

Dissertação de Mestrado

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ASSOCIAÇÃO ENTRE STRESSORES E RESPOSTAS
AO STRESS DE ADOLESCENTES DURANTE O
SEGUNDO CONFINAMENTO DEVIDO À COVID-19 E
QUALIDADE DE VIDA E PERTURBAÇÃO
PSICOLÓGICA APÓS O CONFINAMENTO**

Sara Nunes

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ASSOCIAÇÃO ENTRE STRESSORES E RESPOSTAS
AO STRESS DE ADOLESCENTES DURANTE O
SEGUNDO CONFINAMENTO DEVIDO À COVID-19 E
QUALIDADE DE VIDA E PERTURBAÇÃO
PSICOLÓGICA APÓS O CONFINAMENTO**

Sara Nunes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Luísa Barros, pelas aprendizagens transmitidas, pela ajuda constante e disponibilidade ao longo deste trabalho, e pela motivação, sem as quais a sua realização não seria possível.

Aos meus pais, ao meu irmão, e à restante família, agradeço por me terem acompanhado sempre e apoiado durante todo processo.

Aos meus amigos, que sempre me deram palavras de apoio e compreensão.

Agradeço à Inês, Eduarda, Maria, Susana, e Tânia, as amigas e colegas que a faculdade me trouxe, que me acompanharam ao longo destes anos, e com quem partilhei os momentos mais difíceis e mais felizes de todo o percurso académico.

Por fim, um agradecimento especial a todos os pais e mães que guardaram algum do seu tempo para participar neste estudo, que apenas com a sua ajuda se concretizou.

Resumo

A COVID-19 e os confinamentos tiveram um impacto negativo na qualidade de vida e saúde mental da população geral. Particularmente, parece relevante considerar o impacto nos adolescentes, por ser um estágio do desenvolvimento no qual existem grandes mudanças a nível psicológico e social que podem ter tornado mais difícil a adaptação à pandemia. O presente trabalho teve como objetivo adaptar e traduzir o *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ), e estudar a associação entre stressores e respostas ao stress de adolescentes durante o segundo confinamento devido à COVID-19 (entre 15 de janeiro a 15 de março de 2021) e qualidade de vida e perturbação psicológica após o confinamento. O estudo contou com uma amostra de 52 pais de adolescentes que tinham idades entre os 12 e os 17 anos no período do segundo confinamento. Foram utilizados um questionário sociodemográfico, e os instrumentos RSQ, *KIDSCREEN-10*, *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*, e *Pediatric Scale for Children – 17*. Numa análise preliminar, foram encontrados indicadores adequados de consistência interna no RSQ. Os resultados sugerem uma boa adaptação dos adolescentes um ano após o segundo confinamento, associada a níveis adequados de bem-estar dos pais. Além disso, um maior uso de estratégias de coping de envolvimento para lidar com o stress da COVID-19 estava associado a níveis mais elevados de saúde mental e qualidade de vida um ano após o segundo confinamento, enquanto estratégias de coping de afastamento e respostas involuntárias ao stress revelaram associações com níveis mais baixos de saúde mental. Estes resultados podem ser explicados em parte por se tratar de uma amostra com boas condições socioeconómicas, e reforçam a necessidade de desenvolver programas de prevenção nos vários contextos para facilitar o uso de estratégias de coping eficazes pelos adolescentes que têm que lidar com eventos adversos.

Palavras-chave: Respostas ao Stress, Qualidade de Vida, Perturbação Psicológica, COVID-19, Adolescentes

Abstract

COVID-19 and the lockdowns seem to have had a negative impact on the general populace's quality of life and mental health. In particular, it can be relevant to consider the impact on adolescents since this is a developmental stage with significant psychological and social changes that may have led to a harder adaptation to the pandemic context. The goal of the present study was to adapt and translate the *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ), and examine the association between adolescents' stressors and responses to stress during the second lockdown due to COVID-19 (from January 15th to March 15th, 2021) and the quality of life and psychological problems after the lockdown. The sample of this study consisted of 52 parents of adolescents between the ages of 12 and 17 during the second lockdown. We used a sociodemographic questionnaire and the scales RSQ, *KIDSCREEN-10*, *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*, and *Pediatric Scale for Children – 17*. In a preliminary analysis, we found adequate values of internal consistency of the RSQ. The findings suggest that adolescents show a good adaptation a year after the lockdown, associated with adequate levels of parent well-being. In addition, higher use of engagement coping strategies to deal with the COVID-19 stress was linked to higher levels of mental health and quality of life a year after the second lockdown, while disengagement and involuntary responses to stress were associated with lower levels of mental health. These results can be explained partially because of the sample's good socioeconomic conditions, and reinforce the need of developing prevention programs in different contexts in facilitating effective coping strategies for young people to deal with adverse events.

Keywords: Responses to Stress, Quality of Life, Psychological Problems, COVID-19, Adolescents

Índice

Introdução	1
Impacto psicológico na adolescência.....	1
Diminuição da Qualidade de Vida.....	3
Aumento dos Níveis de Ansiedade	4
O Stress e o Coping.....	6
O Stress e a COVID-19.....	9
Stressores	9
Estratégias de Coping	11
Objetivos do Presente Estudo	13
Métodos.....	15
Participantes.....	15
Instrumentos.....	17
Questionário Sociodemográfico.....	17
Responses to Stress Questionnaire (RSQ)	18
KIDSCREEN-10.....	19
Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS).....	20
Pediatric Symptoms Checklist (PSC-17)	20
Procedimento	21
Análise de dados	21
Resultados.....	23
Estudo preliminar do RSQ.....	23
Discussão.....	41
Limitações e Conclusão	49
Referências.....	51
Anexos	58

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 - Modelo de Respostas ao Stress.....	8
Tabela 1 - Caracterização da Amostra (N=52).....	15
Tabela 2 - Consistência Interna e Média das Correlações entre Itens das Escalas e Subescalas do RSQ.....	23
Tabela 3 - Correlações entre as Escalas de Respostas ao Stress (Estratégias de Coping e Respostas Involuntárias) para Resultados Brutos e Resultados Proporcionais.....	25
Tabela 4 - Média e Frequências dos Stressores.....	26
Tabela 5 - Média, Desvio-padrão e Resultados Proporcionais das Estratégias de Coping e Respostas Involuntárias ao Stress de Adolescentes durante o Período do Segundo Confinamento devido à COVID-19	27
Tabela 6 - Frequência da seleção das Respostas Alternativas.....	28
Tabela 7 - Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala KIDSCREEN-10.....	31
Tabela 8 - Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala PSC-17.....	31
Tabela 9 - Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala WEMWBS.....	32
Tabela 10 - Correlações entre o Total de Stressores, o Bem-estar dos Pais, a Perturbação Total, de Internalização, de Externalização e de Atenção dos Jovens, e a Qualidade de Vida dos Jovens.....	33
Tabela 11 - Correlações entre o Total de Stressores, a Qualidade de Vida dos Jovens, a Perturbação dos Jovens e o Bem-estar dos Pais, e as Respostas ao Stress (Resultados Proporcionais para as Estratégias de Coping e Respostas Involuntárias).....	34
Tabela 12 - Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Sexo dos Adolescentes.....	36
Tabela 13 - Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Grupo Etário dos Adolescentes.....	37

Tabela 14 - Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Tipo de Profissão dos Pais (risco ou não risco).....	38
Tabela 15 - Diferenças nas Variáveis Estudadas, por Grupo de Adolescentes que Tiveram Pessoas Próximas com Doença Grave devido à COVID-19 ou Não Tiveram.....	39

Introdução

A COVID-19 foi declarada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) a 11 de março de 2020, após o crescimento significativo dos casos de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 a nível mundial. Em Portugal, foi anunciado o Estado de Emergência a 18 de março do mesmo ano, apenas uns dias após o início do encerramento de vários estabelecimentos de ensino (Orgilés, Francisco, et al., 2021). Entre outras restrições, surgiu a obrigatoriedade de recolhimento domiciliário. Após um período de desconfinamento, foram estabelecidas novas medidas de controlo da pandemia, dando início a um segundo confinamento entre 15 de janeiro a 15 de março de 2021. Uns dias depois, a 22 de janeiro, deu-se o segundo encerramento das escolas, cujas atividades letivas presenciais foram sendo retomadas progressivamente entre os meses de março e abril, por graus de escolaridade.

A investigação já produzida mostrou que a pandemia e os respetivos confinamentos tiveram impacto psicológico negativo na população geral. Brooks e colaboradores (2020) analisaram 24 estudos, de dez países diferentes, sobre o impacto psicológico das quarentenas em diversas populações. Esta revisão sugeriu a existência de impacto psicológico substancial e com possíveis efeitos duradouros, derivado das quarentenas. Em particular, o impacto na população geral da COVID-19, e das medidas de controlo associadas, tem também sido o foco de vários estudos. Uma outra revisão sistemática de oito artigos sobre o impacto psicológico da quarentena durante a pandemia na China, com diversas populações, concluiu que foi recorrente o surgimento de ansiedade, depressão e sentimentos de solidão (Luo et al., 2020).

Impacto psicológico na adolescência

Apesar do grande impacto na população geral, parece relevante considerar a adolescência em particular, por ser um período de transformação psicológica e social, durante o qual as interações sociais são muito importantes (Orben et al., 2020), bem como um período

que pode ser particularmente angustiante devido às mudanças desenvolvimentais (Magson et al., 2021). A especial sensibilidade a estas mudanças torna esta população mais vulnerável a problemas de saúde mental (Octavius et al., 2020).

Num contexto de restrições à socialização, como o distanciamento social e a quarentena, muitos jovens não tiveram possibilidade de interagir pessoalmente com os seus pares, correndo o risco de comprometer aspetos cruciais do seu desenvolvimento relacionados com o ambiente social, como o desenvolvimento cerebral, a construção do autoconceito e a saúde mental (Orben et al., 2020). Ter que lidar com as restrições impostas pela necessidade de controlar a pandemia pode ser especialmente difícil para os adolescentes, uma vez que as circunstâncias vividas podem ser incongruentes com as suas tarefas de desenvolvimento (Ravens-Sieberer et al., 2021). Uma das tarefas mais importantes da adolescência é a formação de uma identidade, definida por valores próprios e decisões acerca do futuro académico e profissional, e construída a partir da expressão das suas capacidades, necessidades e interesses num contexto social. Estas interações sociais ocorrem maioritariamente com os pares, com quem os jovens passam normalmente a maior parte do tempo, pelo que é importante que estabeleçam uma boa relação com as pessoas da sua idade (Papalia, 2001). Assim, a falta de interação social, nomeadamente que envolva contacto físico, pode ser percecionado pelos adolescentes como uma perda significativa (Pereira et al., 2021b). É também neste período do desenvolvimento que os jovens desenvolvem a sua independência, nomeadamente através de um distanciamento da relação com os pais (Christie & Viner, 2005). Com as limitações relacionadas com um maior isolamento social, entre as quais o ensino à distância, a maioria dos adolescentes teve menos interações com os pares e passou mais tempo com a família, ao contrário do que seria de esperar. Além disso, grande parte dos jovens parece ter sentido insegurança associada a uma rutura da escola (Guessoum et al., 2020), bem como menos interesse pelo ensino online, apontando a falta de interação

cara-a-cara com colegas e professores como uma das principais razões (Cockerham et al., 2021). Neste contexto de pandemia, as crianças e adolescentes dependem bastante da resiliência dos vários sistemas interdependentes a que pertencem, como a família, os amigos e colegas, e a escola (Dvorsky et al., 2021).

Diminuição da Qualidade de Vida

A qualidade de vida pode ser definida como o nível de bem-estar percebido pela pessoa a partir da avaliação que faz de vários domínios da sua vida (Nobari et al., 2021). Pelas suas características, a pandemia da COVID-19 e as restrições decorrentes da mesma parecem ter tido um impacto negativo em crianças e adolescentes, nomeadamente pela diminuição da qualidade de vida (Nobari et al., 2021). Jovens alemães, com idades entre os 11 e os 17 anos, relataram baixa qualidade durante um confinamento parcial que ocorreu entre maio e junho de 2020 (Ravens-Sieberer et al., 2021). Este estudo longitudinal comparou a qualidade de vida de adolescentes durante a pandemia, com 40,2% a reportarem baixa qualidade de vida, em contraste com os 15,3% na fase de pré-pandemia.

Na população brasileira também se observou este impacto. Um estudo que avaliou o impacto da COVID-19 na qualidade de vida de uma amostra da população brasileira, nomeadamente adolescentes, durante o isolamento social, revelou que todas as dimensões de qualidade de vida avaliadas através da versão curta do *Survey-36* (saúde geral, funcionamento físico, limitações de papel devido a saúde física, energia/vitalidade, dor corporal, bem-estar emocional, limitações de papel devido a problemas emocionais, e funcionamento social) diminuíram durante a pandemia, em comparação com o período pré-pandemia (de Matos et al., 2020). Uma revisão sistemática acerca do impacto psicológico da COVID-19 em crianças e adolescentes menores de 18 anos, avaliado através de autorrelato ou heterorrelato dos pais até março de 2021, verificou que a maioria dos estudos analisados, em diversos países, revelou menor qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão (Chawla et al.,

2021). Em Portugal, resultados de um estudo com crianças e jovens com idades entre os seis e os 16 anos sugeriram também uma diminuição significativa da qualidade de vida durante a pandemia, avaliada seis semanas após o início da mesma (Pereira et al., 2021b).

Aumento dos Níveis de Ansiedade

Existe também alguma evidência de que os níveis de perturbação psicológica, nomeadamente de ansiedade, terão aumentado com a pandemia. Um estudo realizado com adolescentes australianos, com idades entre os 13 e os 16 anos, que avaliou os níveis de ansiedade – através da *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-C)* - e depressão – pelo *Short Mood and Feelings Questionnaire – Child Version (SMFQ-C)* - antes e uns meses após o início da pandemia, mostrou alguma deterioração da saúde mental dos jovens (Magson et al., 2021). Adolescentes italianos, entre os 15 e os 21 anos de idade, revelaram que foi difícil ficar em casa durante a quarentena. Em abril de 2020, mais de um terço (39,9%) dos jovens relataram sentir-se particularmente ansiosos com a situação da pandemia (Pigaiani et al., 2020). Noutro estudo, foi aplicado um questionário baseado no *Emergency Department Distress Response Screener (ED-DRS)* a adolescentes dos 12 aos 18 anos que acederam a consultas de Emergência Pediátrica da Califórnia entre março e setembro de 2020, com queixas médicas não relacionadas com saúde mental, de modo a identificar stress psicossocial e estratégias de coping. Cerca de metade dos pacientes admitiram sentir-se ansiosos durante a pandemia, por diversos fatores relacionados (Yau & Nager, 2021).

Numa revisão sistemática onde se estudou o impacto da COVID-19 na saúde mental de adolescentes, foram analisados quatro estudos de países diferentes (China, Estados Unidos da América e Turquia). Jovens com idades entre os 12 e os 18 anos revelaram que a COVID-19, particularmente uma maior exposição ao vírus, originou condições de maior ansiedade e depressão (Octavius et al., 2020). Apenas um dos estudos incluídos não encontrou associação entre as medidas restritivas da COVID-19 e a saúde mental dos adolescentes.

Um estudo realizado com pais de crianças e adolescentes espanhóis, italianos e portugueses, com idades entre os 3 e os 18 anos, mostra um impacto diferente da pandemia nos jovens portugueses (Orgilés, Francisco, et al., 2021). Através da escala *Impact Scale of the COVID-19 and Home Confinement on Children and Adolescents*, respondida pelos pais duas, cinco e oito semanas após o início de confinamento de 2020, os investigadores concluíram que os jovens portugueses não mostraram diferenças significativas nos sintomas psicológicos ao longo do tempo, revelando uma boa adaptação à pandemia e ao confinamento. Estes resultados foram atribuídos pelos autores ao facto de Portugal, ao contrário dos outros dois países, ter seguido o dever geral de isolamento domiciliário e mantido medidas eficazes para abrandar a propagação da pandemia (Orgilés, Francisco, et al., 2021). Refira-se que, nesta fase, a situação pandémica em Portugal era bastante mais moderada que nos outros dois países estudados.

O impacto da pandemia na saúde mental de jovens e dos seus pais em Portugal e no Reino Unido foi também estudado por Pereira e colaboradores (2021a). Os resultados sugeriram que os pais dos jovens portugueses relataram maiores níveis de stress em comparação com os ingleses, embora não tenha havido diferenças significativas entre as crianças e adolescentes. No entanto, os investigadores enfatizaram o facto de que um pior autocuidado e desregulação emocional dos pais estava associado com pior saúde mental dos filhos, uma vez que os pais têm um papel importante na regulação emocional e no stress das crianças (Pereira et al., 2021a).

Ainda sobre a relação entre os pais e a saúde mental e qualidade de vida dos filhos, uma revisão sistemática sugeriu que a família tem um papel no impacto positivo e negativo nos adolescentes em tempos de crise, uma vez que podem existir fatores familiares que influenciam a saúde mental dos jovens nestes períodos (Guessoum et al., 2020). Outro estudo, realizado na Arábia Saudita com pais de crianças e adolescentes, mostrou que o stress

parental é mesmo um preditor de sofrimento psicológico nos jovens (Almhizai et al., 2021). Estes resultados são expectáveis, considerando que as famílias tiveram de adaptar-se a uma realidade de interação constante, enquanto pais ou cuidadores eram confrontados com outros desafios e incertezas (Dvorsky et al., 2021).

Nalguns estudos sobre o impacto da COVID-19, é de notar as diferenças encontradas relativamente ao sexo dos participantes, com adolescentes do sexo feminino a mostrarem níveis mais elevados de ansiedade (Chawla et al., 2021; Qui et al., 2020; Türk Fulya et al., 2021) e de depressão (Magson et al., 2021) associados à pandemia.

Além disso, alguns estudos reportam ainda uma diferença significativa nos níveis de ansiedade e bem-estar de crianças e adolescentes com condições psicossociais adversas (Pereira et al., 2021a), nomeadamente em famílias com dificuldades socioeconómicas (Wang et al., 2022), e cujo rendimento foi afetado pela pandemia (Almhizai et al., 2021), que apontam para maior ansiedade e menor bem-estar dos jovens.

Os estudos produzidos durante o confinamento apontam para um aumento da perturbação emocional e uma menor qualidade de vida dos adolescentes em resposta à pandemia e medidas de confinamento, mas também sugerem importantes diferenças individuais (Donker et al., 2021; Guessoum et al., 2020). Uma possível explicação para estas diferenças poderá ser encontrada nas diferenças entre desafios e stressores encontrados pelos jovens, assim como na sua capacidade para mobilizar estratégias mais ou menos adaptativas para lidar com esse stress (Donker et al., 2021). Nesse sentido, o presente trabalho foca os stressores e coping dos adolescentes face aos desafios impostos pela pandemia da COVID-19.

O Stress e o Coping

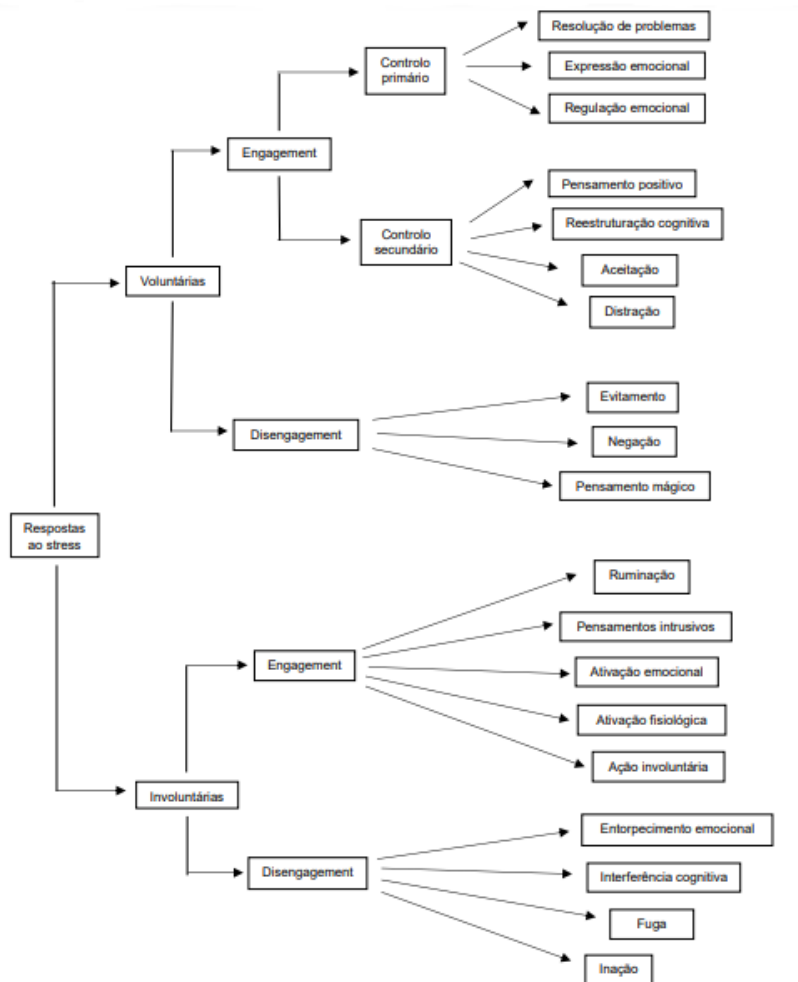
O coping é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante evolução, que têm como objetivo gerir exigências externas e/ou internas avaliadas

como excessivas para os recursos de um indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Esta conceptualização subentende este processo como algo que exige a mobilização dos recursos da pessoa, excluindo comportamentos automáticos. A teoria de Lazarus & Folkman (1984) distingue formas de coping focadas na emoção, isto é, estratégias dirigidas à diminuição, aumento ou evitamento das emoções causadoras de sofrimento, e formas de coping focadas no problema, para definir o problema, gerar soluções, avaliar alternativas, escolher um plano de ação e implementá-lo. Mais tarde, os autores propuseram uma nova categoria de estratégias centradas na mudança de significado, que surgem depois de uma tentativa de resolução falhada, mobilizando as emoções positivas e a motivação necessárias para manter as estratégias de coping de resolução do problema (Folkman, 2008).

Com base no modelo de Lazarus e Folkman, Compas e colaboradores (2001) desenvolveram um modelo que se adequa particularmente ao estudo do coping de crianças e adolescentes e à natureza dos processos de desenvolvimento. Estes autores definem coping como um subconjunto dentro dos processos autorregulatórios, que se refere aos esforços regulatórios, voluntários e intencionais, em resposta ao stress (Compas et al., 1999, citado por Compas et al., 2001). De acordo com esta perspetiva, as respostas ao stress distinguem-se em duas grandes dimensões (ver Figura 1): voluntárias e involuntárias, e de *engagement* e *disengagement* (Compas et al., 2001).

Figura 1

Modelo de Respostas ao Stress (Compas et al., 2001)



As respostas voluntárias referem-se ao coping, isto é, respostas conscientes e voluntárias de regulação do stressor ou da resposta de stress. As respostas involuntárias englobam reações condicionadas ou baseadas no temperamento. Por outro lado, as respostas de engagement são direcionadas ao stressor ou à resposta de stress, ou seja, são respostas de aproximação, enquanto que as respostas de disengagement se traduzem pelo afastamento do stressor ou da reação ao stressor, considerando-se respostas de evitamento (Connor-Smith et al., 2000). As respostas voluntárias (coping) de engagement distinguem-se ainda, de acordo com a sua finalidade, em controlo primário e controlo secundário (Compas et al., 2001). O

controle primário refere-se a estratégias de coping que têm como objetivo alterar diretamente o stressor ou a resposta emocional ao stressor. O controle secundário envolve estratégias de coping para adaptação ao problema (Connor-Smith et al., 2000).

Este modelo multidimensional de respostas ao stress foi a origem para o desenvolvimento de uma medida de respostas ao stress com base teórica e com robustez psicométrica – o *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ) (Connor-Smith et al., 2000).

O Stress e a COVID-19

Ainda de acordo com o modelo referido, a eficácia de uma resposta ao stress não pode ser separada da natureza do stressor, uma vez que a estratégia de coping usada por crianças e adolescentes poderá depender da situação causadora de stress (Connor-Smith et al., 2000). Deste modo, o impacto da pandemia e do confinamento na saúde mental e qualidade de vida poderá estar relacionado com os stressores identificados pelos jovens.

Stressores

A literatura relativa aos stressores ou fontes de stress percecionados pelos adolescentes durante o confinamento devido à COVID-19 ainda é, necessariamente, escassa. No entanto, os estudos existentes mostram que uma das fontes de stress que tem sido identificada é a interrupção de atividades sociais e rotinas. Adolescentes de três regiões da Suíça, entre os 12 e os 17 anos de idade, responderam a um questionário de despiste de psicopatologia e à primeira parte do RSQ (Connor-Smith et al., 2000), adaptado à COVID-19, para identificar situações consideradas stressantes durante a pandemia. Mais de um terço dos participantes revelou ter níveis de perturbação mental, com maior prevalência para sintomas de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Perturbação de Oposição, e Ansiedade. O stress percebido como mais elevado foi atribuído à rutura da vida social (Mohler-Kuo et al., 2021). Do mesmo modo, no estudo de Yau e Nager (2021), através do instrumento *COVID-19 Stress and Coping Questionnaire*, desenvolvido para o efeito, foi

identificado como fonte de stress a perda das rotinas. Dentro das mesmas idades, a perda de normalidade devido à mudança na rotina foi também identificada como um dos principais stressores num estudo que avaliou, através de entrevistas individuais, as percepções de 12 adolescentes negros americanos relativamente à sua experiência com a COVID-19, durante os meses de junho e julho de 2020 (Parker et al., 2021). Num estudo realizado na Austrália, uma das principais preocupações referidas foi a impossibilidade de participar nas atividades extracurriculares ou em eventos sociais (Magson et al., 2021). No mesmo estudo, a impossibilidade de ver os amigos durante o confinamento e sentir-se socialmente desconectado foi identificada como principal fonte de stress. Como já referido anteriormente, o facto de os jovens se encontrarem fisicamente isolados dos seus pares parece estar associado com maior ansiedade (Pereira et al., 2021b).

A incerteza relacionada com a situação pandémica parece ser outro stressor comum, também identificado através dos questionários dos estudos de Yau e Nager (2021) e de Mohler-Kuo e colaboradores (2021). O medo da infeção tem também sido identificado, nomeadamente no estudo de Mohler-Kuo e colaboradores (2021), no qual o stress percebido como mais elevado foi também atribuído ao medo de ser infetado e infetar outros. Yau e Nager (2021) mostraram também que a maioria dos adolescentes relatou medo de ter a infeção ou preocupação relativamente à saúde das suas famílias. Isto foi também sugerido pelos resultados de um estudo realizado com adolescentes de Ontário, no Canadá, com idades entre os 14 e os 18 anos, no qual os jovens relataram grande preocupação relativamente à sua possível infeção ou à infeção dos familiares (Ellis et al., 2020).

A adaptação ao ensino à distância é também apontada como stressor pelos jovens. No estudo de Yau e Nager (2021), este foi um dos fatores mais identificados como fonte de stress. Da mesma forma, a aprendizagem à distância foi um dos principais stressores descritos no estudo de Parker e colaboradores (2021). Num estudo com jovens entre os 11 e os 20 anos

de idade da China Continental, a maior quantidade de trabalhos exigidos, comparativamente com o que era pedido antes da pandemia, mostrou-se significativamente associada com um maior risco de ansiedade, através do instrumento *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) (Qi et al., 2020). Além disso, a maioria dos adolescentes de outro estudo revelou muita preocupação com o impacto da COVID-19 no seu ano académico nos primeiros meses da pandemia, nomeadamente no que diz respeito à entrada no ensino superior e à perda de marcos importantes do percurso escolar (Ellis et al., 2020).

Apesar das novas tecnologias e de as redes sociais terem permitido manter o contacto com amigos e familiares, o isolamento e o confinamento tiveram também um grande impacto nos níveis de ansiedade e de bem-estar dos jovens (Pereira et al., 2021b), podendo ainda ter tido impacto nas relações do agregado familiar (Dognker et al., 2021).

Estratégias de Coping

A escassa investigação relacionada com as estratégias de coping para lidar com o stress da pandemia apoiou-se em grande parte em estudos qualitativos. Verificou-se que alguns jovens tentaram manter-se ativos e ocupados para não pensarem nos stressores (Parker et al., 2021). Da mesma forma, através de duas perguntas abertas sobre a pandemia da COVID-19, enviadas através de mensagem de texto em março de 2020, jovens americanos com idades entre os 14 e os 24 anos indicaram como uma das estratégias de coping usadas, manter-se ativos através de exercício físico e yoga (Waselewski et al., 2020). O mesmo foi relatado pela maioria dos jovens no estudo de Pigaiani e colaboradores (2020), sugerindo o uso frequente destas estratégias de coping ativo. No estudo de Ellis e colaboradores (2020), os baixos níveis de atividade física foram associados aos níveis altos de stress.

Criar novas rotinas e organizar o tempo livre foi outra das estratégias relatadas por Parker e colaboradores (2021). Noutro estudo online com adolescentes italianos entre os 15 e os 21 anos de idade, a maioria relatou planejar uma nova rotina diária e a organização do

tempo (Pigaiani et al., 2020). No mesmo estudo, os autores concluíram que quase todos os adolescentes mantiveram o contacto com os pares durante o período de confinamento, apoiando-se uns aos outros (Pigaiani et al., 2020). Também no estudo de Waselewski e colaboradores (2020), os jovens relataram ter continuado a falar com os outros. A procura de apoio e conforto de outros, estratégia orientada para a emoção (*emotion-oriented*), foi igualmente relatado por Orgilés, Morales, e colaboradores (2021), e por Parker e colaboradores (2021), particularmente o apoio familiar e emocional de colegas e professores. No estudo de Magson e colaboradores (2021), sentir-se conectado socialmente durante o período de confinamento parece associado a menos sintomatologia depressiva e ansiosa e maior satisfação com a vida.

No entanto, também estratégias de evitamento (*avoidance-oriented*) como o ignorar o problema, parecem ter sido bastante frequentes em crianças e adolescentes de nacionalidade espanhola, italiana e portuguesa (Orgilés, Morales, et al., 2021). Alguns jovens parecem ter mantido as práticas espirituais como estratégia de coping, como relatado por Parker e colaboradores (2021). No estudo de Zainel e colaboradores (2021), muitos jovens com idades entre os 13 e os 18 anos relataram também manter as suas práticas de oração. Orgilés, Morales, e colaboradores (2021) concluíram ainda que a estratégia de coping usada mais frequentemente foi a aceitação da situação, classificada como uma estratégia orientada para a tarefa (*task-oriented*), e relatada por mais de metade dos pais da amostra do estudo.

A relação entre as estratégias de coping usadas pelos adolescentes e os níveis de perturbação também começou a ser estudada neste contexto de pandemia. Num estudo com jovens entre os 11 e os 18 anos de idade, da Turquia, foram avaliadas as estratégias usadas através do *Coping Scale for Children and Adolescents* (KIDCOPE), bem como os níveis de depressão e ansiedade, com o *Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version*. Os investigadores concluíram que adolescentes com maiores níveis de ansiedade usavam

mais estratégias de coping de evitamento, comparativamente com os que apresentaram níveis mais baixos (Türk Fulya et al., 2021). Um estudo longitudinal com adolescentes americanos, entre os 13 e os 18 anos de idade, realizado durante o confinamento, em Abril de 2021, mostrou que o uso de estratégias de coping de controlo secundário, como pensamento positivo, reestruturação cognitiva, aceitação e distração, avaliadas com o RSQ, estava associado a humor positivo no próprio dia e nos dias seguintes (Wang et al., 2021). O apoio parental foi também associado com maior humor positivo.

Objetivos do Presente Estudo

A literatura relacionada com os stressores e as estratégias de coping dos adolescentes durante a COVID-19 ainda é restrita, é predominantemente descritiva e foi conduzida durante as fases de confinamento. Numa fase em que já é possível o regresso às atividades escolares presenciais e a muitas das atividades de socialização, embora a incerteza sobre a evolução da pandemia se mantenha, é importante avaliar como os jovens estão ou não a recuperar deste período de maiores restrições sociais.

Para além de se saber pouco acerca das estratégias de coping mais ou menos eficazes para lidar com o stress da COVID-19 e o confinamento, não foi ainda estudada a associação entre os stressores e as estratégias de coping usadas, com as dimensões de bem-estar e de perturbação pós-confinamento.

Desta forma, os objetivos deste estudo são:

1) Tradução e adaptação do *Responses to Stress Questionnaire - Parent Report on Children* sobre a COVID-19 à língua portuguesa, e estudo preliminar das características psicométricas do instrumento numa população de pais de adolescentes portugueses;

2) Caracterização dos principais stressores, das estratégias de coping e das respostas involuntárias dos adolescentes em relação ao período do segundo confinamento - 15 de janeiro a 15 de março de 2021, tal como descrito pelos pais;

3) Descrição da qualidade de vida e perturbação emocional atual dos adolescentes descrita pelos pais, e do bem-estar atual dos pais;

4) Estudo da associação dos valores atuais de qualidade de vida e perturbação dos jovens com o total de stressores, as estratégias de coping e as respostas involuntárias dos adolescentes durante o período do segundo confinamento;

5) Estudo das diferenças no uso das respostas ao stress, no total de stressores identificados, e nos valores de qualidade de vida e perturbação dos jovens, e de bem-estar dos pais, de acordo com o sexo dos adolescentes, a idade dos adolescentes, a profissão dos pais (de risco ou não), e contactos com pessoas próximas gravemente doentes devido à COVID-19.

Métodos

Participantes

A população em estudo incluiu os adolescentes que tinham idades entre os 12 e os 17 anos durante o período do segundo confinamento devido à pandemia de COVID-19, a residir em Portugal. A amostra foi constituída pelos pais dos adolescentes que aceitaram participar no estudo online e que responderam sobre os filhos e eles próprios. O único critério de exclusão era o não dominar a língua portuguesa.

Tabela 1

Caracterização da Amostra (N=52)

Variável	<i>n</i>	Percentagem %
Relação com a criança		
Pai	11	21,2
Mãe	41	78,8
Nacionalidade dos pais		
Portuguesa	51	98,1
Brasileira	1	1,9
Nível de escolaridade dos pais		
Ensino básico	2	3,8
Ensino secundário	12	23,1
Bacharelato ou Licenciatura	21	40,4
Mestrado ou Pós-graduação	14	26,9
Doutoramento	3	5,8
Situação profissional		
Trabalhador a tempo inteiro	49	94,2
Trabalhador a tempo parcial	1	1,9
Outra situação	2	3,8
Situação atual		
Vivo com o/a pai/mãe do/a meu/minha filho/a	40	76,9
Vivo com um/a companheiro/a que não é o/a pai/mãe do/a meu/minha filho/a	4	7,7
Vivo sozinho/a com o(s) meu(s) filho(s)	8	15,4
Número de crianças/adolescentes que vivem consigo (incluindo o/a jovem alvo do estudo)		
1	31	59,6
2	16	30,8
3	4	7,7
4	1	1,9
Número de adultos que vivem consigo		
0	4	7,7
1	23	44,2
2	18	34,6
3	7	13,5

Adultos exclusivamente em teletrabalho		
0	27	51,9
1	18	34,6
2	7	13,5
Adultos que trabalharam fora de casa em tempo parcial		
0	41	78,8
1	9	17,3
2	2	3,8
Adultos que trabalharam fora de casa a tempo inteiro		
0	9	17,3
1	19	36,5
2	23	44,2
3	1	1,9
Algum dos progenitores pertence a um grupo profissional de risco?		
Sim	30	57,7
Não	22	42,3
<hr/>		
Sexo do/a jovem		
Feminino	18	34,6
Masculino	34	65,4
Nacionalidade do/a jovem		
Portuguesa	51	98,1
Brasileira	1	1,9
Idade do/a jovem durante o confinamento		
12 anos	10	19,2
13 anos	5	9,6
14 anos	5	9,6
15 anos	8	15,4
16 anos	19	36,5
17 anos	5	9,6
O/A jovem está a viver		
Sempre com o progenitor	48	92,3
Regime alternado com outro/a progenitor/a	4	7,7
Número de irmãos		
0	4	7,7
1	37	71,2
2	7	13,5
3	3	5,8
4	1	1,9
O/A jovem foi diagnosticado ou beneficiou de intervenção por um problema comportamental, emocional ou de desenvolvimento?		
Sim	7	13,5
Não	45	86,5
O/A jovem tem alguma doença crónica ou condição médica grave?		
Sim	4	7,7
Não	48	92,3
O/A jovem interrompeu o contacto habitual com o seu cuidador por causa da COVID-19?		
Sim	9	17,3
Não	43	82,7
Se sim, por quanto tempo?		
< 1 semana	9	17,3
1-2 semanas	1	1,9

3-4 semanas	1	1,9
5-6 semanas	0	0,0
7-8 semanas	1	1,9
9-10 semanas	0	0,0
11-12 semanas	1	1,9
Impacto da pandemia no rendimento familiar		
Não tivemos redução de rendimento	41	78,8
Tivemos uma redução de menos de 15%	5	9,6
Redução entre 16%-30%	4	7,7
Redução entre 31%-50%	2	3,8
Alguém próximo do/a jovem ficou seriamente doente ou morreu em resultado da COVID-19?		
Sim	5	9,6
Não	47	90,4

A amostra final foi constituída por 52 pais de adolescentes, sendo que a larga maioria eram mães e tinham idades entre os 36 e os 59 anos ($M = 48,00$, $D.P. = 4,94$). A maioria tinha um bacharelato, licenciatura, mestrado ou pós-graduação, era trabalhador a tempo inteiro e pertencia a um grupo profissional de risco (médicos, enfermeiros, polícias, bombeiros).

A maioria dos jovens filhos dos participantes era do sexo masculino, tinha nacionalidade portuguesa, entre 12 a 17 anos ($M = 14,69$) durante o segundo confinamento devido à COVID-19. Uma percentagem reduzida dos adolescentes tinha sido diagnosticada ou beneficiado de intervenção por um problema comportamental, emocional ou de desenvolvimento, ou sofria de uma doença crónica ou uma condição médica grave. Apenas um número reduzido dos jovens interrompeu o contacto com um progenitor durante o período de confinamento e a grande maioria das famílias não teve redução no rendimento familiar durante o confinamento (ver Tabela 1).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Este questionário era composto por um conjunto de perguntas de caracterização sociodemográfica sobre sexo, idade, nacionalidade, local de residência, nível de escolaridade, e situação profissional do progenitor que respondia, e nacionalidade, sexo, idade, e agregado

familiar do adolescente. Foi também recolhida informação sobre aspetos da vivência da pandemia pelas famílias: número de progenitores pertencentes a grupos profissionais de risco, situação de trabalho dos pais durante o confinamento, interrupção de contacto com os pais durante o confinamento, impacto da pandemia no rendimento familiar e contactos próximos com evolução grave da COVID-19.

Responses to Stress Questionnaire (RSQ)

O RSQ (Connor-Smith et al., 2000), na versão adaptada à COVID-19, é um questionário baseado no relato dos pais acerca dos filhos, que segue o modelo anteriormente descrito (Figura 1). Os autores propuseram e estudaram outras versões do RSQ adaptadas a outras situações potencialmente stressantes para crianças e adolescentes, como doenças crónicas da criança ou dos pais ou conflito familiar. Para cada situação, existe também uma escala a ser preenchida pelas crianças e jovens a partir dos 9 anos. O questionário é composto por duas partes. A primeira parte inclui 14 itens que descrevem situações que podem ter sido sentidas como fontes de stress relacionadas com a pandemia e o confinamento para o adolescente (e.g. *O meu filho/A minha filha esteve impossibilitado/a de passar tempo, em pessoa, com os seus amigos ou família por causa da COVID-19*). A segunda parte é composta por uma listagem de possíveis respostas a esses stressores (e.g. *Quando lidava com o stress da COVID-19 e do confinamento, ele/ela sentia-se mal do estômago ou tinha dores de cabeça*), organizadas em cinco fatores – três que englobam respostas voluntárias, i.e. estratégias de coping, e dois de respostas involuntárias. As estratégias de coping incluem o Engagement por Controlo Primário (e.g. *Ele/ela tentava pensar em diferentes formas de mudar ou resolver a situação*); Engagement por Controlo Secundário (e.g. *Ele/ela dizia a si próprio/a que conseguia ultrapassar isto, ou que ia ficar bem*) e o Disengagement Voluntário (e.g. *Ele/ela tentava não pensar nisto, para esquecer tudo sobre isto*), As respostas involuntárias ao stress incluem o Engagement Involuntário (e.g. *Quando algo stressante*

acontecida relacionado com a COVID-19 ou o confinamento, ele/ela não conseguia parar de pensar em como se estava a sentir) e o Disengagement Involuntário (e.g. *Quando confrontado/a com o stress da COVID-19 e do confinamento, ele/a não sentia nada, é como se não tivesse sentimentos*). Cada item é classificado com 1 (De modo nenhum), 2 (Um pouco), 3 (Algo) ou 4 (Muito), com respostas mais elevadas a indicar situações sentidas como mais stressantes, ou um uso mais frequente de cada estratégia. Os pais foram solicitados para reportar a avaliação pensando no que aconteceu no período do segundo confinamento (de 15 de janeiro a 15 de março de 2021).

Nas versões originais para outros problemas (Connor-Smith et al., 2000), esta escala mostrou boas propriedades psicométricas, com valores de consistência interna de bons a elevados para os cinco fatores, embora com valores de alpha de Cronbach inadequados para as subescalas específicas. Não se conhecem ainda os resultados da versão aplicada à Pandemia da COVID-19. Este questionário foi traduzido para português para o presente estudo, através de duas traduções independentes e posterior retroversão de uma versão conciliada para comparação com o original e aprovação pelos autores, seguido de um pré-teste com pais para assegurar a compreensão e facilidade de resposta. As análises psicométricas preliminares são apresentados na secção dos resultados.

KIDSCREEN-10

O KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al., 2001) ou Questionário de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes – versão para pais, adaptada para português (Matos et al., 2012), é uma escala que avalia a qualidade de vida atual de crianças e adolescentes, a partir do relato dos pais. É composta por dez itens relativos à saúde e às experiências dos jovens nas últimas duas semanas (e.g. *O/A seu/sua filho/a sentiu-se cheio/a de energia?*). As respostas são dadas através de uma escala de Likert, classificadas com 1 - Nada/Nenhum, 2 - Pouco/Raramente, 3 - Moderadamente/Algumas vezes, 4 - Muito/Frequentemente, 5 -

Extremamente/Sempre. Valores de pontuação mais altos indicam melhor qualidade de vida. Este instrumento mostrou bons indicadores de consistência interna, revelando ser adequado para avaliar a percepção da qualidade de vida de crianças e adolescentes (Matos et al., 2012). No presente estudo, foram também encontrados níveis de consistência interna elevados ($\omega_t = 0,929$, e correlação inter-item de 0,490).

Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

A WEMWBS (Tennant et al., 2007), na versão Portuguesa Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (Monte et al., 2015), consiste numa escala de autorrelato de avaliação do bem-estar, e foi usada para avaliar o bem-estar atual dos pais que responderam ao questionário. É composta por 14 itens, com afirmações sobre sentimentos e pensamentos (e.g. *Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro*), avaliadas através de uma escala de cinco pontos (1 - Nunca, 2 - Raramente, 3 - Algumas Vezes, 4 - Frequentemente, 5 - Sempre) em relação à experiência do indivíduo nas últimas duas semanas. Valores mais altos indicam maior bem-estar. Esta escala revelou correlações significativas com outras escalas de saúde e bem-estar mental. Mostrou boas propriedades psicométricas, nomeadamente de consistência interna (Tennant et al., 2007). No presente estudo, os níveis de consistência interna foram elevados ($\omega_t = 0,834$, e correlação inter-item de 0,360).

Pediatric Symptoms Checklist (PSC-17)

Por último, o PSC-17 (Gardner et al., 2007), com versão portuguesa de Pereira e colaboradores (2020), tem como objetivo avaliar o funcionamento de crianças e adolescentes, bem como sintomas de perturbação emocional e comportamental, através do relato dos pais. É constituído por 17 itens, em que os pais avaliam a forma como cada um descreve o seu filho ou filha (e.g. *Sente-se triste, infeliz*), através de uma escala de três pontos (0 - Nunca, 1 - Às vezes, 2 - Frequentemente). A escala permite obter uma pontuação total e pontuações para subescalas que caracterizam problemas de Atenção, Externalização (comportamento

disruptivo) e Internalização (depressão e ansiedade). Valores mais altos indicam maior perturbação. A escala mostrou bons indicadores de validade como instrumento de rastreio de diversas perturbações mentais pediátricas. A pontuação total revelou-se um bom preditor do funcionamento associado a problemas de saúde mental (Gardner et al., 2007), bem como cada subescala. No presente estudo, encontraram-se níveis elevados de consistência interna para o total da escala ($\omega_t = 0,887$, e correlação inter-item de 0,328) e para a subescala de Externalização ($\omega_t = 0,848$, e correlação inter-item de 0,455), e níveis adequados para as subescalas de Internalização ($\omega_t = 0,777$, e correlação inter-item de 0,421) e Atenção ($\omega_t = 0,765$, e correlação inter-item de 0,418).

Procedimento

Este é um estudo transversal que utilizou uma amostragem de conveniência, obtida através da disseminação de um convite para participar no estudo com o *link* para o questionário online via redes sociais, email, e contactos pessoais. Foram, também, convidados a participar pais de adolescentes acompanhados numa consulta de psicologia clínica. O questionário foi desenvolvido na plataforma *Qualtrics* e hospedado no servidor da Universidade de Lisboa. Os dados foram recolhidos entre o dia 5 de janeiro de 2022 e o dia 2 de maio de 2022. Após ser apresentada uma breve explicação dos objetivos do estudo e um consentimento informado, os participantes tinham acesso ao questionário, podendo abandonar o estudo quando quisessem. O estudo era anónimo, não sendo recolhidos nomes, contactos, moradas, ou qualquer outra informação que possibilitasse a identificação dos participantes. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Análise de dados

A análise dos dados foi feita através de uma análise descritiva e correlacional com recurso ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences 27* (SPSS). Foi realizada

a análise psicométrica preliminar do RSQ, através do cálculo do ómega de McDonald ou do alfa de Cronbach para as subescalas que não permitiam o cálculo do primeiro, e da média das correlações entre itens. Devido ao reduzido tamanho da amostra não foi possível realizar análises fatoriais. A análise descritiva de todas as escalas e subescalas e das variáveis sociodemográficas foi feita através do cálculo de frequências, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foi feito o estudo da normalidade das variáveis em estudo, através da análise do valor p, da curtose e assimetria, e dos gráficos *Q-Q plot*, histogramas e diagramas de dispersão, para decisão sobre os testes a usar. A análise correlacional foi realizada através do cálculo das correlações de Spearman e Pearson. Para o cálculo das diferenças entre grupos, foram usados o Teste t (t) e o Teste U de Mann-Whitney (U).

Resultados

Estudo preliminar do RSQ

Como foi referido antes, não foi possível realizar a análise fatorial, devido ao reduzido número de participantes, pelo que apenas se calculou a consistência interna e a média das correlações entre itens, assim como as correlações entre escalas e subescalas, para uma avaliação preliminar da validade da escala e da sua adequação a esta amostra.

Tabela 2

Consistência Interna e Média das Correlações entre Itens das Escalas e Subescalas do RSQ

Escala	Omega de McDonald/Alfa de Cronbach	Média das Correlações entre itens
Estratégias de coping		
Engagement por Controlo Primário (9 itens)	0,654	0,206
Resolução de problemas (3 itens)	0,632	0,309
Regulação emocional (3 itens)	0,587	0,194
Expressão emocional (3 itens)	0,643	0,336
Engagement por Controlo Secundário (12 itens)	0,752^(a)	0,196
Pensamento positivo (3 itens)	0,607	0,341
Reestruturação cognitiva (3 itens)	-0,269 ^(a)	-0,92
Aceitação (3 itens)	0,600	0,330
Distração (3 itens)	0,598	0,243
Disengagement (9 itens)	0,796	0,287
Evitamento (3 itens)	0,586	0,322
Negação (3 itens)	0,330 ^(a)	0,147
Pensamento mágico (3 itens)	0,643	0,316
Respostas involuntárias		
Engagement Involuntário (15 itens)	0,948	0,541
Ruminação (3 itens)	0,842	0,610
Pensamentos intrusivos	0,702	0,432
Ativação fisiológica	0,844	0,632
Ativação emocional	0,887	0,722

Ação involuntária	0,872	0,655
Disengagement Involuntário (12 itens)	0,933	0,522
Entorpecimento emocional	0,679	0,400
Interferência cognitiva	0,857	0,654
Inação	0,839	0,599
Fuga	0,708	0,422

Nota. (a) Alfa de Cronbach. O ómega não pode ser estimado devido a covariâncias de item negativas ou zero

Obtiveram-se valores razoáveis a bons de consistência interna para a maioria das subescalas referentes a fatores de primeira ordem, e mais baixos no caso de algumas das subescalas relativas a estratégias específicas (regulação emocional, pensamento positivo, reestruturação cognitiva, aceitação, distração, evitamento e negação), sendo inadequado em algumas, mesmo considerando o facto de apenas incluírem 3 itens cada.

Seguindo o recomendado pelos autores do RSQ (Connor-Smith et al., 2000), o score de cada escala e subescala foi calculado de duas formas, com os resultados brutos e com os resultados proporcionais. Os resultados brutos foram obtidos a partir da soma das pontuações nos itens de cada escala ou subescala. Os resultados proporcionais obtiveram-se através da proporção entre a soma das pontuações dos itens de cada subescala e a soma das pontuações dos itens da escala completa, permitindo assim uma ideia mais correta do peso dessa estratégia/reação ou grupo de estratégias/reações nas respostas totais.

Tabela 3

Correlações entre as Escalas de Respostas ao Stress (Estratégias de Coping e Respostas Involuntárias) para Resultados Brutos e Resultados Proporcionais

Escala	Engagement por Controlo Primário	Engagement por Controlo Secundário	Disengagement	Engagement Involuntário
Resultados brutos				
Engagement por Controlo Secundário	0,238 ^(a)			
Disengagement	0,334* ^(a)	0,044 ^(a)		
Engagement Involuntário	0,328*	-0,056	0,799**	
Disengagement Involuntário	0,142	0,105	0,834**	0,860**
Resultados proporcionais				
Engagement por Controlo Secundário	0,246 ^(a)			
Disengagement	-0,294* ^(a)	-0,489** ^(a)		
Engagement Involuntário	-0,474** ^(a)	-0,848** ^(a)	0,227 ^(a)	
Disengagement Involuntário	-0,765**	-0,631**	0,301*	0,588**

Nota. Foi usada a correlação de Spearman, exceto nos casos assinalados com (a), em que foi utilizada a correlação de Pearson.

*p < .05 **p < .001

Considerando os resultados brutos, apenas se obtiveram algumas correlações significativas e positivas entre as escalas. Verificaram-se associações moderadas e significativas entre o coping de Engagement por Controlo Primário e o coping de Disengagement e o Engagement Involuntário. O coping de Disengagement e o Engagement Involuntário mostraram uma correlação forte e significativa um com o outro e com o Disengagement Involuntário.

No entanto, quando se consideraram os resultados proporcionais, que permitem considerar o peso do uso de cada estratégia no contexto de todas as estratégias utilizadas, o coping de Engagement por Controlo Primário mostrou uma associação negativa e fraca com o coping de Disengagement, negativa e moderada com o Engagement Involuntário e negativa e forte com o Disengagement Involuntário. O coping de Engagement por Controlo Secundário correlacionou-se negativamente e de forma moderada, com o coping de

Disengagement e o Disengagement Involuntário e, de forma forte, com o Engagement Involuntário. Foram, ainda, encontradas correlações significativas entre o Disengagement Involuntário, associado de forma positiva e fraca com o coping de Disengagement e de forma positiva e moderada com o Engagement Involuntário (ver Tabela 3).

Análises Descritivas

Tabela 4

Média e Frequências dos Stressores

Stressores	De modo nenhum (%)	Um pouco (%)	Algo (%)	Muito (%)	Média (DP)
a. Problemas financeiros	44 (84,6)	5 (9,6)	1 (1,9)	2 (3,8)	1,25 (0,68)
b. Impossibilidade de passar tempo com amigos/família	1 (1,9)	8 (15,4)	19 (36,5)	24 (46,2)	3,27 (0,80)
c. Perda de rotinas e atividades sociais	5 (9,6)	0	9 (17,3)	38 (73,1)	3,63 (0,66)
d. Cancelar planos/eventos	3 (5,8)	8 (15,4)	16 (30,8)	25 (48,1)	3,21 (0,92)
e. Conflitos em casa	26 (50,0)	12 (23,1)	9 (17,3)	5 (9,6)	1,87 (1,03)
f. Falta de bens necessários	47 (90,4)	4 (7,7)	0	1 (1,9)	1,13 (0,49)
g. Notícias perturbadoras sobre a pandemia	7 (13,5)	30 (57,7)	12 (23,1)	3 (5,8)	2,21 (0,75)
h. Incerteza sobre contrair COVID-19	3 (5,8)	24 (46,2)	15 (28,8)	10 (19,2)	2,62 (0,87)
i. Ter sintomas de COVID-19	6 (11,5)	22 (42,3)	18 (34,6)	6 (11,5)	2,46 (0,85)
j. Dificuldade em obter cuidados de saúde	36 (69,2)	11 (21,2)	2 (3,8)	3 (5,8)	1,46 (0,83)
k. Incerteza de quando a pandemia ia acabar	4 (7,7)	25 (48,1)	11 (21,2)	12 (23,1)	2,60 (0,93)
l. Dificuldade com o ensino online	16 (30,8)	25 (48,1)	8 (15,4)	3 (5,8)	1,96 (0,84)
m. Incapacidade de completar provas escolares	27 (51,9)	16 (30,8)	6 (11,5)	3 (5,8)	1,71 (0,89)
n. Maiores responsabilidades	25 (48,1)	16 (30,8)	9 (17,3)	2 (3,8)	1,77 (0,88)
Total de stressores					2,23 (0,51)

Os pais reportaram frequência baixa para a maior parte dos stressores. As situações mais identificadas pelos pais como principais fontes de stress para os adolescentes foram a impossibilidade de passar tempo com amigos e/ou família, a perda de rotinas e atividades

sociais, e o cancelamento de planos e eventos. Os stressores menos identificados pelos pais foram problemas financeiros, a falta de bens necessários e a dificuldade em obter cuidados de saúde (ver Tabela 4).

Tabela 5

Média, Desvio-padrão e Resultados Proporcional das Estratégias de Coping e Respostas Involuntárias ao Stress de Adolescentes durante o Período do Segundo Confinamento devido à COVID-19 (N=52)

Estratégias de coping	Média (DP)	Proporcional (DP)
Coping de Engagement por Controlo Primário	19,38 (3,96)	0,18 (0,04)
Resolução de problemas	5,58 (1,87)	0,05 (0,02)
Regulação emocional	6,12 (1,68)	0,06 (0,01)
Expressão emocional	7,69 (1,75)	0,07 (0,02)
Coping de Engagement por Controlo Secundário	26,71 (5,34)	0,25 (0,06)
Pensamento positivo	6,85 (2,09)	0,06 (0,02)
Reestruturação cognitiva	5,83 (1,17)	0,06 (0,02)
Aceitação	7,44 (2,01)	0,07 (0,03)
Distração	6,60 (1,82)	0,06 (0,02)
Coping de Disengagement	16,58 (4,47)	0,15 (0,02)
Evitamento	5,92 (1,77)	0,05 (0,01)
Negação	4,48 (1,41)	0,04 (0,01)
Pensamento mágico	6,17 (2,03)	0,06 (0,01)
Total de Respostas Voluntárias / Coping	62,67 (9,75)	
Engagement Involuntário	25,77 (9,65)	0,23 (0,04)
Ruminação	5,08 (2,05)	0,05 (0,01)
Pensamentos intrusivos	5,06 (1,71)	0,05 (0,01)
Ativação fisiológica	5,10 (2,40)	0,05 (0,01)
Ativação emocional	5,65 (2,46)	0,05 (0,03)
Ação involuntária	4,88 (2,33)	0,04 (0,01)
Disengagement Involuntário	19,33 (7,66)	0,17 (0,03)
Entorpecimento emocional	5,10 (1,97)	0,05 (0,01)
Interferência Cognitiva	4,90 (2,48)	0,04 (0,01)
Inação	4,71 (2,25)	0,04 (0,01)
Fuga	4,62 (1,67)	0,04 (0,01)
Total de Respostas Involuntárias	45,10 (16,87)	
Média Total	107,77 (23,59)	

Os pais reportam um uso mais frequente de respostas voluntárias de coping do que de respostas involuntárias. As estratégias de coping descritas pelos pais como mais utilizadas

pelos adolescentes foram as estratégias de coping de Engagement por Controlo Secundário, com especial destaque para a aceitação. A expressão emocional foi também muito identificada pelos pais. Quanto às respostas involuntárias, as mais identificadas foram as respostas de Engagement Involuntário. No geral, as respostas de coping de Disengagement foram, segundo os pais, as menos utilizadas pelos adolescentes (ver Tabela 5).

Considerando que, na avaliação das respostas voluntárias e involuntárias, para além da frequência do uso, algumas questões colocavam alternativas para especificar melhor a estratégia utilizada, estas são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6

Frequência da Seleção das Respostas Alternativas.

Questões	Alternativas	Respostas n (%)	Categoria
7) Ele/a dizia a outa pessoa ou a alguma coisa o que sentia. Assinale todos aqueles com quem ele/a falou	Pais	50 (96,2)	Coping de Engagement por Controlo Primário
	Amigo/a	29 (55,8)	
	Irmão/Irmã	35 (67,3)	
	Animal de estimação	11 (21,2)	
	Pastor/Padre	1 (1,9)	
	Professor/a	12 (23,1)	
	Deus	2 (3,8)	
	Animais de peluche	0	
20) Ele/a expressava os seus sentimentos. Ele/a fazia isto ao	Outro membro da família	18 (34,6)	Coping de Engagement por Controlo Primário
	Nenhum destes	2 (3,8)	
	Escrever no seu diário	2 (3,8)	
	Queixar-se para desabafar	15 (28,8)	
	Ouvir música	30 (57,7)	
	Fazer exercício	23 (44,2)	
	Chorar	7 (13,5)	
	Desenhar/Pintar	9 (17,3)	
Ser sarcástico/a ou gozando com a situação	Dar socos/murros numa almofada	13 (25,0)	
	Gritar	3 (5,8)	
		4 (7,7)	

	Nenhuma destas alternativas	9 (17,3)	
21) Ele/a recebia ajuda de outros quando tentava descobrir como lidar com os seus sentimentos. Assinale todos a quem ele/a procurava	Pais Amigo/a Irmão/Irmã Animal de estimação Pastor/Padre Professor Deus Animais de peluche Outro membro da família Nenhum destes	38 (73,1) 22 (42,3) 26 (50,0) 9 (17,3) 0 6 (11,5) 4 (7,7) 0 13 (25,0) 5 (9,6)	Coping de Engagement por Controlo Primário
32) Ele/a recebia simpatia, compreensão ou apoio de alguém. Assinale todos a quem ele/a procurava	Pais Amigo/a Irmão/Irmã Animal de estimação Pastor/Padre Professor/a Deus Animais de peluche Outro membro da família Nenhuma destas	49 (94,2) 32 (61,5) 37 (71,2) 13 (25,0) 1 (1,9) 9 (17,3) 4 (7,7) 0 15 (28,8) 1 (1,9)	Coping de Engagement por Controlo Primário
43) Ele/a mantinha a sua mente longe das partes stressantes da COVID-19 e do confinamento ao: Assinale todas as coisas que ele/a fazia	Fazer exercício Ver amigos Ver televisão Jogar videojogos Dedicar-se a um hobbie Ouvir música Nenhuma destas alternativas	29 (55,8) 16 (30,8) 35 (67,3) 35 (67,3) 10 (19,2) 37 (71,2) 2 (3,8)	Coping de Engagement por Controlo Secundário
45) Quando estava a lidar com o stress da COVID-19 e do confinamento, ele/a fazia alguma coisa para se acalmar. Assinale todas as coisas que ele/a fazia	Respirar fundo Rezar Caminhar Ouvir música Fazer uma pausa Meditar	10 (19,2) 3 (5,8) 11 (21,2) 42 (80,8) 24 (46,2) 4 (7,7)	Coping de Engagement por Controlo Primário

26) Quando ele/a lidava com o stress da COVID-19 e do confinamento, sentia esse stress no seu corpo. Assinale tudo o que acontecia	O coração disparava	5 (9,6)	Engagement Involuntário
	A respiração ficava muito acelerada	7 (13,5)	
	Sentia-se quente ou suado/a	1 (1,9)	
	Os músculos ficavam tensos	10 (19,2)	
	Nenhuma destas alternativas	37 (71,2)	
33) Quando acontecia algo stressante, relacionado com a COVID-19 ou o confinamento, ele/a nem sempre conseguia controlar o que fazia. Assinale tudo o que acontecia	Ele/a não conseguia parar de comer	3 (5,8)	Engagement Involuntário
	Ele/a não conseguia parar de falar	4 (7,7)	
	Ele/a fazia coisas perigosas	1 (1,9)	
	Ele/a tinha de continuar a resolver/verificar as coisas	2 (3,8)	
	Nenhuma das alternativas	43 (82,7)	
37) Quando ele/a se deparava com os aspetos stressantes da COVID-19 e do confinamento, sentia-se logo muito: Assinale tudo o que ele/a sentia	Zangado/a	10 (19,2)	Engagement Involuntário
	Preocupado/a ou Ansioso/a	27 (51,9)	
	Triste	16 (30,8)	
	Assustado/a	9 (17,3)	
	Nenhuma destas alternativas	17 (32,7)	

Nas estratégias de coping que envolviam o recurso a alguma coisa ou pessoa, observa-se um predomínio dos pais, irmãos, e amigos, como figura de apoio, por ordem decrescente. É também de notar o uso frequente da música como forma de expressão e regulação emocional ou distração da situação geradora de stress. Nas respostas involuntárias que envolviam uma resposta fisiológica ou uma ação involuntária, observa-se uma elevada frequência da resposta “Nenhuma destas alternativas” (ver Tabela 6).

Tabela 7

Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala KIDSCREEN-10

	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Mediana	Amplitude interquartil	Mínimo	Máximo
Qualidade de Vida dos Adolescentes	52	37,25	5,92	38,00	9,00	24,00	50,00

Nota. Pontuação mínima e máxima possível = 10 a 50.

Obtiveram-se valores médios de qualidade de vida moderados. A grande maioria dos pais considerou que os filhos tiveram tempo suficiente para si próprios, que foram bons alunos na escola, e que não se sentiam sozinhos. Em contrapartida, um número razoável indicou que os jovens não se divertiram com outros rapazes ou raparigas (ver Tabela 7 e Anexo A).

Tabela 8

Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala PSC-17

	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Mediana	Amplitude interquartil	Mínimo	Máximo
Perturbação de Internalização dos Adolescentes	51	3,33	2,17	3,00	4,00	00,00	10,00
Perturbação de Atenção dos Adolescentes	51	2,61	2,13	2,00	3,00	00,00	8,00
Perturbação de Externalização dos Adolescentes	51	2,47	2,85	2,00	4,00	00,00	13,00
Perturbação dos Adolescentes (Total)	51	8,41	5,94	8,00	7,00	00,00	28,00

Nota. Pontuação mínima possível = 0 em todas as subescalas; pontuação máxima possível = 10 para as escalas de internalização e atenção, 14 para a escala de externalização e 34 para a escala total.

Obtiveram-se valores médios baixos a médios para todas as subescalas e escala total, embora com valores mais elevados na subescala de internalização. Uma grande percentagem dos pais considerou que os jovens se preocupavam muito e se divertiam menos que o habitual, tinham dificuldade em concentrar-se e distraiam-se facilmente. Cerca de metade dos jovens não parecia ligar a regras. Contudo, a larga maioria dos pais considerou que os filhos nunca se sentiam desanimados e sem esperança, nunca pareciam ligados a um motor sem estarem quietos, e nunca se recusavam a partilhar coisas ou tiravam coisas que não lhe pertenciam (ver Tabela 8 e Anexo B). Apesar de não existirem pontos de corte adaptados para a população portuguesa, foi feita a análise dos resultados de acordo com os pontos de corte para valores clínicos indicados por Murphy e colaboradores (2016), tendo-se verificado que sete adolescentes, quatro dos quais pertencem à amostra recolhida em contexto clínico, apresentavam resultados das escalas de perturbação representativos de risco para a saúde mental.

Tabela 9

Média, Desvio-padrão, Mediana, Amplitude Interquartil, Valores Mínimos e Máximos na Escala WEMWBS

	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Mediana	Amplitude interquartil	Mínimo	Máximo
Bem-Estar dos Pais	51	50,39	7,98	52,00	12,00	33,00	66,00

Nota. A pontuação mínima possível era 14 e a pontuação máxima possível era 70.

Obtiveram-se valores médios moderados de bem-estar. A grande maioria dos pais sentia-se útil, conseguia pensar de forma clara, estava otimista em relação ao futuro, sentia-se bem consigo mesmo, lidava bem com os problemas, era capaz de construir opiniões sobre as coisas, tinha interesse em coisas novas e por outras pessoas, e sentia-se amado. Por outro

lado, a maior parte relatou também sentir-se pouco relaxado e com pouca energia de sobra (ver Tabela 9 e Anexo C).

Associação entre dimensões de Bem-Estar, Qualidade de Vida e Perturbação e as respostas ao RSQ

Tabela 10

Correlações entre o Total de Stressores, o Bem-estar dos Pais, a Perturbação Total, de Internalização, de Externalização e de Atenção dos Jovens, e a Qualidade de Vida dos Jovens

Escala	Bem-Estar dos pais	Perturbação total dos jovens	Pert. Internalização	Pert. Externalização	Pert. Atenção	Qualidade de Vida dos jovens
Perturbação total dos jovens	-0,457**					
Pert. Internalização	-0,553**(a)	0,825**				
Pert. Externalização	-0,246	0,773**	0,407**			
Pert. Atenção	-0,380**	0,850**	0,621**	0,529**		
Qualidade de Vida dos jovens	0,587**(a)	-0,671**	-0,739**(a)	-0,426**	-0,480**	
Total de stressores	-0,467**	0,435**	0,504**	0,171	0,402**	-0,476**

Nota. Foi usada a correlação de Spearman, exceto nos casos assinalados com (a), em que foi utilizada a correlação de Pearson

*p < .05 **p < .001

Foram encontradas correlações significativas entre todas as variáveis em estudo, com exceção da associação entre a perturbação de externalização dos adolescentes e o total de stressores identificados e o bem-estar dos pais. O total de stressores mostrou correlações moderadas e negativas com a qualidade de vida dos jovens e o bem-estar dos pais, e positivas com o total da perturbação dos adolescentes, e com as perturbações de internalização, de atenção, e de externalização.

O bem-estar dos pais mostrou correlações moderadas e negativas com o total da perturbação dos jovens, e com as perturbações de internalização e de atenção, e uma associação positiva e moderada com a qualidade de vida dos jovens. O total da perturbação dos jovens está negativa e moderadamente associado com a sua qualidade de vida, e positiva e fortemente com as perturbações de internalização, de externalização e de atenção. Estas três variáveis mostraram estar associadas de forma positiva e moderada entre si, e de forma negativa com a qualidade de vida dos jovens, com correlações moderadas com as perturbações de externalização e atenção, e correlação forte com as perturbações de internalização (ver Tabela 10).

Tabela 11

Correlações entre o Total de Stressores, a Qualidade de Vida dos Jovens, a Perturbação dos Jovens e o Bem-estar dos pais, e as Respostas ao Stress (resultados proporcionais para as estratégias de coping e respostas involuntárias)

Escala	Total de stressores	Qualidade de vida dos jovens	Perturbação dos jovens				Bem-estar dos pais
			Total	Inter.	At.	Exter.	
Engagement por Controlo Primário	-0,313*	0,357**(a)	-0,499**	-0,364**(a)	-0,425**	-0,399**	0,396**(a)
Engagement por Controlo Secundário	-0,525**	0,465**(a)	-0,546**	-0,549**(a)	-0,548**	-0,352*	0,416**(a)
Disengagement	0,305*	-0,196 ^(a)	0,284*	0,215 ^(a)	0,185	0,279*	-0,311 ^(a)
Engagement Involuntário	0,541**	-0,426**(a)	0,573**	0,518**(a)	0,582**	0,345*	-0,422**(a)
Disengagement Involuntário	0,450**	-0,494**	0,629**	0,548**	0,521**	0,450**	-0,355*

Nota. Foi usada a correlação de Spearman, exceto nos casos assinalados com (a), em que foi utilizada a correlação de Pearson

*p < .05 **p < .001

Todas as escalas de respostas ao stress mostraram associações significativas e moderadas com o total de stressores, e as dimensões de perturbação, qualidade de vida e

bem-estar, exceto o Disengagement, que teve uma associação significativa, positiva e moderada com o total de stressores, positiva e fraca com a perturbação total e a perturbação de externalização, e negativa moderada com o bem-estar. As respostas de coping por Engagement (Engagement por Controlo Primário e Engagement por Controlo Secundário) estão positivamente correlacionadas com a qualidade de vida dos adolescentes e o bem-estar dos pais, e negativamente correlacionadas com o total de stressores e as escalas de perturbação dos jovens. As respostas involuntárias (Engagement Involuntário e Disengagement Involuntário) estão positivamente correlacionadas com o total de stressores e as escalas de perturbação e negativamente com o bem-estar dos pais e a qualidade de vida dos adolescentes (ver Tabela 11).

Estudo de comparação de médias entre grupos de acordo com variáveis sociodemográficas e relacionadas com a experiência durante segundo confinamento por causa da COVID-19

Tabela 12

Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Sexo dos Adolescentes

Variável		Média (DP)/ Posto médio	Teste estatístico
Qualidade de vida	Masculino	38,00 (6,33)	t(50) = 1,160, p = 0,251
	Feminino	35,94 (5,18)	
Bem-estar dos pais	Masculino	50,39 (8,64)	t(49) = 0,002, p = 0,998
	Feminino	50,39 (6,84)	
Perturbação Total	Masculino	26,76	U = 272,00, p = 0,621
	Feminino	24,61	
Internalização	Masculino	25,68	U = 307,500, p = 0,834
	Feminino	26,58	
Atenção	Masculino	26,59	U = 277,500, p = 0,697
	Feminino	24,92	
Externalização	Masculino	26,80	U = 270,500, p = 0,593
	Feminino	24,53	
Coping de Engagement por controlo primário	Masculino	0,18 (0,04)	t(50) = 0,297, p = 0,767
	Feminino	0,18 (0,03)	
Coping de Engagement por controlo secundário	Masculino	0,21 (0,05)	t(50) = -1,461, p = 0,150
	Feminino	0,24 (0,06)	
Coping de Disengagement	Masculino	0,13 (0,02)	t(50) = 1,923, p = 0,060
	Feminino	0,12 (0,02)	
Engagement Involuntário	Masculino	0,24 (0,04)	t(50) = 1,242, p = 0,220
	Feminino	0,22 (0,03)	
Disengagement involuntário	Masculino	25,76	U = 331,00, p = 0,631
	Feminino	27,89	
Total de stressores	Masculino	26,25	U = 314,500, p = 0,870
	Feminino	26,97	

Nota. Foram usados o Teste t (t) e o Teste U de Mann-Whitney (U)

Não foram encontradas diferenças significativas entre os adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino para nenhuma das dimensões clínicas e de respostas ao stress em estudo (ver Tabela 12).

Tabela 13

Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Grupo Etário dos Adolescentes

Variável		Média (DP)/ Posto médio	Teste estatístico
Qualidade de vida	Dos 12 aos 14 anos	36,15 (5,94)	t(50) = -1,060,
	Dos 15 aos 17 anos	38,00 (5,99)	p = 0,294
Bem-estar dos pais	Dos 12 aos 14 anos	50,30 (7,04)	t(49) = -0,066,
	Dos 15 aos 17 anos	50,45 (8,64)	p = 0,948
Perturbação	Dos 12 aos 14 anos	28,03	U = 269,500,
	Dos 15 aos 17 anos	24,69	p = 0,434
Internalização	Dos 12 aos 14 anos	3,90 (2,73)	t(28) = 1,371,
	Dos 15 aos 17 anos	2,97 (1,66)	p = 0,181
Atenção	Dos 12 aos 14 anos	27,05	U = 289,000,
	Dos 15 aos 17 anos	25,32	p = 0,681
Externalização	Dos 12 aos 14 anos	28,00	U = 270,000,
	Dos 15 aos 17 anos	24,71	p = 0,429
Coping de Engagement por controlo primário	Dos 12 aos 14 anos	0,18 (0,03)	t(50) = -0,660,
	Dos 15 aos 17 anos	0,19 (0,04)	p = 0,512
Coping de Engagement por controlo secundário	Dos 12 aos 14 anos	24,80	U = 354,000,
	Dos 15 aos 17 anos	27,56	p = 0,522
Coping de Disengagement	Dos 12 aos 14 anos	0,12 (0,02)	t(50) = 0,279,
	Dos 15 aos 17 anos	0,12 (0,02)	p = 0,782
Engagement Involuntário	Dos 12 aos 14 anos	0,24 (0,05)	t(50) = 0,620,
	Dos 15 aos 17 anos	0,23 (0,04)	p = 0,538
Disengagement Involuntário	Dos 12 aos 14 anos	26,98	U = 310,500,
	Dos 15 aos 17 anos	26,20	p = 0,858
Total de stressores	Dos 12 aos 14 anos	27,20	U = 306,000,
	Dos 15 aos 17 anos	26,06	p = 0,792

Nota. Foram usados o Teste t (t) e o Teste U de Mann-Whitney (U)

Não foram encontradas diferenças significativas entre adolescentes mais novos (dos 12 aos 14 anos) e adolescentes mais velhos (dos 15 aos 17 anos) para nenhuma das dimensões clínicas e de respostas ao stress em estudo (ver Tabela 13).

Tabela 14

Diferenças nas Variáveis Estudadas, de acordo com o Tipo de Profissão dos Pais (risco ou não risco)

Variável		Média (DP)/ Posto médio	Teste estatístico
Qualidade de vida	Tem profissão de risco	37,97 (6,20)	t(50) = -0,923,
	Não tem profissão de risco	36,36 (5,69)	p = 0,361
Bem-estar dos pais	Tem profissão de risco	50,66 (7,49)	t(49) = -0,268,
	Não tem profissão de risco	50,05 (8,75)	p = 0,790
Perturbação	Tem profissão de risco	24,40	U = 272,500,
	Não tem profissão de risco	28,11	p = 0,376
Internalização	Tem profissão de risco	24,34	U = 271,000,
	Não tem profissão de risco	28,18	p = 0,355
Atenção	Tem profissão de risco	25,66	U = 309,000,
	Não tem profissão de risco	26,45	p = 0,847
Externalização	Tem profissão de risco	25,28	U = 298,00,
	Não tem profissão de risco	26,95	p = 0,682
Coping de Engagemen- to por controlo primário	Tem profissão de risco	28,20	U = 381,00,
	Não tem profissão de risco	24,18	p = 0,345
Coping de Engagemen- to por controlo secundário	Tem profissão de risco	0,22 (0,05)	t(50) = -1,269,
	Não tem profissão de risco	0,22 (0,06)	p = 0,210
Coping de Disengagemen- to	Tem profissão de risco	0,13 (0,02)	t(50) = -0,174,
	Não tem profissão de risco	0,12 (0,02)	p = 0,863
Engagemen- to Involuntário	Tem profissão de risco	0,24 (0,05)	t(50) = 0,284,
	Não tem profissão de risco	0,23 (0,04)	p = 0,777
Disengagemen- to Involuntário	Tem profissão de risco	0,18 (0,04)	t(50) = 1,476,
	Não tem profissão de risco	0,17 (0,03)	p = 0,146
Total de stressores	Tem profissão de risco	28,92	U = 402,500,
	Não tem profissão de risco	23,20	p = 0,179

Nota. Foram usados o Teste t (t) e o Teste U de Mann-Whitney (U)

Não foram encontradas diferenças entre adolescentes com, pelo menos, um dos pais com profissão de risco e adolescentes com pais sem profissão de risco para nenhuma das dimensões clínicas e de respostas ao stress em estudo (ver Tabela 14).

Tabela 15

Diferenças nas Variáveis Estudadas, por Grupo de Adolescentes que Tiveram Pessoas Próximas com Doença Grave Devido à COVID-19 ou Não Tiveram

Variável		Média (DP)/ Posto médio	Teste estatístico
Qualidade de vida	Sim	35,00 (8,15)	t(50) = 0,892, p = 0,377
	Não	37,52 (5,76)	
Bem-estar dos pais	Sim	48,80 (9,83)	t(49) = 0,466, p = 0,643
	Não	50,57 (7,86)	
Perturbação	Sim	39,60	U = 183,000, p = 0,029
	Não	24,52	
Internalização	Sim	5,20 (3,27) *	t(49) = -2,093, p = 0,042
	Não	3,13 (1,96)	
Atenção	Sim	39,40	U = 182,000, p = 0,032
	Não	24,54	
Externalização	Sim	39,30	U = 181,500, p = 0,032
	Não	24,55	
Coping de Engagement por controlo primário	Sim	0,18 (0,04)	t(50) = -0,718, p = 0,476
	Não	0,17 (0,24)	
Coping de Engagement por controlo secundário	Sim	0,22 (0,06)	t(50) = -0,061, p = 0,957
	Não	0,22 (0,06)	
Coping de Disengagement	Sim	0,12 (0,02)	t(50) = 1,000, p = 0,322
	Não	0,12 (0,02)	
Engagement Involuntário	Sim	0,23 (0,04)	t(50) = -1,233, p = 0,223
	Não	0,26 (0,04)	
Disengagement involuntário	Sim	27,10	U = 120,500, p = 0,928
	Não	26,44	
Total de stressores	Sim	32,20	U = 146,000, p = 0,396
	Não	25,89	

Nota. Foram usados o Teste t (t) e o Teste U de Mann-Whitney (U)

* d de Cohen = -0,986

Foram encontradas diferenças significativas entre adolescentes que tiveram familiares ou pessoas próximas com um grau elevado de gravidade de COVID-19 e os que não tiveram, apenas para as perturbações de internalização, sendo mais elevados no grupo dos adolescentes que tiveram familiares doentes (ver Tabela 18).

Discussão

A COVID-19 e os confinamentos tiveram um impacto psicológico negativo na população geral (Brooks et al., 2020), podendo ter sido particularmente desafiante para os adolescentes, uma vez que as restrições impostas para controlo da pandemia comprometeram muitas das suas tarefas de desenvolvimento (Orben et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021). O presente estudo teve como principal objetivo estudar a associação entre stressores e respostas ao stress de adolescentes durante o segundo confinamento devido à COVID-19 e a qualidade de vida e perturbação psicológica após o confinamento. De seguida, serão discutidos os resultados encontrados, de acordo com cada um dos objetivos.

O primeiro objetivo, fazer a tradução e adaptação do *Responses to Stress Questionnaire - Parent Report on Children* sobre a COVID-19 à língua portuguesa, bem como o estudo preliminar das características psicométricas do instrumento numa população de pais de adolescentes portugueses, não foi totalmente conseguido. Devido ao tamanho reduzido da amostra, não foi possível fazer estudos de validade de construto, nomeadamente análise fatorial, que permitissem verificar a adequação do modelo teórico proposto pelos autores do RSQ (Connor-Smith et al., 2000). Na análise preliminar, feita através do estudo da consistência interna, as escalas ou fatores de primeira ordem obtiveram valores razoáveis a bons, assim como a maioria das subescalas referentes a respostas específicas. No entanto, algumas destas subescalas tiveram valores mais baixos ou inadequados. Apesar de não ter sido utilizado outro instrumento de coping para analisar a validade de critério, os resultados de associação entre as estratégias de coping e as respostas involuntárias com as medidas de adaptação sugerem que o instrumento é adequado para a avaliação destas respostas ao stress. De acordo com Connor-Smith e colaboradores (2000), estratégias de coping de Engagement estão relacionadas com melhores indicadores de adaptação ao stress, enquanto coping de Disengagement e respostas involuntárias estão associadas a indicadores de pior saúde mental.

Apesar de, globalmente, terem sido encontradas correlações significativas entre as subescalas de resposta ao stress semelhantes às do estudo original, tanto para os resultados brutos como os proporcionais, não foi encontrada uma correlação significativa entre os dois tipos de coping de Engagement, ao contrário do estudo de Connor-Smith e colaboradores (2000). Embora existam já diversos estudos com o RSQ noutros contextos de stress (Porkate et al., 2022; Wadsworth et al., 2004), não se conhecem ainda estudos de validação e indicadores de validade deste questionário, com a forma adaptada à COVID-19. Como tal, é necessária mais investigação, com amostras mais robustas, fazer a comparação dos questionários de heterorrelato dos pais com os de autorrelato dos filhos, ou com outras escalas de coping e stress relacionado com a pandemia e os confinamentos.

O segundo objetivo do presente estudo foi o de descrever a caracterização, pelos pais, dos principais stressores, e das estratégias de coping e das respostas involuntárias ao stress dos adolescentes durante o período do segundo confinamento, de 15 de janeiro a 15 de março de 2021. A impossibilidade de passar tempo com amigos ou familiares foi uma das principais situações na origem de níveis mais elevados de stress, durante este período de confinamento, indo ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos (Magson et al., 2021; Pereira et al., 2021b) relativos ao primeiro confinamento. A perda de rotinas e atividades sociais foi outro dos stressores mais identificados pelos pais, como era expectável pela literatura existente (Mohler-Kuo et al., 2021; Yau & Nager, 2021; Parker et al., 2021), assim como o cancelamento ou adiamento de planos e eventos, também mencionado na literatura (Magson et al., 2021). Estes resultados reforça a ideia, referida anteriormente, de que o isolamento dos amigos e a rutura da vida social pode ter sido particularmente difícil para os adolescentes, por ser um período durante o qual as interações com os pares é essencial para o seu desenvolvimento (Orben et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021).

Por outro lado, os problemas financeiros, a falta de bens necessários, e a dificuldade em obter cuidados de saúde foram muito pouco identificados como fontes de stress para os adolescentes. Estes resultados poderão ser explicados, em parte, por ter sido utilizada uma amostra de conveniência com o nível socioeconómico médio a alto. Com efeito, sabe-se que o impacto dos confinamentos foi muito afetado pelo nível socioeconómico das famílias, traduzido na perda de rendimentos familiar, que foi pouco frequente nesta amostra, ou outras condições materiais durante o período de confinamento (Almhizai et al., 2021; Pereira et al., 2021a; Wang et al., 2022).

Considerando as respostas ao stress dos adolescentes, reportadas pelos pais, os jovens utilizaram com mais frequência respostas voluntárias de coping do que respostas involuntárias ao stress, com destaque para as respostas de coping de Engagement por Controlo Secundário, sendo a aceitação e a expressão emocional as mais usadas, tal como descrito também no estudo de Orgilés, Morales e colaboradores (2021). Este tipo de coping, sendo direcionado à adaptação ao problema quando não é possível alterar o stressor ou a resposta emocional ao mesmo (Connor-Smith et al., 2000), parece ser o mais adequado para lidar com os stressores dentro do contexto pandémico e em condições de confinamento, uma vez que se trata de condições impostas e pouco ou nada controláveis pelos jovens. Por outro lado, utilizaram poucas respostas de coping de Disengagement, como o evitamento e o pensamento mágico, contrariamente ao que foi descrito pelo estudo citado anteriormente (Orgilés, Morales, et al., 2021). As respostas involuntárias ao stress foram menos reportadas. É possível que este resultado se deva, pelo menos em parte, ao facto de a maioria das respostas involuntárias ser mais difícil de identificar pelos pais, sem serem relatadas pelos filhos. Além disso, a pouca frequência deste tipo de respostas é sugestiva de uma boa adaptação dos jovens ao período após o segundo confinamento, considerando o que é descrito pelos autores do modelo de respostas ao stress (Connor-Smith et al., 2000).

Os pais, seguidos dos irmãos e dos amigos, foram aqueles a quem os adolescentes mais recorreram para se expressarem emocionalmente, ou terem ajuda na resolução de problemas. A procura do apoio na família e amigos foi também já descrita anteriormente, em estudos relativos ao primeiro confinamento (Orgilés, Morales, et al., 2021; Parker et al., 2021) e reforça a ideia de que o apoio social e o contacto com os amigos são dimensões fundamentais nesta fase de vida. Ouvir música foi também uma estratégia frequente como forma de regulação emocional e distração.

Nas respostas involuntárias que envolviam uma resposta fisiológica ou uma ação involuntária, os pais selecionaram sobretudo a resposta “nenhuma das alternativas”, sugerindo que as alternativas de resposta não traduzem corretamente aquilo que os pais identificavam como o que acontecia com os adolescentes. Considerando que estas respostas nem sempre são observáveis, e os pais só as podem conhecer pela descrição dos filhos, também é possível que neste caso os pais não sejam muito bons informadores. Apenas a comparação com respostas dos próprios adolescentes ao respetivo questionário poderá clarificar esta questão. Por outro lado, o facto de os pais reportarem estes dados relativamente a um período de cerca de um ano antes, e após um período de evolução positiva da situação pandémica, poderá ter levado a que recordassem mais resultados positivos e menos respostas negativas, como é o caso das respostas involuntárias.

O terceiro objetivo deste estudo consistia na descrição da qualidade de vida e perturbação emocional atual dos adolescentes, descritas pelos pais, e do bem-estar dos pais, aproximadamente um ano após o segundo confinamento. No geral, os pais descreveram níveis moderados a elevados de qualidade de vida, embora identifiquem alguma preocupação e dificuldades de concentração nos jovens, e baixos níveis de perturbação um ano após o segundo confinamento. Estes resultados diferem dos descritos em diversos estudos relativos ao primeiro confinamento (Chawla et al., 2021; de Matos et al., 2020; Magson et al., 2021;

Nobari et al., 2021; Octavius et al., 2020; Pereira et al., 2021b; Ravens-Sieberer et al., 2021), que apontam para um aumento da perturbação emocional e uma menor qualidade de vida. É, no entanto, de notar, que o estudo de Orgilés, Francisco e colaboradores (2021) mostrou que um grupo de crianças e adolescentes portugueses não mostrou diferenças significativas relacionadas com sintomas psicológicos ao longo do primeiro confinamento, avaliados duas, cinco e oito semanas após o início. Apesar de os resultados indicarem valores relativamente baixos de perturbação, é importante mencionar os valores mais elevados na subescala de internalização, que vão ao encontro dos níveis mais elevados de ansiedade e depressão encontrados em diferentes estudos relativos ao primeiro confinamento (Magson et al., 2021; Octavius et al., 2020; Pigaiani et al., 2020; Yau & Nager, 2021). Além disso, o facto de as preocupações principais dos adolescentes assentarem na ausência de interação com os pares pode traduzir-se em maior tristeza e sentimento de isolamento. Considerando os pontos de corte para valores clínicos propostos por Murphy e colaboradores (2016), existe uma pequena percentagem de adolescentes com resultados representativos de risco para a saúde mental.

Ainda em relação ao período atual, os pais relataram níveis de bem-estar do próprio razoáveis. Apesar destes níveis adequados, e de os pais se sentirem otimistas e capazes de pensar nos problemas, parecem ter dificuldade em relaxar e descansar, o que pode ser resultado de a maioria dos participantes ter profissões de risco com uma exigência elevada durante o período pandémico.

Como era expectável, os pais com níveis mais elevados de bem-estar descrevem um menor número total de stressores, e níveis mais baixos de perturbação e mais elevados de qualidade de vida nos filhos. Este resultado reforça a relação entre o bem-estar dos pais na saúde mental e qualidade de vida dos filhos, como enfatizado no estudo de Pereira e colaboradores (2021b), no qual um pior autocuidado e desregulação emocional dos pais estava associado com pior saúde mental dos filhos. Além disso, jovens com níveis mais

elevados de qualidade de vida percebem menos stressores e têm níveis mais baixos de perturbação, o que pode ser explicado pelo facto de a qualidade de vida se basear na percepção do indivíduo relativamente ao nível de bem-estar nos vários domínios da vida. Como tal, uma percepção de maior bem-estar é incompatível com níveis elevados, por exemplo, de ansiedade e depressão.

Contrariamente à grande maioria dos estudos realizados, que reportam níveis de perturbação e qualidade de vida durante ou após o primeiro confinamento, os resultados deste estudo descrevem estes níveis um ano após o segundo confinamento. Este foi um período durante o qual, apesar de a situação pandémica se manter ativa, as escolas já estavam abertas e a funcionar de forma presencial, havia o regresso gradual de eventos adiados pela pandemia, e começava a discutir-se o fim da obrigatoriedade do uso de máscara em alguns contextos. Como tal, o dia-a-dia dos adolescentes aproximava-se já da realidade pré-pandemia, nomeadamente no que diz respeito ao convívio com os pares.

Por fim, o último objetivo visava estudar a associação do total de stressores e dos valores atuais de qualidade de vida e perturbação dos jovens com as estratégias de coping dos adolescentes durante o período do segundo confinamento. Tal como referido anteriormente, diferenças nestes resultados podem dever-se a diferenças individuais relacionadas com os stressores encontrados pelos jovens, bem como às respostas mais ou menos adaptativas usadas para lidar com os mesmos (Donker et al., 2021). Todas as escalas de respostas ao stress mostraram associações significativas e moderadas com as dimensões de perturbação, qualidade de vida e bem-estar, exceto o Disengagement.

As respostas de coping de Engagement (por Controlo Primário e Secundário) estavam positivamente correlacionadas com a qualidade de vida dos adolescentes, e negativamente correlacionadas com o total de stressores e com as escalas de perturbação dos jovens. Este resultado parece ir ao encontro do que foi descrito noutros estudos, nos quais foi também

utilizado o RSQ (Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth et al., 2004; Wang et al., 2021). Em contrapartida, as respostas involuntárias (Engagement e Disengagement Involuntários) estavam positivamente correlacionadas com o total de stressores e com as escalas de perturbação e negativamente relacionadas com a qualidade de vida dos adolescentes. O Disengagement apenas se correlacionou de forma positiva e moderada com o total de stressores, positiva e fraca com a perturbação total e a perturbação de externalização, indo ao encontro dos resultados encontrados por Türk Fulya e colaboradores (2021) e Connor-Smith e colaboradores (2000). Os resultados encontrados estão de acordo com o esperado, na medida em que estratégias de coping por envolvimento parecem estar associadas com uma melhor adaptação ao período pós-confinamento, enquanto as respostas que traduzem afastamento ou evitamento estão associadas com indicadores de pior saúde mental e adaptação.

O bem-estar dos pais mostrou-se positivamente correlacionado com as respostas de coping de Engagement, e negativamente correlacionado com as respostas involuntárias e de coping de Disengagement. As associações encontradas entre as respostas ao stress dos adolescentes e o bem-estar dos pais podem sugerir, em primeiro lugar, que existe uma influência do nível de bem-estar dos pais no uso de estratégias mais ou menos adaptativas por parte dos filhos. Em segundo lugar, pode também sugerir que uma melhor adaptação ao stress por parte dos jovens, traduzida pelo uso de estratégias mais adequadas ao contexto, pode ter impacto nos níveis de bem-estar dos pais.

Por fim, pretendíamos verificar a existência de eventuais diferenças nas respostas de stress, perturbação e qualidade de vida dos adolescentes, e bem-estar dos pais, de acordo com o sexo e a idade dos adolescentes, a profissão dos pais (de risco ou não), e o contacto com alguém próximo gravemente doente devido à COVID-19. Alguns estudos indicam diferenças significativas entre adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino relativamente aos

níveis de perturbação, como ansiedade (Chawla et al., 2021; Qui et al., 2020; Türk Fulya et al., 2021) e depressão (Magson et al., 2021) associados à pandemia, bem como a nível do uso de respostas de coping (Connor-Smith et al., 2000). Porém, no presente estudo não foram encontradas diferenças nas dimensões de perturbação, qualidade de vida, e bem-estar dos pais, considerando o sexo, a faixa etária, e ter ou não pais com profissões de risco. Também não foram encontradas diferenças relativas às respostas ao stress entre nenhum dos grupos. A ausência de diferenças encontrada, nomeadamente no que diz respeito ao sexo dos jovens, pode estar relacionada com a amostra, uma vez que, para além de ter uma dimensão reduzida, a grande maioria dos adolescentes eram do sexo masculino. No que diz respeito aos pais com profissão de risco, é necessário continuar a investigar eventuais diferenças entre os indicadores de adaptação ao período após o confinamento e as respostas ao stress dos jovens. Devido ao método usado para disseminação do presente estudo e redes de contacto usadas, podemos especular que a maioria dos pais com profissão de risco eram profissionais de saúde, pelo que é provável que haja pouca representação de outras profissões de risco, com características sociodemográficas menos favoráveis a uma melhor adaptação dos jovens.

Contudo, adolescentes que tiveram familiares ou pessoas próximas que morreram ou com um grau elevado de gravidade da COVID-19 foram descritos como tendo níveis significativamente mais elevados de perturbação de internalização, em comparação com os outros adolescentes. Embora não tenha sido encontrado nenhum estudo que mencione esta diferença, trata-se de um resultado expectável, considerando prováveis reações emocionais dos adolescentes derivadas de terem alguém próximo gravemente doente. Este facto pode ser considerado um indicador de risco para a saúde mental, alertando para a necessidade de uma monitorização e eventual acompanhamento psicológico destes jovens mesmo após a pandemia.

Limitações e Conclusão

O presente estudo tem limitações importantes que importa mencionar. Em primeiro lugar, o baixo número de participantes, que pode ter ficado a dever-se em parte à extensão do protocolo de resposta. A reduzida diversidade da amostra, com a maioria dos pais a apresentar elevados níveis de escolaridade, e pouco impacto financeiro da pandemia, é outra das limitações desta amostra. Estas características podem ter influenciado a reduzida identificação de situações como falta de bens necessários ou dificuldades em obter cuidados de saúde como fontes de stress durante o segundo confinamento. No entanto, ao contrário de outros estudos sobre esta temática, mais de metade dos pais era profissional de saúde ou tinha outra profissão considerada de risco durante o confinamento devido à pandemia da COVID-19, e manteve o trabalho a tempo inteiro fora de casa durante o confinamento, o que faz desta uma amostra interessante para o estudo destas dimensões.

Uma outra limitação importante tem a ver com o facto de apenas ter sido usado um instrumento de reporte pelos pais, devido a dificuldades instrumentais de aplicação dos questionários a filhos menores num estudo online. Os pais têm, naturalmente, alguma dificuldade em aceder aos processos psicológicos internos dos filhos, sobretudo durante a adolescência, o que pode ter dificultado a avaliação de respostas ao stress, nomeadamente as involuntárias, como a ativação emocional e a ativação fisiológica, ou estratégias que envolvam processos cognitivos interiorizados. Refira-se, ainda, que o PSC-17 está ainda em processo de validação para a população portuguesa e que foram usados pontos de corte para valores clínicos não aferidos para esta população.

Por último, é necessário ter em conta que o presente estudo é referente ao período do segundo confinamento devido à COVID-19, ocorrido entre 15 de janeiro a 15 de março de 2021, e ao período pós-confinamento. O facto de os dados terem sido recolhidos um ano após o segundo confinamento, num período em que as famílias tinham praticamente recuperado a

maioria das rotinas anteriores à pandemia e havia uma grande diminuição das medidas de combate à COVID-19, pode ter dificultado a recordação correta dos acontecimentos do período em estudo e ter contribuído para resultados globalmente bastante positivos.

Considerando as limitações descritas, os resultados do presente estudo vão ao encontro da literatura já existente, relativamente às situações percebidas pelos pais como causadoras de maior stress nos adolescentes. Os resultados sugerem, globalmente, que um ano após o último confinamento, os adolescentes têm níveis adequados de qualidade de vida e baixos níveis de perturbação, o que sugere uma boa adaptação a este contexto, embora os pais indiquem alguma preocupação por parte dos filhos. Os pais também relatam níveis razoáveis de bem-estar pós-confinamento, apesar da dificuldade em relaxar e descansar, o que também pode ser devido ao grande número de participantes profissionais de saúde ou com outras profissões de risco, que continuam em grande sobrecarga profissional.

As associações observadas sublinham o impacto do bem-estar dos pais na saúde mental e qualidade de vida dos filhos, o que reforça a necessidade de investir na prevenção com os pais ao nível do autocuidado e gestão de emoções durante eventos adversos, de modo a contribuírem para uma melhor saúde mental dos adolescentes. As intervenções preventivas também podem sugerir aos pais formas de facilitar a utilização de estratégias de coping adaptativas aos filhos, como a modelagem e o apoio a estratégias adaptativas. Por fim, os resultados reforçam, o conhecimento sobre as estratégias de coping e respostas involuntárias ao stress que são mais ou menos adaptativas no contexto pandémico ou semelhantes. Neste sentido, parece importante não só continuar a investigação acerca do impacto dos sistemas relacionais dos jovens na sua adaptação a condições adversas, mas também sensibilizar os diferentes contextos, como os contextos escolares e familiares, para a prevenção a partir da facilitação de respostas ao stress mais eficazes e adaptadas.

Referências

- Almhizai, R. A., Almogren, S. H., Altwijery, N. A., Alanazi, B. A., Al Dera, N. M., Alzahrani, S. S., & Alabdulkarim, S. M. (2021). Impact of COVID-19 on Children's and Adolescent's Mental Health in Saudi Arabia. *Cureus*, *13*(March 2020), 1–13.
<https://doi.org/10.7759/cureus.19786>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chawla, N., Tom, A., Sen, M. S., & Sagar, R. (2021). Psychological Impact of COVID-19 on Children and Adolescents: A Systematic Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *43*(4), 294–299. <https://doi.org/10.1177/02537176211021789>
- Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, *330*(7486), 301–304.
<https://doi.org/10.1007/s00398-018-0209-y>
- Cockerham, D., Lin, L., Ndolo, S., & Schwartz, M. (2021). Voices of the students: Adolescent well-being and social interactions during the emergent shift to online learning environments. *Education and Information Technologies*, *26*(6), 7523–7541.
<https://doi.org/10.1007/s10639-021-10601-4>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87–127.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary

stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976–992.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.976>

de Matos, D. G., Aidar, F. J., de Almeida-Neto, P. F., Moreira, O. C., de Souza, R. F., Marçal, A. C., Marcucci-Barbosa, L. S., Martins, F. de A., Lobo, L. F., Dos Santos, J. L., Guerra, I., Costa E Silva, A. de A., Neves, E. B., Cabral, B. G. de A. T., Reis, V. M., & Nunes-Silva, A. (2020). The impact of measures recommended by the government to limit the spread of coronavirus (COVID-19) on physical activity levels, quality of life, and mental health of brazilians. *Sustainability (Switzerland)*, 12(21), 1–13.

<https://doi.org/10.3390/su12219072>

Donker, M. H., Mastrotheodoros, S., & Branje, S. (2021). Development of parent-adolescent relationships during the COVID-19 pandemic: The role of stress and coping.

Developmental Psychology, 57(10), 1611–1622. <https://doi.org/10.1037/dev0001212>

Dvorsky, M. R., Breaux, R., & Becker, S. P. (2021). Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1829–1831. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01583-8>

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177–187.

<https://doi.org/10.1037/cbs0000215>

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>

Gardner, W., Lucas, A., Kolko, D. J., & Campo, J. V. (2007). Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(5), 611–618.

<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318032384b>

Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M.

R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291(June), 113264.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Luo, X., Estill, J., Wang, Q., Lva, M., Liua, Y., Liud, E., & Chena, Y. (2020). *The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. January.

Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J.

(2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>

Matos, M. G. D., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in

Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 230–237.

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). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>

Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de

jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 2(Spe. 2), 83–87. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0013>

- Murphy, J. M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturner, R., Howard, B., Abel, M. R., & Jellinek, M. (2016). The PSC-17: Subscale scores, reliability, and factor structure in a new national sample. *Pediatrics, 138*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0038>
- Nobari, H., Fashi, M., Eskandari, A., Villafaina, S., Murillo-Garcia, Á., & Pérez-Gómez, J. (2021). Effect of covid-19 on health-related quality of life in adolescents and children: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094563>
- Octavius, G. S., Silviani, F. R., Lesmandjaja, A., Angelina, & Juliansen, A. (2020). Impact of COVID-19 on adolescents' mental health: a systematic review. *Middle East Current Psychiatry, 27*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00075-4>
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child and Adolescent Health, 4*(8), 634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Orgilés, M., Francisco, R., Delvecchio, E., Espada, J. P., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Morales, A. (2021). Psychological Symptoms in Italian, Spanish and Portuguese Youth During the COVID-19 Health Crisis: A Longitudinal Study. *Child Psychiatry and Human Development, 0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01211-9>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Espada, J. P. (2021). Coping Behaviors and Psychological Disturbances in Youth Affected by the COVID-19 Health Crisis. *Frontiers in Psychology, 12*(March), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565657>
- Papalia, D. E. (2001). *O mundo da criança* (pp. 58–61).
- Parker, J. S., Haskins, N., Lee, A., Hailemeskel, R., & Adepoju, O. A. (2021). Black

Adolescents' Perceptions of COVID-19: Challenges, Coping, and Connection to Family, Religious, and School Support. *School Psychology*, 36(5), 303–312.

<https://doi.org/10.1037/spq0000462>

Pereira, A I, Stallard, P., Roberto, M. S., Sousa, M., & Barros, L. (2021). Parenting and child mental health during the COVID-19 pandemic: An online study with Portuguese and British Families. *Revista De Psicologia Clinica Con Ninos Y Adolescentes*, 8(3), 35–42.

<https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.3.4>

Pereira, Ana Isabel, Muris, P., Roberto, M. S., Stallard, P., Garcia-Lopez, L. J., Tulbure, B. T., Podina, I., Simon, E., Sousa, M., & Barros, L. (2021). Cumulative Risk Exposure and Social Isolation as Correlates of Carer and Child Mental Health During the COVID-19 Pandemic: An Online Study with Families from Various Europeans Countries. *Child Psychiatry and Human Development*, 1–41. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01233-3>

Pigaiani, Y., Zoccante, L., Zocca, A., Arzenton, A., Menegolli, M., Fadel, S., Ruggeri, M., & Colizzi, M. (2020). Adolescent lifestyle behaviors, coping strategies and subjective wellbeing during the covid-19 pandemic: An online student survey. *Healthcare (Switzerland)*, 8(4), 1–12. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040472>

Qi, H., Liu, R., Chen, X., Yuan, X. F., Li, Y. Q., Huang, H. H., Zheng, Y., & Wang, G. (2020). Prevalence of anxiety and associated factors for Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(10), 555–557.

<https://doi.org/10.1111/pcn.13102>

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Dinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Türk Fulya, Aykut, K., & Erdal, K. (2021). Depression-anxiety and coping strategies of adolescents during the Covid-19 pandemic. *Turkish Journal Of Education*, 10(2), 58–75. <https://doi.org/10.19128/turje.814621>
- Ulrike Ravens-Sieberer; Angela Gosch; Thomas Abel; Pascal Auquier; Bärbel-Maria Bellach; Jeanet Bruil; Wolfgang Dür; Mick Power; Luis Rajmil; European KIDSCREEN Group. (2001). *Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective* (pp. 294–302). Sozial-und Präventivmedizin.
- Wadsworth, M. E., Rieckmann, T., Benson, M. A., & Compas, B. E. (n.d.). *Coping and responses to stress in Navajo adolescents Psychometric properties of the Responses to .pdf*.
- Wang, Ming-te, Toro, J. Del, Scanlon, C. L., Schall, J. D., Zhang, A. L., Belmont, A. M., Voltin, S. E., & Plevniak, K. A. (2021). The roles of stress, coping, and parental support in adolescent psychological well-being in the context of COVID-19: A daily-diary study. *Journal of Affective Disorders*, 294(January), 245–253.
- Wang, Ming Te, Henry, D. A., Scanlon, C. L., Del Toro, J., & Voltin, S. E. (2022). Adolescent Psychosocial Adjustment during COVID-19: An Intensive Longitudinal Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 00(00), 1–16. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.2007487>
- Waselewski, E. A., Waselewski, M. E., & Chang, T. (2020). Needs and Coping Behaviors of Youth in the U.S. During COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 649–652.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.043>

Yau, J. T. J., & Nager, A. L. (2021). Adolescent and young adult stress and coping during COVID-19: the utility of a pediatric emergency department screener. *International Journal of Emergency Medicine*, *14*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12245-021-00359-4>

Zainel, A. A., Qotba, H., Al-Maadeed, A., Al-Kohji, S., Al Mujalli, H., Ali, A., Al Mannai, L., Aladab, A., AlSaadi, H., AlKarbi, K. A., & Al-Baghdadi, T. (2021). Psychological and coping strategies related to home isolation and social distancing in children and adolescents during the covid-19 pandemic: Cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, *5*(4). <https://doi.org/10.2196/24760>

Anexos

Anexo A

Frequências e Percentagem das Respostas aos Itens da Escala KIDSCREEN-10

Variável	N	Percentagem%
O/A seu/sua filho/a sentiu-se bem e em forma?		
Nada/Nunca	0	0,0
Pouco/Raramente	2	3,8
Moderadamente/Algumas vezes	17	32,7
Muito/Frequentemente	27	51,9
Extremamente/Sempre	6	11,5
O/A seu/sua filho/a sentiu-se cheio/a de energia?		
Nada/Nunca	1	1,9
Pouco/Raramente	8	15,4
Moderadamente/Algumas vezes	20	38,5
Muito/Frequentemente	20	38,5
Extremamente/Sempre	3	5,8
O/A seu/sua filho/a sentiu-se triste?		
Nada/Nunca	11	21,2
Pouco/Raramente	25	48,1
Moderadamente/Algumas vezes	12	23,1
Muito/Frequentemente	4	7,7
Extremamente/Sempre	0	0
O/A seu/sua filho/a sentiu-se sozinho/a?		
Nada/Nunca	22	42,3
Pouco/Raramente	19	36,5
Moderadamente/Algumas vezes	8	15,4
Muito/Frequentemente	2	3,8
Extremamente/Sempre	1	1,9
O/A seu/sua filho/a teve tempo suficiente para si próprio/a?		
Nada/Nunca	1	1,9
Pouco/Raramente	4	7,7
Moderadamente/Algumas vezes	5	9,6
Muito/Frequentemente	30	57,7
Extremamente/Sempre	12	23,1
O/A seu/sua filho/a tem sido capaz de fazer atividades que quer fazer no tempo livre?		
Nada/Nunca	1	1,9
Pouco/Raramente	6	11,5
Moderadamente/Algumas vezes	11	21,2

Muito/Frequentemente	25	48,1
Extremamente/Sempre	9	17,3
O/A seu/sua filho/a sentiu que os pais o/a trataram com justiça?		
Nada/Nunca	4	7,7
Pouco/Raramente	1	1,9
Moderadamente/Algumas vezes	14	26,9
Muito/Frequentemente	20	38,5
Extremamente/Sempre	13	25,0
O/A seu/sua filho/a divertiu-se com outros rapazes e raparigas?		
Nada/Nunca	1	1,9
Pouco/Raramente	18	34,6
Moderadamente/Algumas vezes	16	30,8
Muito/Frequentemente	12	23,1
Extremamente/Sempre	5	9,6
O/A seu/sua filho/a foi bom/boa aluno/a na escola?		
Nada/Nunca	0	0
Pouco/Raramente	2	3,8
Moderadamente/Algumas vezes	7	13,5
Muito/Frequentemente	26	50,0
Extremamente/Sempre	17	32,7
O/A seu/sua filho/a sentiu-se capaz de prestar atenção?		
Nada/Nunca	0	0
Pouco/Raramente	5	9,6
Moderadamente/Algumas vezes	13	25,0
Muito/Frequentemente	21	40,4
Extremamente/Sempre	13	25,0

Anexo B

Frequências e Percentagem das Respostas aos Itens da Escala PSC-17

Variável	N	Percentagem%
Sente-se triste, infeliz?		
Nunca	20	38,5
Às vezes	30	57,7
Frequentemente	1	1,9
Sente-se desanimado, sem esperança?		
Nunca	29	55,8
Às vezes	21	40,4
Frequentemente	1	1,9
Desvaloriza-se a si mesmo?		
Nunca	25	48,1
Às vezes	21	40,4
Frequentemente	5	9,6
Preocupa-se muito?		
Nunca	10	19,2
Às vezes	35	67,3
Frequentemente	6	11,5
Parece estar a divertir-se menos que o habitual?		
Nunca	20	38,5
Às vezes	25	48,1
Frequentemente	6	11,5
Agitado/a e incapaz de ficar sentado/a?		
Nunca	36	69,2
Às vezes	13	25,0
Frequentemente	2	3,8
Sonha acordado/a demasiadas vezes?		
Nunca	28	53,8
Às vezes	19	36,5
Frequentemente	4	7,7
Facilmente distraído		
Nunca	16	30,8
Às vezes	30	57,7
Frequentemente	5	9,6
Tem dificuldade em concentrar-se		
Nunca	20	38,5
Às vezes	28	53,8
Frequentemente	3	5,8
Parece que está ligado a um motor, não para quieto		
Nunca	37	71,2
Às vezes	13	25,0
Frequentemente	1	1,9

Tem conflitos com outras crianças		
Nunca	44	84,6
Às vezes	5	9,6
Frequentemente	2	3,8
Não liga a regras		
Nunca	25	48,1
Às vezes	21	40,4
Frequentemente	5	9,6
Não compreende os sentimentos dos outros		
Nunca	26	50,0
Às vezes	21	40,4
Frequentemente	4	7,7
Provoca os outros		
Nunca	39	75,0
Às vezes	9	17,3
Frequentemente	3	5,8
Culpa os outros pelos seus problemas		
Nunca	34	65,4
Às vezes	14	26,9
Frequentemente	3	5,8
Recusa-se a partilhar coisas que lhe pertencem		
Nunca	38	73,1
Às vezes	12	23,1
Frequentemente	1	1,9
Tira coisas que não lhe pertencem		
Nunca	44	84,6
Às vezes	6	11,5
Frequentemente	1	1,9

Anexo C

Frequências e Percentagem das Respostas aos Itens da Escala WEMWBS

Perguntas	N	Percentagem%
Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro		
Nunca	0	0
Raramente	9	17,3
Algumas vezes	10	19,2
Frequentemente	26	50,0
Sempre	6	11,5
Tenho-me sentido útil		
Nunca	1	1,9
Raramente	1	1,9
Algumas vezes	12	23,1
Frequentemente	26	50,0
Sempre	11	21,2
Tenho-me sentido relaxado/a		
Nunca	2	3,8
Raramente	13	25,0
Algumas vezes	20	38,5
Frequentemente	16	30,8
Sempre	0	0
Tenho-me sentido interessado/a pelas outras pessoas		
Nunca	0	0
Raramente	4	7,7
Algumas vezes	13	25,0
Frequentemente	26	50,0
Sempre	8	15,4
Tenho tido energia de sobra		
Nunca	2	3,8
Raramente	19	36,5
Algumas vezes	18	34,6
Frequentemente	12	23,1
Sempre	0	0
Tenho lidado bem com os problemas		
Nunca	0	0
Raramente	5	9,6
Algumas vezes	14	26,9
Frequentemente	28	53,8
Sempre	4	7,7

Tenho conseguido pensar de forma clara		
Nunca	0	0
Raramente	2	3,8
Algumas vezes	12	23,1
Frequentemente	33	63,5
Sempre	4	7,7
Tenho-me sentido bem comigo mesmo/a		
Nunca	0	0
Raramente	4	7,7
Algumas vezes	13	25,0
Frequentemente	32	61,5
Sempre	2	3,8
Tenho-me sentido próximo/a de outras pessoas		
Nunca	0	0
Raramente	5	9,6
Algumas vezes	17	32,7
Frequentemente	23	44,2
Sempre	6	11,5
Tenho-me sentido confiante		
Nunca	1	1,9
Raramente	3	5,8
Algumas vezes	18	34,6
Frequentemente	25	48,1
Sempre	4	7,7
Tenho sido capaz de construir as minhas opiniões sobre as coisas		
Nunca	0	0
Raramente	2	3,8
Algumas vezes	10	19,2
Frequentemente	28	53,8
Sempre	11	21,2
Tenho-me sentido amado/a		
Nunca	0	0
Raramente	0	0
Algumas vezes	8	15,4
Frequentemente	32	61,5
Sempre	11	21,2
Tenho-me sentido interessado/a em coisas novas		
Nunca	0	0
Raramente	3	5,8
Algumas vezes	13	25,0

Frequentemente	28	53,8
Sempre	7	13,5
Tenho-me sentido alegre		
Nunca	0	0
Raramente	4	7,7
Algumas vezes	21	40,4
Frequentemente	21	40,4
Sempre	5	9,6
