social, apontando a falta de informação partilhada com as crianças, os sentimentos das mesmas não serem levados em consideração para a tomada de decisões e o comportamento dos adultos que os rodeiam (Romero et al., 2020). Em contrapartida, famílias com profissionais que atuam na área da saúde foram separadas devido à necessidade do profissional no combate ativo do vírus ou apoio médico dos pacientes infetados por COVID-19, sendo necessárias longas jornadas de trabalho e isolamento social. Além disso, as crianças tiveram de lidar com o preconceito e a violência contra os seus cuidadores, pois os profissionais de saúde parecem ter sido associados a disseminadores do vírus. As crianças expostas a estas atitudes, poderiam desenvolver comportamentos agressivos e nocivos (Ghosh et al., 2020; UN, 2020; Varner, 2020; WHO, 2020).

Outra questão associada ao contexto pandémico prende-se com a eventualidade de um dos progenitores falecer por COVID-19, que acresce no risco de problemas mentais por não haver a possibilidade de despedida dos pais ou de não poderem efetuar os rituais associados ao

processo de luto, como o funeral e enterro. A ausência de tais rituais essenciais ao processo de luto, além de ter um impacto negativo sobre o processo, pode afetar a aceitação do acontecimento (Castillo & Velasco, 2020; Liu et al., 2020). Inclusive, caso os adultos tentem ocultar a morte ou inventar histórias, a criança pode sentir-se enganada, agir com raiva e revolta, podendo ocasionar no desenvolvimento de fobias, depressão e outros transtornos psíquicos (Cortes & Sirelli, 2016; Leandro & Freitas, 2015).

Nas investigações acerca do impacto da pandemia de COVID-19 também foi possível observar um aumento do abuso infantil, violência doméstica, negligência e exploração. As crianças na perspectiva de vítima ou exposta a agressões psicológicas e/ou físicas, têm grande risco de desenvolver distúrbios mentais, como por exemplo, doenças psicossomáticas e neuropsiquiátricas, abuso de substâncias e pensamentos suicidas (Caffo et al., 2020; Campbell, 2020; Díaz-Pérez, 2020; Ghosh et al., 2020; Van Gelder et al., 2020; WHO, 2020b). No entanto, as consequências destas vivências, nomeadamente, a percepção dos danos, manifestação dos sintomas e regulação das emoções, pode ocorrer somente na vida adulta associado à saúde psicológica e ao bem-estar (Hughes et al., 2017).

Objetivos

A investigação é fundamentada a partir da seguinte questão: “Quais são os efeitos na saúde psicológica de alunos do 5º ano de escolaridade, cuja idade seja superior a 10 anos, ao experienciar uma pandemia?”. Deste modo, o **objetivo geral** é compreender e caracterizar o impacto percebido pelas crianças, da pandemia de COVID-19, na sua saúde mental e regulação emocional. Os **objetivos específicos** são os seguintes:

- 1) Compreender e caracterizar a saúde mental das crianças;
- 2) Compreender e caracterizar a regulação emocional das crianças;
- 3) Compreender e caracterizar a relação entre a saúde mental e regulação emocional das crianças;
- 4) Compreender e caracterizar a relação entre os sintomas internalizantes e externalizantes;
- 5) Compreender e caracterizar a saúde mental em função das diferenças de sexo;
- 6) Compreender e caracterizar a regulação emocional em função das diferenças de sexo.

As variáveis primárias são a saúde mental e regulação emocional. As variáveis secundárias são a ansiedade, depressão, stress, comportamentos sociais adequados e inadequados, controlo emocional, autoconsciência emocional e responsividade situacional. Por último, é definido apenas o sexo como variável complementar, pois os participantes têm idades próximas e o mesmo nível de escolaridade.

Materiais e Métodos

Caracterização do Estudo

O estudo de investigação foi não-experimental ou observacional, devido à motivação de observar os intervenientes e as suas características. A técnica de amostragem foi não probabilística pela facilidade de acesso aos participantes. O período de seguimento foi transversal e a sua metodologia quantitativa, ao ter em conta que a recolha de informação decorreu apenas em um momento, através de questionários. Portanto, o estudo designou-se como um estudo transversal descritivo (Pocinho, 2012).

Participantes

A amostra foi definida por conveniência. Os critérios de inclusão no estudo foram idade igual ou superior a 10 anos, estar a frequentar o 5º ano de escolaridade, nacionalidade portuguesa, residir em Portugal, capacidade de responder de forma autónoma aos questionários, disponibilidade e interesse para participar do estudo. Em contrapartida, os critérios de exclusão no estudo foram idade inferior a 10 anos, nacionalidade estrangeira, incapacidade de preencher aos questionários autonomamente, não responder a todos os questionários e recusa em participar do estudo.

O estudo apresentou 186 participantes. No entanto, 6 indivíduos foram excluídos por se enquadrarem nos critérios de exclusão, especificamente, não terem respondido a todos os questionários e por desinteresse em participar do estudo. A amostra total foi constituída por 180 participantes, residentes no distrito de Lisboa, sendo que 45% eram do sexo feminino ($n = 81$) e 55% eram do sexo masculino ($n = 99$). A média de idades dos participantes foi de 10.29 anos ($DP = .504$; $Min = 10$; $Max = 13$).

Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de três instrumentos de autoadministração. O Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por; Goodman, 1997; versão portuguesa

de Fleitlich et al., 2005), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (EADS-C; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Leal et al., 2009) e o Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERICA; MacDermott et al. 2010; versão portuguesa de Reverendo, 2011). Os instrumentos também apresentaram questões sociodemográficas como o sexo, a idade e habilitações literárias.

SDQ-Por

O SDQ-Por pretende identificar os problemas de saúde mental, em crianças e adolescentes, com idades entre 2 a 17 anos. Este questionário é composto por 25 itens, com três possibilidades de respostas numa escala tipo *Likert*: “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é muito verdade”. As subescalas são os sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social. Na tabela 1 está descrito os itens que pertencem a cada subescala (Fleitlich et al., 2005).

Tabela 1

As subescalas do SDQ-Por e os seus itens

Subescalas	Itens	N total de itens
Sintomas emocionais	3, 8, 13, 16, 24	5
Problemas de comportamento	5, 7*, 12, 18, 22	5
Hiperatividade	2, 10, 15, 21*, 25*	5
Problemas de relacionamento com os colegas	6, 11*, 14*, 19, 23	5
Comportamento pró-social	1, 4, 9, 17, 20	5

Nota. N = número.

O valor de cada item varia entre 0 e 2. A pontuação total de cada subescala é a soma destes valores. Esta pontuação varia entre 0 e 10. A pontuação total de dificuldades é a soma do valor de todas as subescalas, exceto a subescala pró-social. O valor do somatório varia entre 0 e 40 e determina o nível de impacto das dificuldades: normal, limítrofe e clínico. As

qualidades psicométricas do SDQ-*Por* apontam para uma consistência interna adequada, com os valores de consistência interna entre .60 e .70 (Fleitlich et al., 2005). Neste estudo, verificaram-se valores de consistência interna entre .47 e .73.

Tabela 2

*Distribuição por classes dos resultados do SDQ-*Por* e respectivas subescalas*

Subescalas	Normal	Limítrofe	Anormal
Total de dificuldades	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Sintomas emocionais	0 - 5	6	7 - 10
Problemas de comportamento	0 - 3	4	5 - 10
Hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Problemas de relacionamento com os colegas	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Comportamento pró-social	6 - 10	5	0 - 4

EADS-C

A EADS-C avalia os aspetos teóricos das dimensões da depressão, ansiedade e stresse, de crianças e adolescentes, com idades entre 8 a 15 anos. Esta escala é composta por 21 itens organizados em três subescalas. O questionário apresenta quatro opções de respostas numa escala tipo *Likert*: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. O valor de cada resposta varia entre 0 e 3. A pontuação total é de 0 a 21 (Leal et al., 2009).

Tabela 3

As subescalas da EADS-C e os seus itens

Subescalas	Itens	N total de itens
Depressão	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	7
Ansiedade	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	7
Stress	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	7

Nota. N = número.

A cotação da EADS-C permite interpretar a intensidade que o indivíduo experienciou cada dimensão durante a semana passada. As pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de sofrimento psicológico. Os resultados enquadram-se nas mesmas categorias que a escala original, apenas sendo necessário multiplicar o valor por dois, em cada subescala. A tabela 4 descreve as categorias que cada indivíduo pode enquadrar-se (Leal et al., 2009).

Tabela 4

Distribuição por classes dos resultados das subescalas da EADS-C

Subescalas	Normal	Leve	Moderada	Severa	Extremamente grave
Depressão	0 - 9	10 - 13	14 - 20	21 - 27	> 28
Ansiedade	0 - 7	8 - 9	10 - 14	15 - 19	> 20
Stresse	0 - 14	15 - 18	19 - 25	26 - 33	> 34

Nota. > significa que o valor deve ser superior ao número indicado na tabela.

As qualidades psicométricas desta escala foram testadas através do coeficiente Alfa de Cronbach. O estudo de validação da escala indicou uma consistência interna adequada nas dimensões da depressão (.78), ansiedade (.75) e stresse (.74) (Leal et al., 2009). Neste estudo, também verificaram-se uma consistência interna adequada nas dimensões da depressão (.77), ansiedade (.76) e stresse (.77).

ERICA

O ERICA analisa a qualidade da regulação emocional, de crianças e adolescentes, com idades entre 9 a 16 anos. Este instrumento é constituído por 16 itens distribuídos por três subescalas, sendo estas, o controlo emocional, autoconsciência emocional e responsividade situacional. O questionário apresenta cinco opções de respostas numa escala tipo *Likert*: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente” (Reverendo, 2011).

Tabela 5*As subescalas do ERICA e os seus itens*

Subescalas	Itens	N total de itens
Controlo emocional	5*, 7*, 9*, 10*, 12*, 14*, 16*	7
Autoconsciência emocional	1, 3, 4, 11*, 13*	5
Responsividade situacional	2, 6, 8*, 15	4

Nota. N = número; * = itens com valores invertidos.

A pontuação total é a soma de todos os itens. As pontuações mais elevadas indicam que o indivíduo apresenta uma regulação emocional mais adaptativa e funcional. As qualidades psicométricas do ERICA apontam para uma consistência interna adequada, com o coeficiente alfa de *alfa cronbach* a variar entre .60 e .73 nas subescalas e de .75 para a escala total. Ainda observou-se que, em relação às diferenças de género, as raparigas revelaram melhores competências regulatórias comparativamente aos rapazes (Reverendo, 2011). Neste estudo, a consistência interna apresentou valores entre .49 e .77.

Procedimentos

O estudo decorreu em uma escola de 2º/3º ciclo na zona urbana de Lisboa, durante o 1º semestre, do ano letivo de 2022/2023. O pedido para realizar a investigação foi deferido pela Comissão de Ética para a Investigação das Universidades Lusíada (CE), pela Direção do Agrupamento de Escolas e pelos encarregados de educação dos participantes. Também foi solicitado aos autores da versão portuguesa dos instrumentos permissão para utilização dos questionários nesta investigação. A recolha de dados ocorreu em dezembro de 2022 a todas as turmas do 5º ano da escola.

Os procedimentos adotados foram orientados pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Deste modo, os professores foram informados do cronograma da investigação e os questionários foram preenchidos pelos alunos, em sala de aula, com a

supervisão da investigadora. Foram disponibilizadas duas horas para cada turma para preencherem os questionários e esclarecer possíveis dúvidas.

O consentimento informado foi enviado aos pais por *e-mail* e recolhido previamente ao preenchimento dos questionários. Este documento explicou o propósito do estudo, a proteção da identidade dos participantes, o caráter voluntário da participação e contatos para questões e sugestões. Além disso, os alunos também receberam estas informações e foi comunicado na entrega dos questionários que a participação era facultativa e anónima, sem quaisquer prejuízos ou obrigações.

Os questionários solicitavam informações sociodemográficas aos participantes que deveriam preencher no campo designado “nome” um código facultado pela investigadora seguido da seguinte explicação: “Devem preencher com o vosso código, sexo e idade. Quando estiverem prontos, vou ler cada item e dar exemplos, caso não compreendam, peço que levantem a mão. Devem responder a cada pergunta após a leitura e explicação”.

Procedimentos Estatísticos

O tratamento dos dados e a análise estatística, foram efetuados, por meio dos seguintes programas informáticos: IBM SPSS Statistics 27 e o Microsoft Excel. O SPSS, originalmente conhecido por *Statistical Package for Social Sciences*, foi utilizado na criação da base de dados e na análise descritiva das variáveis. Enquanto o Microsoft Excel permitiu criar tabelas e gráficos para a compreensão dos resultados.

Os questionários do estudo foram preenchidos em papel. Portanto, o primeiro passo foi verificar se todos estavam preenchidos corretamente e depois inserir as respostas na base de dados do SPSS. De seguida, as respostas foram cotadas individualmente e organizadas em novas variáveis com os valores totais de cada subescala.

Como este estudo caracterizou-se como descritivo, as variáveis foram analisadas através da estatística descritiva univariada e bivariada, ou seja, as variáveis foram mensuradas

separadamente e agrupadas (feminino e masculino) para comparar as médias através do teste *t* para duas amostras independentes (Laureano, 2013).

Nas técnicas adotadas para ambos foram calculadas as medidas de localização, dispersão, assimetria e achatamento. Nas medidas de localização, verificaram-se as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e não central (mínimo, máximo e quartis). Nas medidas de dispersão, verificaram-se o desvio-padrão e coeficiente de variação. Além disso, foi calculado o coeficiente do Alfa de Cronbach, para verificar a qualidade dos instrumentos (Laureano, 2013).

A estatística descritiva bivariada também recorreu à medida de associação, *R* de Pearson, para analisar a relação das variáveis primárias e secundárias. No entanto, como será observado nos resultados, há uma ausência de relações fortes entre os construtos (Laureano, 2013).

Resultados

Resultados Descritivos do SDQ-Port

Tabela 6

Estatística descritiva univariada do SDQ-Port

	Min	Max	Q1	M	Q3	DP	Sk		Ku	
							Est	EP	Est	EP
Sintomas emocionais	0	10	2	3.9	5	2.1	0.48		-0.38	
Problemas de comportamento	0	7	1	2.2	4	1.8	0.40		-0.90	
Hiperatividade	0	9	2	4	6	2.3	0.03		-0.79	
Problemas de relacionamento com os colegas	0	7	1	2.2	3	1.7	0.83	0,18	0.28	0.36
Comportamento pró-social	0	10	8	8.5	10	1.7	-1.64		3.99	
Total de dificuldades	2	29	8	12.3	16	5.4	0.43		-0.37	

Nota. Min = mínimo; Max = máximo; Q1 = quartil 1; M = média; Q3 = quartil 3; DP = desvio-padrão; Sk = assimetria; Est = estatística; EP = erro padrão; Ku = curtose.

Na tabela 6, a média e mediana do instrumento e das suas subescalas, enquadraram-se na categoria considerada normal. Os valores do desvio-padrão também indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média, podendo-se assumir uma maior homogeneidade da amostra. As medidas de assimetria indicaram que há maioritariamente uma distribuição assimétrica positiva (> 2), exceto na subescala hiperatividade ($sk = 0.03$) em que a distribuição apresentou-se simétrica (média = mediana) e na subescala comportamento pró-social a distribuição apresentou-se assimétrica negativa (< -2 ; $sk = -1.64$). As medidas de achatamento

demonstraram que ocorreram observações menos concentradas comparativamente com a distribuição normal. No entanto, a subescala comportamento pró-social indicou uma curtose leptocúrtica ($ku = 3.99$; observações mais concentradas) e a subescala problemas de relacionamento com os colegas indicou uma curtose mesocúrtica ($ku = 0.28$; distribuição normal; Laureano, 2013).

Tabela 7

*Frequências do SDQ-*Por* organizadas por classes*

		N	%
Sintomas emocionais	Normal	138	77
	Limítrofe	20	11
	Anormal	22	12
Problemas de comportamento	Normal	130	72
	Limítrofe	26	14
	Anormal	24	13
Hiperatividade	Normal	132	73
	Limítrofe	21	12
	Anormal	27	15
Problemas de relacionamento com os colegas	Normal	142	79
	Limítrofe	28	16
	Anormal	10	6
Comportamento pró-social	Normal	170	94
	Limítrofe	6	3
	Anormal	4	2
Total de dificuldades	Normal	132	73
	Limítrofe	27	15
	Anormal	21	12

Nota. N = número; % = percentagem.

Na tabela 7, as subescalas foram organizadas em três classificações: normal, limítrofe e anormal. Como referido na estatística descritiva univariada do instrumento, a média e a

mediana das observações, foram consideradas normais, o que foi corroborado por esta tabela de frequências.

Tabela 8

Estatística descritiva bivariada do SDQ-For em função do sexo

	Média		Desvio-padrão		Assimetria		Curtose	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Sintomas emocionais	4.6	3.4	1.9	2.1	0.18	0.89	-0.68	0.56
Problemas de comportamento	1.9	2.5	1.7	1.9	0.63	0.21	-0.34	-1.15
Hiperatividade	3.7	4.3	2.3	2.2	0.35	-0.24	-0.73	-0.55
Problemas de relacionamento com os colegas	2.2	2.2	1.7	1.8	0.56	1.04	-0.19	0.68
Comportamento pró-social	8.8	8.2	1.4	1.8	-1.99	-1.40	6.27	3.0
Total de dificuldades	12.4	12.3	5.4	5.5	0.61	0.30	0.08	-0.66

Nota. F = feminino; M = masculino.

Na tabela 8, a média e mediana do instrumento e das suas subescalas dos dois grupos independentes, enquadraram-se na categoria considerada normal. Os valores do desvio-padrão indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média. As medidas de assimetria foram obtidas através da divisão do valor de assimetria pelo valor do erro padrão (EP = 0.27 para o grupo feminino e EP = 0.24 para o grupo masculino).

No grupo 1 (feminino), nos sintomas emocionais e hiperatividade demonstraram uma distribuição simétrica. No comportamento pró-social obtiveram uma distribuição assimétrica negativa (< -2). Nos problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os colegas e total de dificuldades obtiveram uma distribuição assimétrica positiva (> 2).

No grupo 2 (masculino), nos problemas de comportamento, hiperatividade e total de dificuldades demonstraram uma distribuição simétrica. No comportamento pró-social obtiveram uma distribuição assimétrica negativa (< -2). Nos sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas obtiveram uma distribuição assimétrica positiva (> 2).

As medidas de achatamento foram obtidas através da divisão do valor da curtose pelo valor do erro padrão (EP = 0.53 para o grupo feminino e EP = 0.48 para o grupo masculino). Os valores em ambos os grupos indicaram uma distribuição normal nos sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e total de dificuldades. Ambos também apresentaram uma distribuição leptocúrtica no comportamento pró-social (observações mais concentradas). Apenas nos problemas de comportamento observaram-se tipos de curtose diferentes, no grupo 1, caracterizou-se como mesocúrtica ($ku = -0.34$), enquanto, no grupo 2, como platicúrtica ($ku = -1.15$; observações menos concentradas).

O teste t para duas amostras independentes demonstrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos sintomas emocionais ($p = .871$), problemas de comportamento ($p = .087$), hiperatividade ($p = .480$), problemas de relacionamento com os colegas ($p = .700$) e total de dificuldades ($p = .877$). Apenas a subescala comportamento pró-social demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Tabela 9*Frequências do SDQ-*Por* em função das diferenças de sexo*

		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%
Sintomas emocionais	Normal	52	29	86	48
	Limítrofe	16	9	4	2
	Anormal	13	7	9	5
Problemas de comportamento	Normal	65	36	65	36
	Limítrofe	10	6	16	9
	Anormal	6	3	18	10
Hiperatividade	Normal	64	36	68	38
	Limítrofe	7	4	14	8
	Anormal	10	6	17	9
Problemas de relacionamento com os colegas	Normal	63	35	79	44
	Limítrofe	15	8	13	7
	Anormal	3	2	7	4
Comportamento pró-social	Normal	80	44	90	50
	Limítrofe	0	0	6	3
	Anormal	1	1	3	2
Total de dificuldades	Normal	58	32	74	41
	Limítrofe	15	8	12	7
	Anormal	8	4	13	7

Nota. N = número; % = percentagem.

Na tabela 9, é possível observar uma tabela de frequências do instrumento dividido por dois grupos. Como referido na estatística descritiva bivariada do instrumento, a média e a mediana das observações, foram consideradas normais, o que foi corroborado por esta tabela de frequências.

Tabela 10*Coeficiente de variação de cada subescala e em função do sexo do SDQ-*Por**

	% Coeficiente de variação	CV % Feminino	CV% Masculino
Sintomas emocionais	54	42	62
Problemas de comportamento	83	90	77
Hiperatividade	56	62	51
Problemas de relacionamento com os colegas	79	76	81
Comportamento pró-social	20	16	22
Total de dificuldades	44	44	45

Nota. % = percentagem; CV = coeficiente de variação.

Na tabela 10, estão descritos os coeficientes de variação das variáveis. Quando o valor do coeficiente é superior a 50%, é necessário analisar a mediana (Laureano, 2013). Neste caso, o valor da mediana coincide com o valor das médias. A segunda coluna da tabela indica o coeficiente de variação de cada subescala e da escala total. De modo geral, quanto maior o valor do coeficiente, maior será a dispersão dos dados. As subescalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento e total de dificuldades apontaram para uma alta dispersão, indicando a presença de dados heterogêneos no estudo, com exceção da subescala de comportamento pró-social, que indicou uma dispersão média.

O coeficiente de variação do grupo 1 e 2, descritos na terceira e quarta coluna da tabela, indicaram uma alta dispersão dos dados nas subescalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento e total de dificuldades, com exceção da subescala de comportamento pró-social, que indicou uma dispersão média.

Resultados Descritivos da EADS-C**Tabela 11***Estatística descritiva univariada da EADS-C*

	Min	Max	Q1	M	Q3	DP	Sk		Ku	
							Est	EP	Est	EP
Depressão	0	42	2	9.3	12	8.4	1.37		1.89	
Ansiedade	0	40	2	8.2	12	7.8	1.35	0.18	1.85	0.36
Stresse	0	40	6	11.5	16	8.4	0.83		0.46	

Nota. Min = mínimo; Max = máximo; Q1 = quartil 1; M = média; Q3 = quartil 3; DP = desvio-padrão; Sk = assimetria; Est = estatística; EP = erro padrão; Ku = curtose.

Na tabela 11, a média e mediana das subescalas de depressão ($M_d = 8$), ansiedade ($M_d = 6$) e stresse ($M_d = 10$), enquadraram-se na categoria considerada normal apesar de terem apresentado valores distintos. Os valores do desvio-padrão também indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média, podendo-se assumir uma maior homogeneidade da amostra. As medidas de assimetria indicaram uma distribuição assimétrica positiva (> 2) na subescala de depressão ($sk = 7.5$), ansiedade ($sk = 7.4$) e stresse ($sk = 4.5$). As medidas de achatamento demonstraram dados maioritariamente mais concentrados nas subescalas de depressão ($ku = 5.2$) e ansiedade ($ku = 5.1$). Enquanto a subescala de stresse indicou uma curtose mesocúrtica, ou seja, é a própria curva padrão ($ku = 1.2$; distribuição normal; Laureano, 2013).

Tabela 12*Frequências da EADS-C organizadas por classes*

		N	%
Depressão	Normal	105	58
	Leve	31	17
	Moderada	26	14
	Severa	9	5
	Extremamente grave	9	5
Ansiedade	Normal	98	54
	Leve	19	11
	Moderada	35	19
	Severa	8	4
	Extremamente grave	20	11
Stresse	Normal	127	71
	Leve	22	12
	Moderada	17	9
	Severa	12	7
	Extremamente grave	2	1

Nota. N = número; % = percentagem.

Na tabela 12, as subescalas foram organizadas em cinco classificações: normal, leve, moderada, severa e extremamente grave. Pode-se observar a frequência e percentagem de cada subescala e respetiva classificação.

Tabela 13*Estatística descritiva bivariada da EADS-C em função do sexo*

	Média		Desvio-padrão		Assimetria		Curtose	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Depressão	8.9	9.7	8.9	9.7	1.19	1.46	1.39	2.06
Ansiedade	8.4	8.1	8.4	8.1	1.15	1.48	1.17	2.24
Stresse	11.5	11.5	11.5	11.5	0.60	1.04	-0.37	1.21

Nota. F = feminino; M = masculino.

Na tabela 13, o grupo 1 apresentou valores de média e mediana diferentes, ainda assim enquadraram-se na mesma categoria. Sendo que, a subescala de depressão ($M_d = 8$) e stresse ($M_d = 10$) consideradas normais e a subescala de ansiedade ($M_d = 8$) considerada leve. O grupo 2 apresentou as mesmas características, exceto na subescala de ansiedade ($M_d = 6$) que foi considerada normal.

Os valores do desvio-padrão indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média. As medidas de assimetria foram obtidas através da divisão do valor de assimetria pelo valor do erro padrão (EP = 0.27 para o grupo feminino e EP = 0.24 para o grupo masculino). O grupo 1 e 2 apresentaram uma distribuição assimétrica positiva (> 2) nas subescalas de depressão (grupo 1 $sk = 4.4$; grupo 2 $sk = 5.9$), ansiedade (grupo 1 $sk = 5.5$; grupo 2 $sk = 6.1$) stresse (grupo 1 $sk = 2.2$; grupo 2 $sk = 4.2$).

As medidas de achatamento foram obtidas através da divisão do valor da curtose pelo valor do erro padrão (EP = 0.53 para o grupo feminino e EP = 0.48 para o grupo masculino). Os valores em ambos os grupos indicaram uma distribuição leptocúrtica (> 2) na subescala de depressão (grupo 1 $ku = 2.6$; grupo 2 $ku = 4.2$) e ansiedade (grupo 1 $ku = 2.2$; grupo 2 $ku = 4.6$). Na subescala de stresse, o grupo 1 apresentou uma distribuição mesocúrtica ($ku = -0.6$) e o grupo 2 uma distribuição leptocúrtica ($ku = 2.5$).

O teste t para duas amostras independentes demonstrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de depressão ($p = .446$), ansiedade ($p = .285$) e stresse ($p = .844$) entre sexos.

Tabela 14*Frequências da EADS-C em função das diferenças de sexo*

		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%
Depressão	Normal	49	27	56	31
	Leve	13	7	18	10
	Moderada	13	7	13	7
	Severa	3	2	6	3
	Extremamente grave	3	2	6	3
Ansiedade	Normal	39	22	59	33
	Leve	14	8	5	3
	Moderada	14	8	21	12
	Severa	6	3	2	1
	Extremamente grave	8	4	12	7
Stresse	Normal	58	32	69	38
	Leve	8	4	14	8
	Moderada	7	4	10	6
	Severa	8	4	4	2
	Extremamente grave	0	0	2	1

Nota. N = número; % = percentagem.

Na tabela 14, as subescalas foram organizadas em cinco classificações: normal, leve, moderada, severa e extremamente grave. Pode-se observar a frequência e percentagem de cada subescala e respetiva classificação consoante o sexo.

Tabela 15*Coeficiente de variação de cada subescala e em função do sexo da EADS-C*

	% Coeficiente de variação	CV % Feminino	CV % Masculino
Depressão	90	87	91
Ansiedade	95	87	100
Stresse	73	73	74

Nota. % = percentagem; CV = coeficiente de variação.

Na tabela 15, o coeficiente de variação das subescalas, assim como o coeficiente dos grupos 1 e 2 apresentaram valores elevados, representando uma alta dispersão dos dados. Neste caso, pode-se dizer que os dados demonstraram-se heterogêneos.

Resultados Descritivos do ERICA

Tabela 16

Estatística descritiva univariada do ERICA

	Min	Max	Q1	M	Q3	DP	Sk		Ku	
							Est	EP	Est	EP
Controlo emocional	11	34	20.25	24.2	28	5.0	-0.60		-0.26	
Autoconsciência emocional	9	25	16.25	18.7	21	3.4	-0.51	0.18	-0.12	0.36
Responsividade situacional	9	20	16	17.3	19	2.1	-1.03		1.31	

Nota. Min = mínimo; Max = máximo; Q1 = quartil 1; M = média; Q3 = quartil 3; DP = desvio-padrão; Sk = assimetria; Est = estatística; EP = erro padrão; Ku = curtose.

Na tabela 16, o instrumento revelou valores de médias nas subescalas controlo emocional ($M_d = 25$), autoconsciência emocional ($M_d = 19$) e responsividade situacional ($M_d = 18$) ligeiramente diferentes das medianas. Os valores do desvio-padrão também indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média, podendo-se assumir uma maior homogeneidade da amostra. As medidas de assimetria revelaram uma distribuição assimétrica negativa (< -2) nas subescalas de controlo emocional ($sk = -3.3$), autoconsciência emocional ($sk = -2.7$) e responsividade situacional ($sk = -5.6$). As medidas de achatamento revelaram que as subescalas de controlo emocional e autoconsciência emocional apresentaram uma curtose mesocúrtica (distribuição normal). Enquanto a subescala de responsividade situacional apresentou uma curtose leptocúrtica ($ku = 3.6$; observações mais concentradas). É importante

recordar que as pontuações mais elevadas revelam uma regulação emocional mais adaptativa e funcional.

Tabela 17

Estatística descritiva bivariada do ERICA em função do sexo

	Média		Desvio-padrão		Assimetria		Curtose	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Controlo emocional	24.7	23.8	4.9	5.1	-0.59	-0.62	-0.08	-0.38
Autoconsciência emocional	19.0	18.4	3.0	3.6	-0.22	-0.56	-0.74	-0.16
Responsividade situacional	17.8	16.9	1.8	2.3	-0.93	-0.97	0.55	1.23

Nota. F = feminino; M = masculino.

Na tabela 17, pode-se observar que os valores das médias e medianas são divergentes. O grupo 1, apresentou uma mediana de 26 na subescala de controlo emocional, uma mediana de 19 na subescala de autoconsciência emocional e uma mediana de 18 na subescala de responsividade situacional. Já o grupo 2, apresentou uma mediana de 25 na subescala de controlo emocional, uma mediana de 19 na autoconsciência emocional e uma mediana de 17 na subescala de responsividade situacional.

Os valores do desvio-padrão indicaram uma pequena dispersão da amostra em relação à média. As medidas de assimetria foram obtidas por meio da divisão do valor de assimetria pelo valor do erro padrão (EP = 0.27 para o grupo feminino e EP = 0.24 para o grupo masculino). O grupo 1 e 2 apresentaram uma distribuição assimétrica negativa (< -2) nas subescalas de controlo emocional (grupo 1 $sk = -2.1$; grupo 2 $sk = -2.5$) e responsividade situacional (grupo 1 $sk = -3.4$; grupo 2 $sk = -3.9$). Na subescala de autoconsciência emocional, o grupo 1 apresentou uma distribuição simétrica ($sk = -0.8$) e o grupo 2 uma distribuição assimétrica negativa ($sk = -2.2$).

As medidas de achatamento foram obtidas através da divisão do valor da curtose pelo valor do erro padrão (EP = 0.53 para o grupo feminino e EP = 0.48 para o grupo masculino). Os valores em ambos os grupos indicaram uma distribuição mesocúrtica na subescala de controlo emocional (grupo 1 $ku = -0.1$; grupo 2 $ku = -0.7$) e autoconsciência emocional (grupo 1 $ku = -1.3$; grupo 2 $ku = -0.3$). Na subescala de responsividade situacional, o grupo 1 apresentou uma distribuição mesocúrtica ($ku = 1.04$) e o grupo 2 uma distribuição leptocúrtica ($ku = 2.5$).

O teste t para duas amostras independentes demonstrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de controlo emocional ($p = .461$), autoconsciência emocional ($p = .089$) e responsividade situacional ($p = .089$) entre sexos.

Tabela 18

Coefficiente de variação de cada subescala e em função do sexo do ERICA

	% Coeficiente de variação	CV % Feminino	CV % Masculino
Controlo emocional	21	20	22
Autoconsciência emocional	18	16	20
Responsividade situacional	12	13	13

Nota. % = percentagem; CV = coeficiente de variação.

Na tabela 18, o coeficiente de variação das subescalas de controlo emocional e responsividade situacional indicaram uma dispersão média dos dados. Enquanto a subescala autoconsciência emocional apresentou uma dispersão menor, o que significa dados mais homogêneos. No grupo 1 e 2, o valor dos coeficientes variam entre 15 e 30%, indicando uma dispersão média dos dados. Por último, a subescala de responsividade situacional apresentou valores menores que 15%, em ambos os grupos, indicando uma baixa dispersão dos dados.

Tabela 19*Confiabilidade dos instrumentos e das suas dimensões*

Estatísticas de confiabilidade	α	N de itens
SDQ-Por		
Sintomas emocionais	.60	5
Problemas de comportamento	.47	5
Hiperatividade	.73	5
Problemas de relacionamento com os colegas	.48	5
Comportamento pró-social	.72	5
Total de dificuldades	.62	4
EADS-C		
Depressão	.77	7
Ansiedade	.76	7
Stresse	.77	7
ERICA		
Controlo emocional	.70	7
Autoconsciência emocional	.63	5
Responsividade situacional	.49	4
Índice total da escala	.77	16

Nota. SDQ-Por = Questionário de Capacidades e de Dificuldades; EADS-C = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças; ERICA = Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes; N = número; α = Alfa de Cronbach.

Na tabela 19, encontram-se os valores da consistência interna dos instrumentos deste estudo. As escalas totais indicaram que o valor do Alfa de Cronbach variou entre .62 e .77, o que significa uma consistência interna considerada adequada.

No SDQ-Por e na EADS-C, a análise estatística indicou uma ausência de benefícios se modificar ou excluir itens dos instrumentos. No ERICA, caso o item 13 da subescala de autoconsciência emocional fosse excluído, o valor do Alfa de Cronbach seria .66. Caso o item 15 fosse excluído na subescala de responsividade situacional, o valor do Alfa de Cronbach seria .54. Na escala total, se o item 15 fosse excluído, o Alfa de Cronbach seria .79.

Tabela 20*Correlação linear entre o ERICA e a EADS-C*

	Depressão	Ansiedade	Stresse
Controlo emocional	-.38**	-.46**	-.46**
Autoconsciência emocional	-.53**	-.43**	-.48**
Responsividade situacional	-.3**	-.22**	-.23**

Nota. ** $p < .01$.

Na tabela 20, apresentam-se os valores da análise correlacional (R de Pearson), entre os instrumentos que medem a saúde mental e regulação emocional, sendo possível verificar que os valores entre 0 a .4 indicam uma relação fraca e os valores entre .4 a .6 indicam uma relação moderada (Laureano, 2013).

Tabela 21*Correlação linear entre o SDQ-Por e a EADS-C*

	Depressão	Ansiedade	Stresse
Total de dificuldades	.03	.01	.02

Nota. ** $p < .01$.

Na tabela 21, apresentam-se os valores da análise correlacional (R de Pearson), entre os instrumentos que medem os sintomas internalizantes e os sintomas externalizantes, sendo possível verificar que os valores indicam uma relação muito fraca (Laureano, 2013).

Discussão

O objetivo geral deste estudo foi compreender e caracterizar o impacto percebido pelas crianças, da pandemia de COVID-19, na sua saúde mental e regulação emocional. Os resultados demonstraram que as crianças percebem possuir uma boa saúde mental e regulação emocional, e ainda, ótimas capacidades de comportamento pró-social.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, nas variáveis de saúde mental e regulação emocional, a frequência de respostas indicou que o grupo 2, constituído pelo sexo masculino, percebeu, maioritariamente, ter melhores níveis de saúde mental e capacidade de comportamento pró-social em comparação ao grupo 1, constituído pelo sexo feminino. Em geral, as variáveis avaliadas apresentaram valores dentro dos parâmetros de normalidade para a população portuguesa.

Também foram propostos os seguintes objetivos específicos: 1) compreender e caracterizar a saúde mental das crianças; 2) compreender e caracterizar a regulação emocional das crianças; 3) compreender e caracterizar a relação entre a saúde mental e regulação emocional das crianças; 4) compreender e caracterizar a relação entre os sintomas internalizantes e externalizantes; 5) compreender e caracterizar a saúde mental em função das diferenças de sexo; 6) compreender e caracterizar a regulação emocional em função das diferenças de sexo.

O primeiro objetivo específico (compreender e caracterizar a saúde mental das crianças) foi atingido a partir dos instrumentos SDQ-Por e da EADS-C. Nesta investigação, a amostra demonstrou possuir capacidades para gerir as suas dificuldades e sentir-se integrada num grupo. Apesar das dificuldades vivenciadas durante o desenvolvimento, a capacidade da criança continuar a interagir com o meio indica a presença de saúde mental.

As respostas do SDQ-Por foram muito semelhantes entre os participantes. Os resultados das subescalas e da escala geral apresentaram muitas respostas distribuídas abaixo da média,

com exceção da subescala de comportamento pró-social, que os seus resultados apresentavam-se distribuídos acima da média. De um modo geral, de acordo com as classificações da tabela 2, a amostra considera que o impacto das dificuldades que experiencia é normativo e não causa um sofrimento psicológico.

A frequência das repostas do SDQ-Por apresentaram-se, maioritariamente, nos parâmetros considerados normais. A subescala dos sintomas emocionais apontou que 77% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”. Na mesma classificação, a subescala dos problemas de comportamento apresentou 72% participantes, a subescala da hiperatividade apresentou 73% dos participantes, a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas apresentou 79% dos participantes, a subescala do comportamento pró-social apresentou 94% dos participantes, e na escala geral, 73% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”.

No estudo de Sá (2020), acerca da saúde emocional e comportamental de crianças, foi utilizado o SDQ-Por, numa amostra de 186 participantes. A subescala dos sintomas emocionais apontou que 76.9% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”. Na mesma classificação, a subescala dos problemas de comportamento apresentou 53.2% participantes, a subescala da hiperatividade apresentou 59.2% dos participantes, a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas apresentou 78.3% dos participantes, a subescala do comportamento pró-social apresentou 78% dos participantes, e na escala geral, 68.5% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”.

No estudo de Vieira da Costa e colaboradores (2021), acerca da avaliação da evolução da sintomatologia psiquiátrica na área do humor, da ansiedade e das alterações de comportamento em crianças, durante o isolamento social da COVID-19, foi utilizado o SDQ-Por, numa população clínica, totalizando 351 participantes. A subescala dos sintomas emocionais apontou que 37% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”. Na

mesma classificação, a subescala dos problemas de comportamento apresentou 49.3% participantes, a subescala da hiperatividade apresentou 16.2% dos participantes, a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas apresentou 30.5% dos participantes, a subescala do comportamento pró-social apresentou 4.8% dos participantes, e na escala geral, 29.6% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”.

O estudo de Vieira da Costa e colaboradores (2021) demonstrou que a pandemia de COVID-19 e o confinamento obrigatório têm impacto na saúde mental das crianças com psicopatologia, identificando um agravamento da sintomatologia existente. Considerou-se a impossibilidade de ir para a escola e interagir com os pares como um dos principais fatores que contribuíram para os resultados encontrados nesta investigação. Outros estudos também identificaram que as crianças com psicopatologia, podem experienciar um agravamento dos sintomas e problemas comportamentais (Caffo et al., 2020; Castillo & Velasco, 2020; Singh et al., 2020).

As respostas da EADS-C foram muito semelhantes entre os participantes e os dados foram distribuídos abaixo da média nas três dimensões. De um modo geral, de acordo com as classificações da tabela 4, a amostra considera que a intensidade em que experienciou cada dimensão durante a semana passada, está dentro dos parâmetros de normalidade e não causa um sofrimento psicológico.

A frequência das repostas da EADS-C apresentaram-se, maioritariamente, nos parâmetros considerados normativos, assim como no estudo de Moreira (2018). A dimensão da depressão apontou que 58% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”, a dimensão da ansiedade apontou que 54% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” e a dimensão do stresse apontou que 71% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal”. No estudo de Guimarães e colaboradores (2022), a intensidade dos sintomas de depressão, ansiedade e stresse demonstraram-se num grau leve.

O segundo objetivo específico (compreender e caracterizar a regulação emocional das crianças) foi atingido a partir do instrumento ERICA. Este instrumento é composto por 3 subescalas, nomeadamente, a subescala de controlo emocional (7 itens), a subescala de autoconsciência emocional (5 itens) e a subescala de responsividade situacional (4 itens). Os autores do instrumento indicaram que pontuações mais elevadas representam uma regulação emocional mais adaptativa e funcional. Tendo em conta que cada item pode receber uma pontuação de até 5 valores, a subescala de controlo emocional pode pontuar até 35 valores, a subescala de autoconsciência emocional pode pontuar até 25 valores e a subescala de responsividade situacional pode pontuar até 20 valores.

As respostas do ERICA, de um modo geral, demonstraram uma regulação emocional muito adaptativa e funcional. Os valores foram acima da média, especificamente, 25 na subescala de controlo emocional, 19 na subescala de autoconsciência emocional e 18 na subescala de responsividade situacional. No estudo de Gaspar e colaboradores (2022), as crianças também apresentaram uma regulação emocional adaptativa e funcional. Em ambos estudos, a subescala de responsividade situacional, devido ao seu resultado positivo, pode ser identificado como um fator protetor (Larrier & Lewis, 2017), prevenindo possíveis comportamentos de risco na fase adulta.

O terceiro objetivo específico (compreender e caracterizar a relação entre a saúde mental e regulação emocional das crianças) foi atingido a partir da utilização do teste estatístico *R* de Pearson nos dados obtidos da EADS-C e do ERICA, avaliando o grau de relação linear entre as variáveis. A variável da saúde mental engloba as dimensões da depressão, ansiedade e stress, enquanto a variável da regulação emocional, engloba as subescalas de controlo emocional, autoconsciência emocional e responsividade situacional.

A subescala de controlo emocional demonstrou uma relação linear fraca com as dimensões da depressão, ansiedade e stress. A subescala da autoconsciência emocional

demonstrou uma relação linear fraca com as dimensões da ansiedade e stresse, e em contrapartida, uma relação linear moderada com a dimensão da depressão. A subescala da responsividade emocional demonstrou uma relação linear fraca com as dimensões da depressão, ansiedade e stresse. De um modo geral, a saúde mental e regulação emocional demonstraram uma relação linear fraca e insignificante (Laureano, 2013). Pode-se dizer que existem semelhanças entre a distribuição dos valores das variáveis, mas não se pode afirmar uma relação de causa e efeito. No entanto, a literatura sugere que a desregulação emocional está associada à psicopatologia (Gross, 2007), nesta perspetiva, a habilidade de regular as emoções exerce um papel protetor em relação ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Berking et al., 2014; Drake, et al., 2017).

O quarto objetivo específico (compreender e caracterizar a relação entre os sintomas internalizantes e externalizantes) foi atingido a partir da utilização do teste estatístico *R* de Pearson nos dados obtidos da EADS-C e do SDQ-Por, avaliando o grau de relação linear entre as variáveis. A variável dos sintomas internalizantes engloba as dimensões da depressão, ansiedade e stress, enquanto, a variável dos sintomas externalizantes engloba a escala total de dificuldades do SDQ-Por. De um modo geral, os sintomas internalizantes e os sintomas externalizantes demonstraram uma relação linear fraca e pouco significativa (Laureano, 2013). No estudo de Ribeiro (2022), os sintomas internalizantes e externalizantes também não demonstraram correlações estatisticamente significativas.

O quinto objetivo específico (compreender e caracterizar a saúde mental em função das diferenças de sexo) foi atingido a partir da análise dos resultados do SDQ-Por e da EADS-C, entre o sexo feminino e masculino. As respostas do SDQ-Por, de ambos os grupos, enquadraram-se, num nível de impacto das dificuldades, considerado normal. Pôde-se observar que as respostas foram muito semelhantes entre os participantes.

Os resultados das subescalas e da escala geral apresentaram respostas distribuídas abaixo da média, com exceção da subescala de comportamento pró-social em que os seus resultados demonstraram-se distribuídos acima da média.

No grupo 1, as respostas das subescalas de problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os colegas e escala total de dificuldades, estavam distribuídas abaixo da média. Já a subescala dos sintomas emocionais e hiperatividade estavam distribuídos dentro da média. No grupo 2, as respostas das subescalas de problemas de comportamento, hiperatividade e escala total de dificuldades, estavam distribuídos dentro da média. Já as subescalas dos sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas estavam distribuídos abaixo da média.

Deste modo, o sexo masculino apresentou menores sintomas emocionais (48% normal) e problemas de relacionamento com os colegas (44% normal), e maiores capacidades de comportamento pró-social (50%), em comparação com o sexo feminino, que apresentou 29% das participantes na categoria normal da subescala dos sintomas emocionais, 35% das participantes na categoria normal da subescala dos problemas de comportamento e 44% das participantes na categoria normal da subescala de comportamento pró-social.

No estudo de Oliveira (2018), o sexo feminino também apresentou mais sintomas emocionais em comparação com o sexo masculino. A literatura refere que os sintomas externalizantes são mais prevalentes nos meninos e os sintomas internalizantes são mais prevalentes nas meninas (APA, 2013), devido a fatores biológicos e ambientais, nomeadamente, a estrutura cerebral e os padrões de socialização (Parco & J6, 2015).

As crianças na idade escolar, podem desenvolver, maioritariamente, problemas de comportamento devido aos conflitos com o meio exterior. Na presente investigação, ambos os grupos demonstraram ótimas capacidades de comportamento pró-social, o que significa que podem ocorrer poucos conflitos da amostra com o exterior ou que as suas estratégias de

regulação emocional são adaptativas e funcionais. De um modo geral, a escala total de dificuldades do SDQ-For, verificou que 41% dos participantes do grupo 2 enquadraram-se na categoria normal e 32% das participantes do grupo 1, enquadraram-se na categoria normal. Ainda assim, ambos os grupos estão, maioritariamente, dentro dos parâmetros normativos.

A semelhança entre as respostas e respetivos resultados gerais pode ocorrer por causa da desejabilidade social. Nos questionários de autoavaliação é frequente este fenómeno e pode influenciar as respostas (Sârbescu et al., 2012). Por outro lado, a investigação em Portugal tem evidenciado um aumento de problemas externalizantes na população feminina, aproximando-se da população masculina (Matos, 2015).

Nas respostas da EADS-C, de um modo geral, o grupo 2 considerou que a intensidade em que experienciou cada dimensão durante a semana passada, está dentro dos parâmetros de normalidade e não causa um sofrimento psicológico, enquanto, o grupo 1 considerou que sente num grau leve, a dimensão da ansiedade, o que significa que neste grau, as crianças estão alertas e não implica a presença de sofrimento psicológico.

O sexo masculino apresentou menores níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa ou de stresse, em que 31% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” na dimensão da depressão, 33% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” na dimensão da ansiedade e 38% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” do stresse, enquanto o sexo feminino, 27% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” na dimensão da depressão, 22% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” na dimensão da ansiedade e 32% dos participantes enquadraram-se na classificação “normal” na dimensão do stresse. De um modo geral, não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nas dimensões da depressão, ansiedade e stresse. No estudo de Pinheiro (2021) e Ramos e colaboradores (2021) os sujeitos do sexo feminino reportaram maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão, em comparação com o sexo masculino.

O sexto objetivo específico (compreender e caracterizar a regulação emocional em função das diferenças de sexo) foi atingido a partir da análise dos resultados do ERICA, entre o sexo feminino e masculino. Os valores, em ambos os grupos, foram acima da média, respetivamente, o grupo 1 apresentou 26 valores na subescala de controlo emocional, 19 valores na subescala de autoconsciência emocional e 18 valores na subescala de responsividade situacional. Já o grupo 2, apresentou 25 valores na subescala de controlo emocional, 19 valores na autoconsciência emocional e 17 valores na subescala de responsividade situacional. As pontuações entre os dois grupos apresentam-se muito semelhantes e os dados são muito homogéneos, demonstrando uma regulação emocional muito adaptativa e funcional em ambos os sexos.

Na subescala de controlo emocional, o grupo 1 apresentou um resultado ligeiramente melhor do que no grupo 2, o que também ocorreu no estudo de Fialho (2021), em que o sexo feminino apresentou uma maior capacidade de controlo emocional em comparação com o sexo masculino. Existem estudos que também afirmam que o sexo feminino apresenta maiores competências de controlo emocional devido à capacidade de dar respostas emocionais adequadas às situações sociais (Ferreira, 2015).

O grupo 1 e 2 apresentaram dados distribuídos acima da média nas subescalas de controlo emocional e responsividade situacional. Na subescala de autoconsciência emocional, o grupo 1 apresentou dados dentro da média e o grupo 2 dados concentrados acima da média. De um modo geral, não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nas subescalas de controlo emocional, autoconsciência emocional e responsividade situacional. No estudo de Gaspar e colaboradores (2021), também não verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na variável da regulação emocional.

Conclusão

Os resultados demonstraram que as crianças percebem possuir uma boa saúde mental e regulação emocional, e ótimas capacidades de comportamento pró-social, após experienciar uma pandemia. O sexo masculino percebeu, maioritariamente, ter melhores níveis de saúde mental e capacidade de comportamento pró-social em comparação ao sexo feminino. A percepção de ambos os grupos demonstra que experienciam poucos conflitos com o meio exterior e apresentam competência emocional e capacidade de autoconsciência (Delgado & Contreras, 2008; Schaffer, 2004). Os resultados da regulação emocional indicam que esta amostra possui uma rede de apoio presente e boas relações, seja em casa e/ou na escola.

A amostra apresenta-se na fase reflexiva do desenvolvimento emocional e é esperado que, dentro dos parâmetros normativos, consigam reconhecer emoções mais complexas e adotar estratégias para exprimir uma reação adequada perante uma ação externa (e.g., controlo da resposta emocional; Tenenbaum et al., 2004). O desenvolvimento cognitivo destas crianças deve estar no estágio concreto, em que o seu pensamento é orientado para a razão e têm disponibilidade para trabalhar em grupo (Piaget, 1999).

Caso haja interesse de explorar esta temática em futuras investigações, sugere-se que sejam exploradas as redes de apoio das crianças. Isto é, o papel da família e/ou da escola durante uma crise acidental ou os fatores protetores da saúde mental e regulação emocional das crianças que vivenciaram uma pandemia. O resultado deste estudo pode ter sido influenciado pela desejabilidade social, ou seja, o impulso de agir em busca da aceitação pelo outro. Ainda assim, o impacto de experienciar uma situação traumática pode surgir apenas na fase adulta.

No que se refere às limitações deste estudo, pode-se considerar que o estudo transversal seja uma limitação pois as hipóteses são analisadas a partir de respostas de um único momento no tempo, o que pode ser influenciado por situações da vida que os indivíduos estejam a experienciar naquele momento específico. Além disso, o estudo transversal não permite

determinar relações causais. Aconselha-se, sempre que possível, realizar um estudo longitudinal, para que haja informação do mesmo indivíduo em momentos diferentes e se possa analisar o seu padrão de respostas.

Também considera-se como uma limitação a utilização, apenas de questionários de autoavaliação, principalmente porque as crianças poderão ser influenciadas pela necessidade de aceitação social e as suas respostas poderão ser dadas, tendo em conta, o que elas acham que o adulto quer ouvir em detrimento do que realmente é a sua verdade. Deste modo, as respostas poderão estar enviesadas. Aconselha-se, numa situação ideal, que a recolha de informação seja através de autorrelato e heterorrelato para validar a informação fornecida pela amostra.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37. 10.1037/h0093906.
- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 478-488. 10.1037//0022-006x.46.3.478.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275. 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1154. <https://doi.org/10.1023/A:1021700430364>
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.223>
- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Artes Médicas.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios Familiares: uma visão sistémica* (3ªed.). Quarteto.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, J. M., & McChesney, K. (2018). The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: a systematic literature review. *International Journal of Educational Research*, 88, 121-145. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2018.01.012>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Publishing.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. M. (2010). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. Hucitec.

- Assumpção Junior, F. B., & Kuczynski, E. (2003). Transtornos do humor. In F. B. Assumpção Junior & E. Kuczynski (Orgs.), *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. Atheneu.
- Baker, J. A., Dilly, L. J., Aupperlee, J. L., & Patil, S. A. (2003). The developmental context of school satisfaction: schools as psychologically healthy environments. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 206. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.206.21861>
- Bandin, J. (2008). A criança em situação de pobreza extrema. In F. B. Assumpção Junior & E. Kuczynski (Eds), *Situações psicossociais na infância e adolescência* (pp. 113-123). Atheneu.
- Baptista, M. N., Oliveira, K. L. de, Beluce, A. C., & Peixoto, E. M. (2021). Depressão, ansiedade, autorregulação emocional, percepção do suporte social e familiar em escolares. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 9*(1), 18-28. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497968968003/html/>
- Bauer, S. (2002). *Da Ansiedade à Depressão - da Psicofarmacologia à Psicoterapia Erickoniana*. Livro Pleno.
- Becker, S., & Gregory, A. (2020). Editorial Perspective: Perils and Promise for Child and Adolescent Sleep and Associated Psychopathology during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(7), 757-759. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13278>
- Berking, M., Wirtz, C., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy, 57C*(1), 13-20. [10.1016/j.brat.2014.03.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003)
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1132-1136. [10.1176/ajp.151.8.1132](https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132).
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10082004-134158/publico/doutorado.pdf>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L., Santos, A., & Matos, M. G. (2020). “Hey, we also have something to say”: a qualitative study of Portuguese adolescents’ and young people’s experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology, 48*(8), 2740- 2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>

- Branquinho, C., Santos, A., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2021a). COVID#BACKTOSCHOOL: Qualitative study based on the voice of Portuguese adolescents. *Journal of Community Psychology*, 49(7), 2209-2220. <https://doi.org/10.1002/jcop.22670>
- Branquinho, C., Santos, A., Noronha, C., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2021b). COVID-19 Pandemic and the Second Lockdown: The 3rd Wave of the Disease Through the Voice of Youth. *Child Indicators Research*, 15, 199-216. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09865>
- Burt, K. B., Obradović, J., Long, J. D., & Masten A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79(2), 359-374. [10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x).
- Cadima, J., Ferreira, T., Guedes, C., Vieira, J., Leal, T., & Matos, P. M. (2016). Risco e regulação emocional em idade pré-escolar: a qualidade das interações dos educadores de infância como potencial moderador. *Análise Psicológica*, 34(3), 235-248. [10.14417/ap.1079](https://doi.org/10.14417/ap.1079)
- Caffo, E., Scandroglio, F., & Asta, L. (2020). Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 167-168. <https://doi.org/10.1111/camh.12405>
- Campbell, A. M. (2020). An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, 1-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In J. Mello Filho, *Doença e família* (pp. 141-161). Casa do Psicólogo.
- Cantwell, D.P. (1999). Psiquiatria infantil: introdução e panorama. In H. I. Kaplan & B. J. Sandock (Eds.), *Tratado de psiquiatria* (6ª ed., pp. 2345-2348). Artmed.
- Castillo, R. P., & Velasco, M. F. P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 em España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 37(2), 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Cid, M. F. B. (2015). Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática de atividades familiares. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(3), 428-438. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p428-438>
- Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2014). Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10>

- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a National Research Program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.10.1013>
- Consedine, N. S., Magai, C., & Bonanno, G. A. (2002). Moderators of the Emotion Inhibition-Health Relationship: A Review and Research Agenda. *Review of General Psychology*, 6(2), 204-228. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.2.204>
- Cortes, I., & Sirelli, N.M. (2016). A criança e o luto: a vivência da morte na infância. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 14(2), 91-104. <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2016.v14i2.%25p>
- Costa, J. de J., & Pimentel, M. de S. (2023) *Aspectos da automutilação na adolescência: revisão sistemática de literatura* [Tese de Bacharelado, Centro Universitário AGES]. Repositório Universitário da Ânima. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/34419/1/TCC%20-%20Jucimara%20e%20Marcelo.pdf>
- Covolo, L., Roncali, J., Zaniboni, D., Mapelli, V., Ceretti, E., & Gelatti, U. (2019). Children and digital devices: a survey on risk perception and use. *European Journal of Public Health*, 29(4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.101>
- Cowie, H., & Myers, C. A. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Children & Society*, 35(1), 62-74. <https://doi.org/10.1111/chso.12430>
- Cury, A. J. (2016). *O homem mais inteligente da história*. Sextante.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 813-822. 10.1016/j.chiabu.2010.04.004.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 346-347. 10.1016/S2352-4642(20)30097-3
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 387-411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>

- Dekovic, M. (1999). Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021635516758>
- Delgado, B., & Contreras, A. (2008). Desarrollo social y emocional. In B. Delgado (Ed.), *Psicología del Desarrollo* (pp. 35-66). McGraw Hill.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Vozes.
- Denham, S. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1), 1-48. <http://denhamlab.gmu.edu/Publications%20PDFs/Denham%202007.pdf>
- Denham, S., Blair, K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: pathway to social competence?. *Child development*, 74(1), 238-256. 0009-3920/2003/7401-0017
- Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência (2022). Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar. <https://www.dgeec.mec.pt/np4/1357.html>
- Díaz-Pérez, G. (2020). La pandemia de COVID-19 y sus violencias en América Latina. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 1-7. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4874>
- Drake, M. M., Morris, M., & Davis, T. J. (2017). Neuroticism's susceptibility to distress: Moderated with mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 106(1), 248-252. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.060>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. 10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- Dunn, J., Brown, J. R., & Maguire, M. (1995). The development of children's moral sensibility: Individual differences and emotion understanding. *Developmental Psychology*, 31(4), 649-659. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.4.649>
- Elliott, R. (2012). Emotion-Focused Therapy. In P. Sanders, *The Tribes of the Person Centred Nation: An introduction to the schools of therapy related to the personcentred approach* (2ª ed., pp. 103-130). PCCS Books.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>

- Fabes, R. A., Eisenberg, N., McCormick, S. E., & Wilson, M. S. (1988). Preschoolers' attributions of the situational determinants of others' naturally occurring emotions. *Developmental Psychology*, 24(3), 376-385. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.376>
- Fegert, J.M., Vitiello, B., Plener, P.L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(20), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Ferreira, C. (2015). O desenvolvimento da regulação das emoções: Estudo das variáveis intraindividuais [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31361/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Cristina%20Ferreira%202015.pdf>
- Ferrioli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>
- Fialho, I. F. G. (2021). Regulação emocional, rendimento académico e o comportamento em sala de aula, em jovens do 2º ciclo [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5277/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20In%c3%aas%20Fialho.pdf>
- Field, T. M., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expressions by neonates. *Science*, 218(4568), 179-181. <https://doi.org/10.1126/science.7123230>
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polémica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: ciência e profissão*, 19(3), 40-51. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005>
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire-Portuguese version]. <http://portefoliompap.webnode.pt/escala-sdq/>
- Ford, T., John, A., & Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, 372(614), 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.n614>
- Franco, M. G. S. E. C., & Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da compreensão emocional. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 31(3), 339-348. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032099339348>

- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. 10.1037%2F0003-066X.60.7.678
- Gaspar, A., Pinto, T., Fernandes, R., Martins, E., & Mendes, F. (2022). *Regulação emocional e competências sociais em crianças e jovens institucionalizados*. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7888/1/ICCA_regulacao_568-580.pdf
- Ghosh, R., Dubey, M. H., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of Covid-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*, 72(3), 226-235. 10.23736/S0026-4946.20.05887-9
- Giordani, J. P., Lima, C. P. & Trentini, C. M. (2020). Adversidades na Infância: Associação a Fatores Protetivos e Sintomas Internalizantes na Aduldez. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(3), 899-918. 10.12957/epp.2020.54356.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais - IEP: Modelo teórico - manual de aplicação, apuração e interpretação*. Editora Vozes.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. 10.1007/s10862-008-9102-4
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1). <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (6), 214-219. <http://www.jstor.org/stable/20182746>
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-Focused Emotion Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. 10.1037//0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. 10.1037/1089-2680.2.3.271

- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *Cambridge University Press*, 39, 281-291. 10.1017.S0048577201393198
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotional regulation*. The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Guimarães, M. F., Vizzotto, M. M., Avoglia, H. R. M. C., & Paiva, E. A. F. (2022). Depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de estudantes de universidades pública e privada. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e4038. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.e4038>
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*, 9(9), 5212-5222. 10.19082/5212.
- Harris, P. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Blackwell Publishers.
- Harter, S., & Whitesell, N. (1989). Developmental changes in children's understanding of single, multiple, and blended emotion concepts. In C. Saarni & P. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion* (pp. 81-116). Cambridge University Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29, 409-416. doi:10.1002/da.21888
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 1-6. <https://doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.112954>
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., & Mikton, C. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. 10.1016/S2468-2667(17)30118-4

- Idoiaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., & Picaza, M. (2020). Exploring children's social and emotional representations of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>
- Jesus, C. S. de, Santos, H. de S., & Santos, D. de O. (2023). Pandemia da COVID-19, isolamento social e saúde mental das crianças: uma revisão bibliográfica [Dissertação de Bacharelado]. Centro Universitário AGES. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/34458>
- Jiang, S., Postovit, L., Cattaneo, A., Binder, E. B., & Aitchison, K. J. (2019). Epigenetic Modifications in Stress Response Genes Associated with Childhood Trauma. *Frontiers in Psychiatry, 10*(808), 1-19. [10.3389/fpsyg.2019.00808](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00808).
- Koller, S. H. (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. Casa do Psicólogo.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Larrier, Y., & Lewis, T. (2017). Social-emotional learning and at-risk children and youth. *Global Engagement and Transformation, 1*(1). <https://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/joget/article/view/24271>
- La Taille, Y., de Oliveira, M. K., & Dantas, H. (1992). *Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em discussão* (26ª ed.). Summus.
- Laureano, R. M. S. (2013). *Testes de Hipóteses com o SPSS Statistics – O meu manual de consulta rápida* (2ªed.). Edições Sílabo.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leal, I. P., Antunes, R. A. R., Passos, T. A. B., Ribeiro, J. L. P., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stress para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*(2), 277-284. <http://hdl.handle.net/10400.12/1094>
- Leandro, J. C., & Freitas, P. M. L. (2015). Luto infantil: A vivência diante da perda de um dos pais. *Revista Uningá, 46*(1), 69-75. <https://doi.org/10.46311/2318-0579.46.eUJ1228>
- León, D., & Sierra, H. (2008). Desarrollo de la comprensión de las consecuencias de las emociones. *Revista latinoamericana de psicología, 40*(1), 35-45. <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/viewFile/354/255>
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, 80*(2), 11-20. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300003>.

- Linhares, M. B. M. (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 587-599. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400003>
- Linhares, M. B. M., Bordim, M. B. M., & Carvalho, A. E. V. (2004). Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro (Eds.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar* (pp. 75-106). Casa do Psicólogo.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349. 10.1016/S2352-4642(20)30096-1
- Loosli, L., & Loureiro, S. R. (2010). Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 94-101. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000001>
- Lopes, L. O. R., de Jesus, R. S. M., de Souza, R. S. B., & Teodoro, M. L. M. (2023). Fatores de risco e associados ao comportamento suicida no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Tempus Psicológico*, 6(2), 116-132. <https://doi.org/10.30554/tempusp-si.6.2.4694.2023>
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118. 10.1037/1528-3542.5.1.113
- 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. 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Mackenzie, J. S. & Smith, D. W. (2020). COVID-19: a novel zoonotic disease caused by a coronavirus from China: what we know and what we don't. *Microbiology Australia*, 41(1), 45-50. 10.1071/MA20013
- Mamun, M. A., & Ullah, I. (2020). COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? - The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 163-166. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.028>
- Matos, M.G. (Coord.) (2015). *Dream Teens: Adolescentes em navegação segura por águas desconhecidas*. Coisas de Ler.
- Matos, M. G. (2018). HBSC 2018: a saúde dos adolescentes portugueses após a recessão - dados nacionais do estudo HBSC 2018. *Equipa Aventura Social*. http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf

- Matos, M. G., Guedes, F. B., Tomé, G., Reis, M., Cerqueira, A., Reis, M., Branquinho, C., & Gaspar, T. (2021). *Comportamento e Saúde dos Adolescentes do Concelho de Vila Nova de Famalicão - Relatório Preliminar*. Aventura Social. [https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1357&fileName=SaudePsi_final.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1357&fileName=SaudePsi_final.pdf)
- Matos, M. G., & Wainwright, T. (2021). COVID-19 and Mental Health in School-Aged Children and Young People: Thinking ahead while preparing the return to school and to life “as usual”. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 4(1), 1-9. <https://10.33525/pprj.v4i1.105>
- MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The Emotion regulation index for children and adolescents (ERICA): A Psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301-314. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9154-0>
- Machado, P., Veríssimo, M., Torres, N., Peceguina, I., Santos, A.J., & Rolão, T. (2012). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 26(3), 463-478. <https://doi.org/10.14417/AP.508>
- Magalhães-Barbosa, M. C. de, Prata-Barbosa, A., & Cunha, A. J. L. A. da (2022). Toxic stress, epigenetics and child development. *Jornal de Pediatria*, 98(1), 13-18. [10.1016/j.jped.2021.09.007](https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.09.007).
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 135-142. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37721999000200006>
- Matsukura, T. S., & Cid, M. F. B. (2008). Intervenção junto a professores do ensino público municipal: abordando os papéis da família e escola no desenvolvimento infantil e viabilizando ações. In T. Araújo Filho, & M. J. M. Thiollent (Orgs.), *Metodologia para projetos de extensão: apresentação e discussão* (1ª ed., pp.192-196). Cubo multimídia.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What Is Emotional Intelligence? In P. Salovey, & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational Implications* (pp. 3-34). Basic Books.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54(3), 702-709. <https://doi.org/10.2307/1130058>

- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.
- Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4668. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>
- Mondin, E. M. C. (2005). Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. *Psicologia Argumento*, 23(41), 25-35. <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2005/vol23/no41/3.pdf>
- Moreira, P. M. G. (2018). Desregulação emocional, ansiedade, depressão e stress na adolescência: Contributos de variáveis sociodemográficas, académicas e extracurriculares [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/27420/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado%20Pedro%20Moreira.pdf>
- Moreno, R. A., & Moreno, D. H. (1994). Transtornos de Humor na Infância e na Adolescência. In F. B. J. Assumpção, *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Maltese.
- Morgül, E., Kallitsoglou, A., & Essau, C. A. (2020). Psychological effects on the COVID-19: lockdown on children and families in the UK. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 42-48. 10.21134/rpcna.2020.mon.2049
- Muñiz, E. I., Silver, E. J., & Stein, R. E. K. (2014). Family routines and social-emotional school readiness among preschool age children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(2), 93-99. 10.1097/DBP.0000000000000021.
- Nakamura, E., & Santos, J. Q. dos (2007). Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 53-60. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000011>
- Nakano, T. de C. (2020). Crisis, desastres naturales y pandemias: contribuciones de Psicología Positiva. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), e-2161. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2161>
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, 51, 49-91. doi: 10.5334/pb-51-1-49
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>.

- OECD (2021). *Beyond Academic Learning: First Results from the Survey of Social and Emotional Skills*. *OECD Publishing*, 2021, 1-33. <https://doi.org/10.1787/92a11084-en>.
- Oliveira, A. S. do C. (2008). *Ansiedade Infantil e os prejuízos na vida escolar*. <https://www.passeidireto.com/arquivo/5882982/15-ansiedade-infantil-e-os-prejuizos-na-vida-escolar>
- Oliveira, C. J. de (2018). *A relação entre os problemas internalizantes e externalizantes e o bem-estar psicológico na adolescência [Dissertação de Mestrado]*. Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37557/1/ulfpie053217_tm.pdf
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100002>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_ao_637_2021.pdf
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Organização Mundial de Saúde. (1991). *Promoção da saúde no local de trabalho: abuso de álcool e drogas, relatório de um comité de peritos da OMS*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241208333>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Adolescent mental Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organização Mundial de saúde. (2022). *Relatório mundial sobre saúde mental: Transformando a saúde mental para todos*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Osório, L. C. (1996). O que é a família, afinal? In L. C. Osório, *Família hoje*. (pp. 14-33). Artes Médicas.
- Quoidbach, J., & Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25(1), 23-29. 10.1016/j.profnurs.2007.12.002
- Pandey, R., & Choubey, A. (2010). Emotion and health: An overview. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 17(2), 135-152. <https://rpandeybhu.webs.com/Publications/emotion%20and%20health-overview.pdf>

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª Ed.) Artmed.
- Parco, D. A., & J6, P. S. (2015). Conductas Internalizantes y Externalizantes en Adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68643124008>
- Park, C., Rosenblat, J. D., Brietzke, E., Pan, Z., Lee, Y., Cao, B., Zuckerman, H., Kalantarova, A., & McIntyre, R. S. (2019). Stress, epigenetics and depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, 139-152. 10.1016/j.neubiorev.2019.04.010
- Paula, C. S. de, Miranda, C. T. de, & Bordin, I. A. S. (2010). Saúde Mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 47-92). Hucitec.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/nejmp2008017>
- Piaget, J. (1964). Cognitive Development in Children: Development and Learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 3(2), 176-186. <http://dx.doi.org/10.1002/tea.3660020306>
- Piaget, J. (1967). *Seis Estudos de Psicologia*. Editora Forense-Universitária.
- Piaget, J. (1978). *Fazer e Compreender*. Edições Melhoramentos.
- Piaget, J. (1999). *A linguagem e o pensamento da criança* (7ª Ed). Martins Fontes.
- Pinheiro, J. F. A. (2021). Impacto da pandemia por COVID-19 no ganho de peso e sua relação com a saúde mental em crianças e adolescentes [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136452/2/499762.pdf>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lidel.
- Pons, F., & Harris, P. (2005). Longitudinal change and longitudinal stability of individual differences in children's emotion understanding. *Cognition & Emotion*, 19(8), 1158-1174. 10.1080/02699930500282108
- Pons, F., Harris, P., & de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European journal of developmental psychology*, 1(2), 127-152. <https://doi.org/10.1080/17405620344000022>

Pulaski, M. A. S. (1980). *Compreendendo Piaget*. LTC.

Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, (7), 156-175. <https://www.scielo.br/j/soc/a/VMH7xnfRKMg4qqSWt746CBQ/?format=pdf&lang=pt>

Ramos, M. de F. S., Galhardo, A., Cunha, M., & Massano-Cardoso, I. (2021). Medo de contrair COVID-19: Estudo de validação da *Fear of Contracting COVID-19 Scale* em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(2), 1-16. <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.2.215>

Rappaport, C. R., Fiori, W. da R., & Davis, C. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento: Teorias do desenvolvimento (Conceitos fundamentais)* (Vol.1). Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Rathus, S. (2007). *General Psychology* (pp. 127-131). Savalan Publication.

Reverendo, I. M. (2011). Regulação emocional, satisfação com a vida & percepção da aceitação - rejeição parental: estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA) [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18199>

Ribeiro, I. A. P., Rocha, M. O., Cunha, D. C. L., Araújo, A. S., Amaral, I. N., Marques, L. L., & Cunha, M. B. (2020). Isolamento social em tempos de pandemia por COVID-19: impactos na saúde mental da população. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 92(30), 4-5. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.741>

Ribeiro, I. B. D. (2022). Desempenho escolar e ajustamento socioemocional em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas [Dissertação de Mestrado]. Universidade Lusíada. <http://dspace.lis.ulusiada.pt/bitstream/11067/6672/1/288548%20In%20c3%aas%20Beatriz%20Dinis%20Ribeiro.pdf>

Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.79.3.410>

Ridgeway, D., Waters, E., & Kuczaj, S. A. (1985). Acquisition of emotion-descriptive language: Receptive and productive vocabulary norms for ages 18 months to 6 years. *Developmental Psychology*, 21(5), 901-908. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.5.901>

Romero, C. S., Delgado, C., Catalá, J., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., Andrés, J., & Otero, M. (2020). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in

- Spain: The PSIMCOV group. *Psychological Medicine*, 52(1), 188-194. [10.1017/S0033291720001671](https://doi.org/10.1017/S0033291720001671)
- Rothstein, R., & Olympia, R.P. (2020). Scholl nurses on the front line of healthcare: The approach to maintaining student health and wellness during COVID-19 school closures. *National Association of School Nurses*, 35(5), 269-275. <https://doi.org/10.1177/1942602X20935612>
- Sá, S. (2020). Avaliação da Saúde Emocional e Comportamental das Crianças Imigrantes Utilizadoras do ACES de Amadora [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa. https://run.unl.pt/bitstream/10362/116298/1/Dissertac%cc%a7a%cc%83o_Silva-Sa_22-10-2020.pdf
- Sapienza, G., & Pedrômonico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>
- Sârbescu, P., Rusu, S., & Costea, I. (2012). The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale in Romania: The Development of a 13 item Short Form. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 3(2), 37-44. [10.1016/j.sbspro.2012.01.213](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.213)
- Satici, B., Tekin, E. G., Deniz, M. E., & Satici, S. A. (2020). Adaptation of the fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and the life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 1980-1988. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *The Indian Journal of Pediatrics*, 87, 532–536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Schaffer, H. R. (2004). *Introducing Child Psychology*. Blackwell Publishing.
- Schirmann, J. K., Miranda, N. G., Gomes, V. F., & Zarth, E. L. F. (2019). *Fases do Desenvolvimento Humano segundo Jean Piaget*. https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA9_ID_4743_27092019225225.pdf.
- Schmitz, M. F. (2003). Influences of race and family environmental on child hyperactivity and antisocial behavior. *Journal of Marriage & the Family*, 65(4), 835-849. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00835.x>
- Schultz, D., Izard, C., & Abe, J. (2005). The emotion systems and the development of emotional intelligence. In R. Schulze & R. Roberts (Eds.), *Emotional Intelligence* (pp. 51-67). Hogrefe & Huber.

- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Murri, M. B., Erbutto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8. 10.3389/fpsy.2017.00149.
- Simões, P. B. (2012). Relatório de Estágio em Psiquiatria da Infância e Adolescência [Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. file:///Users/stephaniesouza/Downloads/Tese_Final.pdf
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 1-10. [10.1016/j.psychres.2020.113429](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429)
- Sousa, D., Fernandes, D., Pedro da Ponte, J., Teixeira, J. J., Verdasca, J., Gradeço, J., Matos, M. G., Ramalho, S., Valente, S. V., & Peralta, S. (2021). Apoio ao desenvolvimento das aprendizagens e ao desenvolvimento socioemocional e do bem-estar durante e pós-pandemia. DGE/PNPSE | Ministério da Educação. <http://hdl.handle.net/10174/30735>
- Tenenbaum, H., Visscher, P., Pons, F., & Harris, P. (2004). Emotional Understanding in Quechua Children from an agro-pastoralist village. *International Journal of Behavioral Development*, 28(5), 471-478. » <https://doi.org/10.1080/01650250444000225>
- The Lancet Child & Adolescent Health (2020). Pandemic school closures: risks and opportunities. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 341. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30105-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30105-X)
- United Nations (2020). COVID-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide 2020. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232>
- United Nations Children's Fund (2013). Report card 11: Child well-being in rich countries. UNICEF. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- United Nations Children's Fund (2021). The state of the world's children 2021. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- Vallejo-Slocker, L., Fresneda, J., & Vallejo, M. A. (2020). Psychological Wellbeing of Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic. *Psicothema*, 32(4), 501-507. 10.7334/psicothema2020.218
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, 21, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>

- Varner, C. (2020). Parents on the front lines of COVID-19 face tough choices. *Canadian Medical Association Journal*, 192(17), 467-486. [10.1503/cmaj.1095864](https://doi.org/10.1503/cmaj.1095864)
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos*, 11(1), 37-44. <https://doi.org/10.25752/psi.3324>
- Vieira da Costa, C., Sousa Ticoló, S., Ferreira-Carvalho, R., Delgado, R. M., Lobarinhas, M. J., Teixeira, G., Costa de Sousa, M., Cordovil, C., Henriques, S., & Goldschmidt, T. (2021). Avaliação de Sintomas Psiquiátricos Durante o Confinamento no Contexto da Pandemia COVID-19 numa População Clínica Pedopsiquiátrica. *Revista Portuguesa De Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(1), 9-21. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v.i1.176>
- Viner, R., Russell, S., Saullé, R., Croker, H., Stansfeld, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A. L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Schwalbe, N., Morgan, A., & Minozzi, S. (2021). Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*, 2021, 1-31. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2015). *Terapia cognitiva focada em esquemas*. Artmed Editora.
- Walsh, F. (2020). Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope and Transcendence. *Family Process*, 59(3), 898-911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027600>
- Wellman, H.M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child Development*, 72(3), 655-684. [10.1111/1467-8624.00304](https://doi.org/10.1111/1467-8624.00304).
- World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- World Health Organization (2020b). WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--3-april-2020>

Apêndices

Lista de Apêndices

Apêndice I - Consentimento Informado

Apêndice I - Consentimento informado



Escola Básica 2º, 3º Ciclos João Villaret



Consentimento Informado

Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

No âmbito da dissertação de mestrado de Stephanie Souza, estagiária e mestranda em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), sob a orientação do Prof.º Doutor António Rebelo, está a decorrer o Projeto de Investigação com o intuito de avaliar a saúde psicológica e bem-estar dos alunos do 5º ano. Neste sentido, solicitamos a sua autorização para que o vosso educando(a) participe nesta investigação.

O estudo consiste no preenchimento dos seguintes questionários: Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por), Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS-C) e Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERICA). Serão salvaguardados os interesses dos participantes, assegurando uma rigorosa confidencialidade da informação recolhida, sendo que a participação é voluntária, anónima, sem prejuízos e/ou obrigações. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo da presente investigação e o participante poderá, em qualquer momento, desistir de colaborar se assim o desejar.

Caso pretenda esclarecimentos adicionais, poderá entrar em contato através do e-mail: nsouza.stephanie@gmail.com

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do aluno(a) _____, autorizo a sua participação no presente estudo.

_____, ____ de _____ de 2023

O Encarregado de Educação

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A - Questionário de Capacidades e Dificuldades

Anexo B - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças

Anexo C - Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes

Anexo A - Questionário de Capacidades e Dificuldades

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-For)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Nome

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Muito obrigado pela tua ajuda

Anexo B - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças

EADS-21 - Nome		Data ___ / ___ / ___			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- 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 & Doenças*, 5 (2), 229-239

Anexo C - Índice de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes**ERICA**

Este questionário pretende perceber como te sentes. Assinala com uma cruz a resposta em cada linha que melhor se aplica a ti.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Sou uma pessoa feliz.					
Quando os adultos são simpáticos comigo, eu sou simpático(a) com eles.					
Eu reajo bem quando as coisas mudam ou tenho de experimentar algo novo.					
Quando fico aborrecido(a), consigo ultrapassar isso rapidamente.					
Quando as coisas não correm como eu quero, fico aborrecido(a) facilmente.					
Quando as outras crianças são simpáticas comigo, eu sou simpático(a) com elas.					
Eu tenho explosões de raiva.					
Eu gosto de ver os outros a magoarem-se ou a ficarem aborrecidos.					
Eu sou perturbador(a) quando não devo.					
Eu fico zangado(a) quando os adultos me dizem o que posso ou não fazer.					
Eu sou uma pessoa triste.					
É difícil para mim esperar por algo que eu queira.					
Eu sou calmo(a) e tímido(a) e não mostro os meus sentimentos.					
Eu faço as coisas sem pensar primeiro.					
Quando os outros estão preocupados, eu fico triste e preocupado(a) com eles.					
Eu aborreço os outros porque me meto no que não me diz respeito.					