



Universidades Lusíada

Gaspar, Rita Vanessa Feição, 1987-

Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança

<http://hdl.handle.net/11067/6635>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>A pandemia do COVID-19 teve início no final de 2019 causou inúmeras consequências psicológicas e sociais para as crianças, adolescentes e suas famílias. Os períodos longos de confinamento, restrições nos contatos sociais, associados às aulas online dos menores, e muitos pais em home office, levaram às famílias a novas formas de rotina e de relacionamentos que podem ter consequências para sua saúde mental e qualidade de vida. O objetivo geral deste estudo é analisar a saúde mental (stress perceci...</p> <p>The COVID-19 pandemic began at the end of 2019 and caused numerous psychological and social consequences for children, adolescents, and their families. Long periods of lockdown, restrictions on social contacts, associated with online classes for children, and many parents working from home, have led families to new routine and relationships that can have consequences for their mental health and quality of life. The main purpose of this study is to analyze mental health (perceived stress), parent...</p>
Palavras Chave	Pais - Saúde mental, Crianças - Saúde mental, Pais e filhos, Parentalidade, Qualidade de vida, Pandemia da COVID-19, 2022 - Aspetos psicológicos
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T14:58:45Z com informação proveniente do Repositório



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

**Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças,
durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de
vida da criança**

Realizado por:
Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho

Orientado por:
Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Arguente: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 29 de novembro de 2022

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Saúde mental e preocupação parental de pais e
mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e
sua relação com a qualidade de vida da criança

Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho

Lisboa

Agosto 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança

Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho

Lisboa

Agosto 2022

Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho

Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho
Orientadora Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Título Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CARVALHO, Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos, 1987-

Saúde mental e preocupação parental de pais e mães de crianças, durante a pandemia COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança / Rita Vanessa Feição Gaspar dos Santos Carvalho ; orientado por Elisa Kern de Castro. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CASTRO, Elisa Kern de, 1976-

LCSH

1. Pais - Saúde mental
2. Crianças - Saúde mental
3. Pais e filhos
4. Parentalidade
5. Qualidade de vida
6. Pandemia da COVID-19, 2020- - Aspetos psicológicos
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
8. Teses - Portugal - Lisboa

1. Parents - Mental health
2. Children - Mental health
3. Parent and child
4. Parenthood
5. Quality of life
6. COVID-19, Pandemic, 2020- - Psychological aspects
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
8. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ755.85.C37 2022

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo apoio, carinho, disponibilidade, incentivo e confiança, cruciais para a realização de todo este percurso académico.

À Professora Doutora Elisa Kern de Castro, por partilhar comigo todo o seu conhecimento, pela enorme ajuda, preocupação e disponibilidade.

Um especial agradecimento à minha antiga chefe de trabalho, Tânia Rodrigues, pela ajuda, carinho, preocupação e flexibilidade, que esteve presente desde o início do meu percurso académico e ajudou a tornar possível o término desta etapa da minha vida.

Bem como, a todos meus amigos pela ajuda, preocupação e compreensão. Em especial à Bárbara Moraes, Cláudia Pereira, Maria Rosa Fernandes e Carolina Maradei, minhas companheiras de percurso, obrigada a todas pela amizade, pelas palavras motivadoras, vivências e partilhas, vocês foram um grande apoio.

À Catarina Ferreira, amiga e irmã, pelo apoio, palavras de motivação e confiança.

À minha mãe e aos meus filhos, por serem o meu porto seguro, por estarem sempre comigo e por acreditarem em mim. Amo-vos!

Por fim, à minha irmã pelo carinho, força, preocupação, incentivo e por todo o seu amor.

Dedico este trabalho aos meus filhos,
Rodrigo e Santiago.

Vocês são a minha definição de amor,
Vieram dar sentido à minha vida.

Vocês são as minhas luzes,

As minhas estrelas,

Os amores da minha vida,

Vocês são... o meu TUDO!

Amo-vos muito!

“Be the change you want to see in the world”

(Mahatma Gandhi)

Resumo

A pandemia do COVID-19 teve início no final de 2019 causou inúmeras consequências psicológicas e sociais para as crianças, adolescentes e suas famílias. Os períodos longos de confinamento, restrições nos contatos sociais, associados às aulas *online* dos menores, e muitos pais em *home office*, levaram às famílias a novas formas de rotina e de relacionamentos que podem ter consequências para sua saúde mental e qualidade de vida. O objetivo geral deste estudo é analisar a saúde mental (*stress* percebido), a preocupação parental de pais, mães e cuidadores principais de crianças e adolescentes durante a pandemia do COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança e do adolescente. Para a realização deste estudo participaram de um inquérito *online* 205 adultos (165 mães, 37 pais, duas madrastas e uma avó; M= 41.24) de crianças e adolescentes (M= 9.63; 52.2% do gênero feminino e 47.8% do gênero masculino) durante a pandemia do COVID-19. Os instrumentos utilizados foram, *Perceived Stress Scale*, Escala de Preocupações Parentais e KIDSCREEN-10 versão para pais. Os resultados obtidos neste estudo, revelaram que quanto maior for o *stress* e as preocupações parentais, menor é a qualidade de vida da criança e do adolescente. Verificou-se uma correlação positiva e fraca estatisticamente significativa entre *stress* e preocupações parentais. Observou-se que quanto maior é o *stress* percebido dos pais prevê uma menor qualidade de vida da criança e dos adolescentes. Conclui-se uma influência significativa do *stress* para a qualidade de vida, enquanto as preocupações parentais não contribuíram significativamente para o modelo.

Palavras-chave: Covid-19; Qualidade de vida; *Stress*, Parentalidade; Crianças; Adolescentes.

Abstract

The COVID-19 pandemic began at the end of 2019 and caused numerous psychological and social consequences for children, adolescents, and their families. Long periods of lockdown, restrictions on social contacts, associated with online classes for children, and many parents working from home, have led families to new routine and relationships that can have consequences for their mental health and quality of life. The main purpose of this study is to analyze mental health (perceived stress), parental concern of fathers, mothers, and primary caregivers of children and teens during the COVID-19 pandemic and its relationship with the quality of life of children and adolescents. To carry out this study, 205 adults (165 mothers, 37 fathers, two stepmothers and one grandmother; $M = 41.24$) of children and adolescents ($M = 9.63$; 52.2% female and 47.8% male) participated in an online survey during the COVID-19 pandemic. The measures used were the Perceived Stress Scale, the Parental Concerns Scale, and the KIDSCREEN-10 version for parents. The results revealed that the greater the stress and parental concerns, the lower the quality of life of children and adolescents. There was a statistically significant positive and weak correlation between stress and parental concerns. It was also observed that the greater the perceived stress of parents, it predicts the lower quality of life for children and adolescents. A significant influence of stress on the quality of life is concluded, while parental concerns did not significantly contribute to the model.

Key words: Covid-19; Quality of life; Stress, Parenting; Kids; Teens.

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Características gerais da amostra 49
- Tabela 2 - Descrição dos problemas de saúde das crianças e dos adolescentes 51
- Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis da QV, stress e preocupações parentais **Erro!**
Marcador não definido.
- Tabela 4 - Matriz da correlação das variáveis e das preocupações parentais **Erro!**
Marcador não definido.
- Tabela 5 - Matriz de correlação da idade dos cuidadores e dos filhos **Erro!** **Marcador não definido.**
- Tabela 6 - Diferenças entre as variáveis e o COVID-19 . **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 7 - Regressão Linear da dimensão da Qualidade de vida **Erro!** **Marcador não definido.**

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - *American Psychological Association*

CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social Intervenção Social

DGS - Direção Geral de Saúde

EPP - Escala de Preocupações Parentais

EUA - Estados Unidos da América

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDO – Perturbação Desafiante de Oposição

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PSS - *Perceived Stress Scale*

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIII
Índice	XV
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	4
Parentalidade.....	4
Parentalidade e COVID-19	12
Saúde Mental e Pandemia.....	17
Preocupações Parentais.....	23
Stress e Stress Percecionado	26
Stress Parental.....	29
Qualidade de vida da criança e do adolescente.....	32
Objetivos.....	39
Método.....	41
Design	41
Participantes.....	41
Instrumentos.....	42

Escala de Preocupações Parentais	43
Perceived Stress Scale	44
KIDSCREEN-10	45
Procedimento de recolha de dados	46
Procedimento de análise de dados	47
Resultados.....	49
Resultados descritivos do estudo	49
Discussão	59
Conclusão	70
Referências	74
Anexos	107
Lista de Anexos	109
Anexo A.....	111
Anexo B.....	114
Anexo C.....	118

Introdução

A doença clínica associada ao SARS-CoV-2 - *severe acute respiratory syndrome coronavirus-2* – denominada *coronavirus disease 2019* (COVID-19), surgiu na China, em dezembro de 2019 e tornou-se o mais grave problema de saúde pública. Foi declarada uma pandemia em 11 de março de 2020 (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS).

A pandemia do COVID-19 acentuou a crise económica e social. Causou inúmeras consequências psicológicas e sociais para as crianças, adolescentes e suas famílias. As medidas adotadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), destacam-se o distanciamento social, os períodos longos de confinamento, intensa convivência familiar, sobrecarga de tarefas domésticas, as restrições nos contatos sociais, associados às aulas *online* dos menores, e muitos pais em *home office*, o desemprego ou a redução salarial, levaram as famílias a novas formas de rotina e de relacionamentos que podem ter consequências para a saúde mental e qualidade de vida (Fiocruz, 2020).

A preocupação que o impacto que a pandemia causou aos pais e filhos a nível do ensino, na socialização e no desenvolvimento, visto que creches, escolas e universidades tiveram que encerrar, bem como parques, restaurantes, cafés e locais de atividade física, restringiu a liberdade a idosos, adultos, adolescentes e crianças. O afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos e com toda rede de apoio agravou vulnerabilidades, o *stress* e as preocupações que afetam a saúde mental dos pais, influenciando a qualidade de vida o nível da adaptação psicossocial e afetivas das crianças (Muratori & Ciacchini, 2020).

O presente trabalho pretende aprofundar a temática dos efeitos da pandemia para a saúde das famílias, em especial seu como objetivo geral é analisar a saúde mental (*stress*

percecionado), a preocupação parental de pais, mães e cuidadores principais de crianças e adolescentes durante a pandemia do COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança e do adolescente. Foram convidados a responder a um inquérito *online*, pais mães ou cuidadores principais de crianças e adolescentes de seis a 16 anos.

Esta dissertação está inserida num vasto projeto de investigação desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação Social, coordenado pela Professora Doutora Elisa Kern de Castro. O trabalho está assente na literatura atual sobre o tema e em dados empíricos de 205 cuidadores de crianças e adolescentes no período da pandemia.

Relativo à organização do presente documento, será primeiramente apresentado a revisão de literatura, que abordará os tópicos da parentalidade, nomeadamente sobre o modelo integrativo dos elementos teóricos da parentalidade de Hoghughí, preocupações parentais, *stress* e *stress* percecionado, qualidade de vida das crianças e dos adolescentes e o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos pais e na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes.

Posteriormente, serão apresentados os objetivos gerais e específicos deste estudo, nos quais estes assentam na pertinência do estudo e a metodologia, em que se encontram expostas as informações relativas ao *design* que se pretende utilizar, aos participantes, aos instrumentos e ao procedimento de recolha e análise de dados. Seguidamente são apresentados os resultados estatísticos, sendo posteriormente analisados na secção da discussão que se segue, seguindo de uma conclusão do estudo, que sumariza o que se pretende bem como, os possíveis contributos e possíveis limitações do estudo.

Enquadramento teórico

Parentalidade

A família é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos, representa o espaço de desenvolvimento individual e grupal, de estratégias de sobrevivência, de exercícios sobre a cidadania e do contexto social onde estão inseridos (Dessen & Braz, 2005).

A família tem um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, é um processo em contexto social no qual estão inseridos. A família tem uma dinâmica própria, afetada tanto pelo desenvolvimento de seu ciclo vital, como pelas políticas económicas e sociais (Ferrari & Kaloustian, 2004). A família distingue-se pela presença do vínculo afetivo dos seus membros e do compromisso comum de projetos de vida (Dias, 2011). As práticas exercidas no seio familiar podem ser influenciadas pelas mudanças sociais, que contribuem para a construção e desenvolvimento dos seus membros (Costa & Laport, 2019). A família é definida como um sistema complexo e dinâmico, influenciada por diversos fatores sociais e contextuais, bem como as relações familiares interferem na sua dinâmica, complementando-a com a partilha de papéis e funções (Santos et al., 2012).

A existência de filhos implica um conjunto de adaptações no quotidiano e na estrutura familiar (Figueiredo et al., 2006; Canavarro & Pedrosa, 2005). A necessidade de lidar com as mudanças, com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e ajustar-se a essas realidades é uma característica inerente à vida, pois ao longo da existência humana existem mudanças que interferem ao nível da saúde (Meleis, 2010).

Segundo Minuchin (1985), a família é um sistema complexo, ligado às transformações da sociedade. O sistema familiar é caracterizado como uma organização,

com subsistemas, crenças, valores e práticas e à medida que a sociedade muda, todos os membros podem ser afetados por pressões interna e externa, procurando a melhor forma de adaptar-se para a sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo e modificar-se com a finalidade de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros.

A saúde familiar está relacionada com a capacidade de flexibilidade e com as limitações de fronteiras. A capacidade de flexibilidade está relacionada com a capacidade de adaptação às alterações estruturais, regras, mudanças, (e.g. a habilidade parental para promover autonomia aos filhos) (Wagner et al., 2011). Enquanto, a limitação de fronteiras é uma função dos subsistemas familiares. Na família, o subsistema conjugal, os dois adultos unem-se para formar uma família, estabelecem regras e limites que os protejam enquanto casal da intrusão de outros membros, proporcionando-lhes a satisfação das suas necessidades psicológicas e o reforço da capacidade para gerir o *stress* intrafamiliar e extrafamiliar (Sousa, 2011).

Assim, a família é concebida como sendo o primeiro contexto de socialização que, mediante vários processos significativos, deverá garantir o bem-estar e o desenvolvimento global de uma criança e/ou adolescente (Bhat & Khadi, 2018; Isaac et al., 2018). Na mesma linha de pensamento, para Oliveira (2016), a família é um microsistema em que cada elemento representa e contribui com o seu papel, influencia a nível organizacional, estrutural e funcional. Entre todas as fases e mudanças existentes, um marco na vida adulta é a fase em que os homens e as mulheres tornam-se pais e mães e, neste papel, têm importantes responsabilidades na formação para a cidadania, na satisfação das necessidades físicas e afetivas e no desenvolvimento de valores éticos e morais (Cruz, 2013; Silva et al., 2009).

A família deve potencializar um ambiente harmonioso e protetor e potencializar um bom desenvolvimento integral de todos os elementos. No seio da dinâmica familiar, a parentalidade caracteriza-se por ser um processo desafiante e determinante no desenvolvimento do indivíduo (Bhat & Khadi, 2018).

O termo parentalidade é relativamente recente e de grande importância, na medida em que permite compreender e caracterizar o impacto das consequências parentais nos próprios filhos. No entanto, em psicologia, a parentalidade é o conjunto das funções e atividades desenvolvidas pelos progenitores ou cuidadores, com o objetivo de promover um crescimento e desenvolvimento pleno e saudável da criança e/ou adolescente a seu cargo, tendo apoio familiar e/ou da comunidade (Cruz, 2013).

A transição para a parentalidade acarreta grandes mudanças nos papéis, nas responsabilidades e nas identidades dos pais. Este período de transição pode ser particularmente desafiante, uma vez que para muitos pais é um acontecimento normativo de *stress*, que em situações extremas poderá condicionar as práticas parentais (Solmeyer & Feinberg, 2011).

Durante muitos anos, os papéis parentais eram distintos, sendo que a mãe era vista com um papel mais restrito e doméstico, e ao pai era atribuída a responsabilidade de garantir a ordem e a estabilidade financeira da família (Borsa et al., 2011). Apesar deste modelo ainda permanecer em diversos contextos, o pai tem demonstrado interesse em participar nos cuidados e no desenvolvimento biopsicossocial da criança, pelo que também se assiste a uma transfiguração do papel da mulher na sociedade, na medida em que conduziu à emancipação do género feminino nas mais diversas áreas (Barros et al., 2019).

Nesta sequência, os autores Gomes e Resende (2004), têm vindo a salientar a relevância de uma coparentalidade. A coparentalidade considera, que ambos os pais exerçam de forma colaborativa e equitativa o seu papel. Ao assumirem esta coparentalidade, a criança poderá construir uma imagem positiva em função das suas relações afetivas e das interações sociais (Silva & Piccinini, 2007). Caso a coparentalidade baseie-se numa relação parental conflituosa, poderá desencadear problemas comportamentais e emocionais nos filhos (McHale et al., 2004).

Deste modo, a parentalidade tem uma função de proteção, educação e integração. Não é somente responsabilidade das famílias, mas também poderá ser de outras redes familiares, com o objetivo, de promover um crescimento e desenvolvimento saudável e feliz, com bem-estar e qualidade de vida (Hoghughi, 2004).

Os pais têm um papel fundamental para o desenvolvimento dos seus filhos. Hoghughi (2004) com base nos modelos de Brofenbrenner (1979) e de Belsky (1984), aprofundou a questão da parentalidade, desenvolvendo um modelo teórico, o modelo integrativo dos elementos teóricos da parentalidade. O seu modelo teórico menciona 11 dimensões da parentalidade e agrupa-as, em três áreas, a área das atividades parentais, a área funcional e a área dos pré-requisitos. Este modelo permite também avaliar as práticas parentais, confirmando a exigência que causa este processo (Barroso & Machado, 2010).

Desta forma, no que concerne à primeira área, denominada, de atividades parentais, destaca-se as dimensões relacionadas com a prática de cuidados físicos, emocionais, sociais disciplina e limites. Segundo o autor (Hoghughi, 2004), tem como objetivo a prevenção de adversidades e/ou diminuição de problemas e dificuldades para a criança, a fim de promover situações positivas que ajudem a criança ao longo da sua vida e que esta não sofra, ou seja, procurar ativamente um desenvolvimento saudável e

feliz da criança. Os cuidados ao nível físico estão relacionados com questões de necessidades primárias, higiene, hábitos de sono, precaução de acidentes ou doenças e capacidade de tomada de decisão para a resolução destas situações (Reader et al., 2005). Os cuidados emocionais relacionam-se com a qualidade de vinculação (e.g. segura, insegura ou desorganizada), tem um papel crucial (Kobak et al., 2006) no desenvolvimento da criança, assim como a relação afetiva na educação infantil (Zahn-Waxler et al., 2006), que permitam desenvolver comportamentos, atitudes e relações positivas, estáveis e consistentes entre a criança, o indivíduo e o ambiente. Ou seja, a criação de oportunidades consistentes de interação positiva, permitem que a criança se sinta amada, respeitada e feliz, e que sinta que tem oportunidade de escolha. Os cuidados sociais têm como objetivo os pais assegurarem a interação entre a criança, com o grupo de pares e/ou adultos significativos durante o seu desenvolvimento e crescimento, não deixando a criança isolar-se. Uma interação positiva nos contextos, casa e escola, contribuem fortemente para a autoestima da criança. Bem como, desenvolver aptidões de ajuda e responsabilidade na execução de tarefas e no relacionamento com os outros (Hoghughi, 2004; Abreu-Lima et al., 2010). A imposição de limites e disciplina, está relacionado com o que os pais desejam e pretendem para garantirem a satisfação das necessidades de sobrevivência (Bradley, 2007) e do desenvolvimento potencial em todas as áreas de funcionamento dos seus dos seus filhos. Neste âmbito, as atividades têm como objetivo utilizar o potencial da criança, para que esta possa adquirir competências intelectuais, educacionais e laborais (Hoghughi, 2004)

No que diz respeito à segunda área, denominada, de área funcional, engloba questões relacionadas com os aspetos do funcionamento da criança que requerem atenção e vigilância parental, principalmente a nível da saúde física, psicológica e nas relações sociais da própria criança. Para Hoghughi (2004), são os pais que influenciam o domínio

social da criança, pois os progenitores/cuidadores devem assumir um papel de ajuda na aquisição de competências e ferramentas, como a comunicação e a adequação às normas culturais e sociais, que afetam diretamente o comportamento social da criança (Abreu-Lima et al., 2010).

Por último, a terceira área, denominada de pré-requisitos, está relacionada com o desempenho dos pais. Segundo o modelo teórico da parentalidade são: a compreensão, o reconhecimento das necessidades da criança, os recursos (as qualidades e consequências parentais, do mesmo modo as próprias redes sociais, que constitui uma fonte significativa de *empowerment*, inclui amigos, familiares e grupos sociais), a motivação e as oportunidades (e.g. o tempo de qualidade que é despendido com os filhos).

As oportunidades parentais referem-se às capacidades fundamentais que os pais/cuidadores devem ter para que exista um bom processo parental, com afetividade, ou seja, identificar as próprias carências e necessidades básicas da criança ao longo do seu ciclo de vida (Hoghughi, 2004). Importante ressaltar que as capacidades parentais, não são inatas, têm de ser adquiridas informalmente, através da experiência dos pais, através dos meios de comunicação social ou através da observação de outros pais e através da tentativa e do erro, ou formalmente, na maternidade, em programas parentais ou na escola (Hoghughi, 2004). O conhecimento e a compreensão das necessidades da criança, tendo por base o seu desenvolvimento, permite aos cuidadores responder apropriadamente às mesmas, revelando uma parentalidade ativa (Abreu-Lima et al., 2010).

Do ponto de vista de Bornstein (2002), a parentalidade e as crianças são afetadas e influenciadas, pela história, a biologia, a configuração familiar, os sistemas de apoio formais e informais, o emprego, as diversas instituições sociais, educativas, legais,

médicas e governamentais, a classe económica, a cultura e a ecologia (macrossistema). Também pelas relações diretas com a família e grupos de pares, sendo que os pais são a maior influência no sistema ecológico e interativo da criança (microsistema) (Berger, 2000). Bem como, pelas relações mais diretas com as escolas, grupos religiosos e grupos de lazer (mesossistema). E através dos empregos, das ações do governo que têm impacto nas escolas e noutras entidades relacionadas com a criança influencia os pais e a criança e/ou adolescente (exossistema) (Berger, 2000). A sociedade e a conjuntura atual não permitem, muitas vezes, que os pais disponham de muito tempo para os filhos, fazendo com que as crianças passem a maior parte do seu dia com educadoras de infância, conhecidos, amigos da família ou amas (Hoghughí, 2004). Assim, nem sempre é possível, por parte dos pais, ter e passar o tempo de qualidade que gostariam com os seus filhos. No entanto, não há dúvidas quanto à importância da atenção, amor, apoio e encorajamento por parte dos pais, na vida de uma criança.

De acordo com estudos de Berger (2000), comprovam que os principais fatores de sucesso da criança na escola são o apoio e o encorajamento dado pelos pais. Os pais são os primeiros cuidadores, educadores e socializadores dos seus filhos. E são os pais que concedem à criança os cuidados e apoio de que necessita, dão-lhes as bases para colmatar as suas necessidades sociais e educacionais (Manzano et al., 2012).

Desta forma, os pais não são a única influência importante no desenvolvimento da criança, pelo facto de existir diversos fatores que afetam o seu crescimento e desenvolvimento (Manzano et al., 2012). A parentalidade é apenas um desses fatores, no entanto, são os pais que escolhem o ambiente externo da criança. Ser pai ou mãe é um grande desafio e implica uma enorme responsabilidade e vontade de proporcionar à criança uma vida saudável, feliz e o desenvolvimento de competências (Ramey, 2002).

Os relacionamentos positivos entre pais e filhos envolvem monitorização parental, atividades apropriadas à idade da criança e o desenvolvimento de ferramentas e estratégias disciplinares de apoio, considerados importantes preditores do desenvolvimento a nível social, emocional e cognitivo dos filhos (Bronte-Tinkew et al., 2012). Garcia e Garcia (2014), através do modelo do funcionamento parental, propõe que a relação estabelecida entre o bem-estar psicológico dos pais e o seu funcionamento parental pode suceder devido, às experiências que os pais tiveram aquando do seu crescimento e desenvolvimento.

Pereira (2009), observou que os pais que oferecem suporte emocional e que ao mesmo tempo apresentam controlo sobre os seus filhos, são os mais comuns entre os portugueses com crianças em idade escolar. Também verificou que os níveis mais elevados de suporte e controlo emocional eram mais frequentes nas práticas parentais das mães. Para Cruz (2013), os processos afetivos entre pais e filhos, estão ligados ao domínio emocional das interações. As emoções parentais podem ser indicadoras de qualidade do ambiente familiar, sendo assim cruciais para a regulação do comportamento humano.

Hoghugh (2004), indica que as práticas parentais têm um forte impacto na capacidade de resiliência da criança. As práticas parentais, estão relacionadas com os comportamentos ou estratégias que os pais exercem nas suas responsabilidades parentais e tentam demonstrar aos filhos como é que os pais pretendem que os filhos se comportem e reajam em determinadas situações. Os estilos parentais são o conjunto de atitudes independentes dos comportamentos que os pais adotam face à criança, e têm influência na qualidade das interações e nas relações entre os próprios pais com os seus filhos (Darling & Steinberg, 1993).

Num estudo recente, Lopes e Dixe (2012) mencionam que o envolvimento parental e o suporte familiar são sinónimos de práticas parentais mais positivas. Referem, também, que é necessário que a parentalidade seja exercida de forma positiva. Contudo, para isso é necessário que exista um bom relacionamento com a criança, que exista uma relação segura, uma preocupação com a mesma e que o interesse da criança seja o mais importante, possibilitando um crescimento saudável, uma boa educação e capacitação, por intervenção de imposição de limites e sem recurso à violência. Deste modo, a parentalidade positiva relaciona-se com a utilização de recursos e redes de apoio, do respeito, do afeto e do amor, durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, com a finalidade, promover uma maior autoestima e autoconfiança, fundamentais nos primeiros anos de vida do indivíduo (American Academy of Pediatrics, 2005).

Concluiu-se que a parentalidade consiste nas ações parentais (comportamentos, atitudes) e estratégias utilizadas com o objetivo de assegurar o desenvolvimento saudável da criança, tendo qualidade de vida e bem-estar melhor possíveis. É esperado dos pais ou cuidadores que ajudem no desenvolvimento da criança a todos os níveis (físico, psicológico e social), agindo como facilitadores do processo de crescimento e desenvolvimento, desde que a criança nasce, até à idade adulta (Barroso & Machado, 2010). Os pais são responsáveis pela preparação destas crianças para o mundo e para as dificuldades que vão enfrentar durante o seu desenvolvimento, sendo necessário desempenhar um papel ativo e desenvolvendo estratégias de ajuste (Bornstein, 2002).

Parentalidade e COVID-19

A pandemia do COVID-19 é considerada um ambiente stressore, desde o confinamento social, da experiência coletiva da pandemia, às infeções virais pelo Sars-

Cov-2 e respetivos tratamentos antivirais (Vigo et al., 2020). A intensidade do distanciamento social, a qualidade das relações familiares e o tempo de duração deste isolamento são variáveis importantes na avaliação dos prejuízos emocionais dessa medida (Brooks et al., 2020).

As manifestações clínicas do COVID-19 de acordo com a faixa etária (dos zero aos nove anos e dos dez aos 19 anos) compreende sintomas clínicos mais comuns como, febre, tosse e respiração rápida, cefaleia, diarreia, rinorreia, náusea e vômito, dor abdominal, perda do olfato ou do paladar (SNS, 2019). Quanto aos sinais e sintomas respiratórios, os mais frequentes são, as gripes/constipações comuns e infeção das vias aéreas superiores, coriza, obstrução nasal, prurido nasal, odinofagia, tosse, laringite e faringite com ou sem febre. A nível respiratório inferior, as manifestações são semelhantes aos quadros clássicos de pneumonia, bronquite e bronquiolite, broncoespasmo, taquipneia, dispneia, hipoxemia e insuficiência respiratória (SNS, 2019). Destaca-se, que crianças e adolescentes com patologias pulmonares subjacentes (doença pulmonar crónica e/ou asma grave) podem ter apresentações mais severas (OMS, 2019).

Segundo a OMS (2019), as crianças com menos de um ano de idade e aquelas que possuem condições crónicas de saúde concomitantes foram aquelas mais suscetíveis à necessidade de internamento hospitalar. Hoang et al., (2020) encontraram na revisão sistemática da literatura (com 7768 pacientes) 3,3% de internação em terapia intensiva, com tempo médio de internamento hospitalar de 11,6 dias e 35% de condições crónicas associadas, dentre as quais destacam-se doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares e outras malformações congénitas complexas.

As crianças e adolescentes de qualquer faixa etária são suscetíveis à infeção pelo SARS-CoV-2. Dong et al., (2020) e Wang et al., (2020) relataram uma média de sete anos

na população estudada. Enquanto, os dados americanos (CDC, 2020), descreveram uma média mais elevada, nos 11 anos, com a maior parte dos casos entre dez e 17 anos (59%). Hoang et al., (2020) encontraram na revisão sistemática da literatura a média de oito, nove anos de idade. Ainda refere, uma ligeira predominância do sexo masculino (55%) e 75% dos casos ocorre no interior do domicílio sintomático.

A literatura refere que crianças e adolescentes não são indiferentes ao impacto da pandemia COVID-19 quando considerada a dimensão mental (Wang et al., 2020). A partir de questionários *online* respondidos por pais numa amostra de 320 crianças e adolescentes (três a 18 anos) Jiao et al., (2020), identificaram a presença dos seguintes sintomas e condições: dependência excessiva dos pais (36%), desatenção (32%), irritabilidade (31%), preocupação (29%), pedidos constantes de atualização (28%), medo de adoecimento de familiares (21%), problemas de sono (21%), hiporexia (18%), pesadelos (14%), desconforto e agitação (13%). Ainda que a triagem não tenha permitido um diagnóstico final, os autores puderam avaliar uma maior gravidade nos sintomas de dependência, desatenção e irritabilidade.

Orgilés et al., (2020) verificaram que 85,7% dos 1143 pais espanhóis e italianos relataram mudança no comportamento de seus filhos (três a 18 anos) durante o confinamento. Os dados do estudo foram obtidos *online*, apontaram a dificuldade de concentração como o principal sintoma na amostra (76,6%), tédio (52%), irritabilidade (39%), nervosismo (38%), sentimentos de solidão (31%) e preocupações (30,1%). Um dado relevante dessa publicação foi a correlação da importância dos sintomas nas crianças e adolescentes conforme a descrição de stressores nos pais, corroborando a associação entre os sintomas familiares e ambientais com os sintomas infantojuvenis (Bronfenbrenner, 1996).

Um inquérito *online* conduzido por Xie et al., (2020) respondido por 2330 estudantes chineses identificaram a prevalência de sintomas depressivos em 22,6% e de sintomas ansiosos em 18,9% dessa amostra. Os autores argumentam que o aumento dessa prevalência está associado às privações sociais e pela redução de atividades ao ar livre, sugerindo que a pandemia influencia diretamente a saúde mental de crianças e adolescentes.

As famílias precisaram adaptar-se para restaurar alguma normalidade em casa neste difícil momento. A suspensão das atividades escolares, atividades remotas do trabalho e da escola, perda do convívio com amigos, familiares e instituições que compartilhavam o cuidado e organização social, estas mudanças tiveram impacto na vida das famílias (Ren et al., 2020). As famílias ficaram privadas da sua habitual rede de apoio com a pandemia. A falta e/ou a mudança dessa rede resultaram em restrição de interações para as crianças, intensificando o convívio no núcleo familiar. Muitos pais podem sentir-se sobrecarregados com as suas atividades domésticas, com o trabalho, bem como com as novas ações das crianças. Por outro lado, esse maior convívio pode representar uma possibilidade para os pais estarem mais tempo com os seus filhos, numa maior interação, o que pode permitir que se conheçam melhor e reforcem um vínculo fundamental para o desenvolvimento infantojuvenil (Fiocruz, 2020).

Uma forma possível de prevenir repercussões negativas na saúde mental é através da intervenção sobre os stressores ambientais do contexto de cada jovem. Reconhecer as vulnerabilidades, os fatores de risco e os de proteção é uma estratégia preciosa (Thapar et al., 2015). A resiliência, capacidade de dar sentido e de transformar positivamente as experiências de vida ainda que negativas, é individual e deve ser procurada (Cyrulnik,

2004). A promoção da saúde mental, cuidados com o sono, atividade física e adaptação ao *stress* são essenciais (WHO, 2005).

Fiocruz (2020), crianças e adolescentes com comorbidades físicas e mentais e problemas de desenvolvimento, é fundamental um serviço de auxílio e/ou de apoio por parte das famílias. As crianças e adolescentes com condições crônicas e complexas e/ou portadoras de perturbações mentais, sendo dependentes de diferentes tecnologias, não podem ter assistência interrompida, principalmente as que fazem uso regular de psicotrópicos. As equipas multidisciplinares devem tentar melhorar a forma de estabelecer a manutenção e a prioridade na atenção desse grupo, como os atendimentos remotos, evitar cenários de agudização e internações (Vigo et al., 2020).

Nos hospitais, durante o COVID-19 os profissionais de saúde foram constantemente expostos a situações novas e adversas, a sobrecarga a diversos níveis (e.g. carga horária), ao medo, à instabilidade nos cuidados prestados. Os cuidados hospitalares, em caso de internamento pediátrico durante a pandemia, as visitas de familiares e a presença de acompanhante eram restringidas (Fiocruz, 2020). O forte e prolongado *stress* pode aumentar o risco de perturbações psiquiátricas. Estratégias como a construção de diários e a visita virtual garantindo a comunicação com pais e familiares podem ajudar (Liu et al., 2020).

Os temores sobre a pandemia, a sobrecarga de tarefas domésticas, a intensa convivência familiar, a ausência de emprego, a renda ou prestação de casa e a sensação de impermanência diante da realidade que se impôs, podem gerar ou agravar conflitos que já ocorriam em muitos lares, sendo crianças, adolescentes, adultos, idosos e pessoas com deficiências, mais vulneráveis nessa correlação de forças (Liu et al., 2020).

Doenças infecciosas como a COVID-19 podem trazer perturbações ao ambiente onde as crianças crescem e desenvolvem, que pode gerar impactos nocivos no seu bem-estar e ambiente de proteção, gerados pelas alterações na rotina diária, no quotidiano das famílias e nas relações sociais e comunitárias (World Vision, 2020). Outra dimensão importante diz respeito à intensificação da sociabilidade digital durante a pandemia, que num curto espaço de tempo tornou-se para uma parte da população o meio disponível para interações sociais, incluindo atividades remotas de trabalho e educação (aulas *online*), marca também a diferenciação do acesso relacionado às condições de vida (WHO, 2020).

Saúde Mental e Pandemia

A OMS em 18 de março de 2020, emitiu uma declaração com considerações estimulando ações globais focadas no bem-estar psicossocial relacionadas com a crise pandémica do COVID-19, bem como alertou autoridades e profissionais da saúde sobre as consequências potenciais na saúde mental provocadas por essa emergência sanitária (WHO, 2020). No âmbito da saúde mental, uma das dimensões básicas da vida, a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde mental fazem parte da prática de todo agente de saúde (Almeida et al., 2019). Dada a complexidade envolvida na definição de saúde mental infantojuvenil, a OMS, refere a capacidade de adaptação, em manter um bom funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. Auxilia o jovem a compreender e interpretar o mundo que está à sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade (WHO, 2005).

Relativamente à capacidade de adaptação sobre experiências como pandemias, catástrofes naturais, guerras e acidentes, considerados como desastres, estes são explicados como eventos traumáticos em larga escala, capazes de alterar os sujeitos

individual e coletivamente, de forma micro e macrossocial (Howen et al., 2019). Estima-se que cerca de um terço de uma população exposta a um desastre, como a COVID-19, pode apresentar manifestações psicopatológicas se nenhuma intervenção psicossocial for realizada (Fiocruz, 2020).

Partindo da ideia de que poucos eventos moldaram as sociedades como os surtos epidémicos e vivenciado a primeira catástrofe infecciosa após a tragédia da Gripe Espanhola (Huremovic, 2019) é mais fácil explicar muitas das incertezas e receios dessa experiência que vivemos em tempo real. A constatação dos inúmeros desafios psicossociais introduzidos e potencializados pela COVID-19 justifica a preocupação como uma fase da pandemia, caracterizada pelo predomínio de sofrimento psíquico e questões emocionais, com eventual repercussão física e imunológica (Fegert et al., 2020).

De acordo com o modelo bioecológico para o desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996) é ilustrado como os diferentes ambientes e relações sociais no tempo e no espaço interrelacionam-se e são constituintes fundamentais na equabilidade entre fatores de risco e fatores de proteção para a compreensão da influência dos stressores ambientais no ser humano. O *stress* pode ser um desafio importante para o desenvolvimento (Vaz-Serra, 2000). De uma forma genérica, o *stress* é uma resposta do nosso corpo às pressões inerentes a uma situação ou evento. O que contribui para o *stress* pode ser diferente de pessoa para pessoa, variando ainda, em função das circunstâncias sociais e económicas, do ambiente em que vivemos e da nossa constituição genética (Centre for Studies on Human Stress, 2021). Existem dois tipos de *stress*, o *stress* positivo e o *stress* negativo. O *stress* positivo, pode ser um *stress* aceitável, que nos move para a resolução dos acontecimentos, enquanto, o *stress* tóxico, bloqueia e não se tem capacidade de lidar com os acontecimentos e fuga dos mesmos. Ninguém é forte o tempo

todo e os momentos emocionais difíceis devem ser compreendidos e respeitados (Vaz-Serra, 2000).

Existe um processo de luto pela perda da liberdade, pela ausência da escola, dos amigos que é necessário ser vivido. Medos, preocupações, alterações de sono, apetite e no humor são esperados em algum momento durante esse período (Fegert et al., 2020; Fiocruz, 2020).

O confinamento e o isolamento social causaram mudanças rápidas e dramáticas nos papéis dos pais. O encerramento repentino de escolas e creches e a perda de apoio doméstico, que ocorreram abruptamente na maioria dos países, forçou os pais a novas rotinas de vida diária nas quais eles tiveram que enfrentar os desafios de cuidar e educar as crianças em tempo integral, enquanto trabalhavam simultaneamente em casa (Pett et al., 2020). Os desafios da transição para o *home office* parecem ter sido particularmente stressantes para os pais, que lutaram para manter a fronteira entre trabalho e responsabilidade doméstica (Yamamura & Tsutsui, 2021). As mães foram as principais afetadas por essas mudanças dramáticas no trabalho e na vida familiar, pois são as mais propensas a suportar com os encargos da pandemia devido às suas responsabilidades desproporcionais entre o trabalho e o de cuidar (Collins et al., 2020; Petts et al., 2020).

A exposição a eventos de vida stressantes, importantes e imprevisíveis, geralmente aumentam o risco de sofrimento psicológico, principalmente para indivíduos que têm um papel parental (Malia, 2006). A literatura sobre pandemias anteriores (Patterson, 2004), confirma que os pais que estão expostos durante extensas medidas de contenção de doenças impõem uma vasta rede de fatores de risco que influenciam a sua saúde mental e bem-estar. Bem como, sobre os problemas de saúde mental dos pais após pandemias anteriores (e.g. SARS, gripe H1N1), relataram aumento de problemas

psicológicos entre os pais, incluindo ansiedade elevada, vigilância, preocupação excessiva e medo (Dodgson et al., 2010; Fong & Larocci, 2020; King et al., 2018). Fontes comuns de *stress* e ansiedade para os pais incluíam níveis elevados de *stress* relacionados à família, preocupações com os impactos na saúde dos seus filhos e falta de contato com os infetados pela doença (King et al., 2018).

Estudos sobre stressores relacionados ao COVID-19 relatam que pais dos EUA experimentaram níveis significativamente mais altos de *stress* durante a crise do COVID-19 do que os que não são pais, quase metade dos pais (46%) relatam níveis de *stress* mais elevados (APA, 2020). Também, níveis clinicamente alarmantes de *stress* parental (Calvano et al., 2021; Marchetti et al., 2020) e uma alta prevalência de depressão e ansiedade graves (Lee et al., 2021). Estudos longitudinais também indicam que a pandemia teve um impacto imediato na saúde mental dos pais, que não retornou aos níveis pré-pandemia mesmo após o fim do confinamento (Adams et al., 2021), indicando que a carga substancial e o *stress* relacionados à pandemia pode ter consequências de longo prazo para a saúde mental.

A relação entre *stress* parental e sintomas de depressão e ansiedade foi, em geral, confirmada por diversos estudos (Rollè et al., 2017). Os pais relataram níveis mais elevados de sobrecarga do cuidador durante os primeiros meses da pandemia de COVID-19 e, também, revelaram níveis mais elevados de sintomatologia de ansiedade e depressão (Russell et al., 2020). E, o aumento dos stressores relacionados ao COVID-19 e a sintomatologia elevada de ansiedade e depressão foram associados a níveis mais elevados de *stress* parental (Brown et al., 2020).

Noutros estudos recentes revelaram, que as mães relataram níveis de *stress* significativamente mais elevados, mais esgotamento parental e menor bem-estar do que

os pares do sexo masculino (Cusinato et al., 2020; Kowal et al., 2020; Marchetti et al., 2020; Spinelli et al., 2020). Os níveis de *stress* percebido também parecem aumentar com o número crescente de crianças em casa durante o confinamento (Kowal et al., 2020). Por outro lado, estar num relacionamento íntimo parece desempenhar um papel protetor, permitindo o enfrentamento diário durante a pandemia de COVID-19, pois indivíduos casados ou em coabitação relataram níveis mais baixos de *stress* do que indivíduos solteiros (Kowal et al., 2020; Odriozola-González et al., 2020).

A exposição a mudanças rápidas aumenta a angústia e os encargos do papel parental em função do bloqueio também pode afetar a maneira como os pais lidam com stressores relacionados à pandemia. Enquanto algumas estratégias podem servir como estratégias de proteção, regulando as emoções negativas associadas ao *stress* e reduzindo as consequências negativas dos stressores (Seiffge-Krenke, 2000). Achterberg et al., (2021) relata que o *stress* relacionado ao COVID-19 percebido nos pais e nos seus filhos está associado a estratégias de confronto e resolução de problemas mal-adaptadas. O desenvolvimento de comportamentos desajustados (e.g. preocupação e ruminação) e crenças metacognitivas positivas sobre a preocupação (e.g. a preocupação ajuda a lidar) parecem desempenhar um papel proeminente para o desenvolvimento da ansiedade (Ryum et al., 2017) e podem, por sua vez, tornar-se um fator de risco na gestão do ajustamento psicossocial ao sofrimento psíquico (Capobianco et al., 2020; Wells, 2009).

O *stress* na pandemia está relacionado à perda repentina de familiares, amigos, parentes e colegas, vizinhos ou familiares identificados com positivo do COVID-19. O *stress* relacionado com distanciamento social e apoios sociais limitados, domiciliar ou hospitalar com isolamento social, minimizar relações sociais ou comunicação, exposição à perturbação de *stress* pós-traumático durante os momentos críticos (Achterberg et al.,

2021). Estudos sugerem que também o *stress* parental pode ter efeitos prejudiciais nas crianças, tanto a nível emocional como comportamental (Romero et al., 2020; Setti et al., 2020). Esses estudos concentraram-se no sofrimento psicológico geral dos pais (e.g. depressão e ansiedade) e ainda pouco se sabe sobre o impacto específico do confinamento domiciliar do COVID-19 no *stress* parental, nos seus preditores e na influência nos comportamentos externalizantes da criança (Romero et al., 2020).

As famílias caracterizadas por níveis mais elevados de *stress* parental e perda de emprego relataram um aumento de crianças que testemunharam violência doméstica e abuso emocional verbal durante a pandemia (Calvano et al., 2021). Além disso, níveis mais elevados de *stress* parental foram associados ao aumento da ocorrência de pais severos (Chung et al., 2020). Os pais também relataram interações negativas mais frequentes com seus filhos devido à pandemia em termos de conflitos e aumento da hostilidade (Achterberg et al., 2021).

Apesar do crescente corpo de literatura confirmando os profundos efeitos deletérios do COVID-19 na saúde mental dos pais e nos resultados do sistema familiar, alguns pais parecem lidar com sucesso com os riscos significativos e relataram aspectos positivos da pandemia relacionados à vida pessoal ou familiar, incluindo um ritmo de vida mais lento e um aumento do tempo em família (Calvano et al., 2021; Lee et al., 2021). Na perspectiva da teoria do *stress* familiar, as famílias que se envolvem em processos ativos para equilibrar as questões familiares, têm sucesso e facilitaram o processo de ajuste e adaptação ao *stress* familiar (Patterson, 2004). Estratégias de resposta bem-sucedidas podem ser implementadas para aliviar os efeitos prejudiciais do *stress* parental, *burnout* e sintomas psicopatológicos, que podem afetar a maneira como o sofrimento emocional e a preocupação são abordados.

Um estudo recente descobriu que o confinamento afetou negativamente os comportamentos de movimento e brincadeiras em crianças e jovens (Moore et al., 2020) devido ao acesso limitado a espaços ao ar livre. Portanto, a possibilidade de usar espaços pessoais ao ar livre dentro de casa pode, em certa medida, ter reduzido o impacto do confinamento domiciliar, permitindo atividades motoras e lúdicas saudáveis. A quantidade de tempo que os pais poderiam dedicar às atividades compartilhadas com seus filhos pode ter moderado o sofrimento dos pais e dos filhos (Moscardino et al., 2021). De facto, como consequência do confinamento, o tempo gasto pelos pais com os filhos aumentou enormemente na maioria das famílias, mas muitas vezes os pais tiveram que realizar outras atividades enquanto cuidavam dos filhos. Descobriu-se recentemente que o envolvimento dos pais nas atividades infantis está associado a um maior *stress* parental durante o confinamento domiciliar do COVID-19 (Setti et al., 2020).

A autoeficácia dos pais e o apoio social percebido podem servir como fortes fatores de proteção e contra o *stress* parental e a capacidade dos pais de fornecer uma parentalidade de qualidade, mesmo quando enfrentam grandes desafios (Crnic & Ross, 2017). Estudos recentes sugerem que a autoeficácia e o apoio social atuaram como fatores de proteção que moderaram a influência negativa do *stress* e da ansiedade excessiva entre os pais durante a pandemia de COVID-19 (Morelli et al., 2020; Oppermann et al., 2021; Ren et al., 2020).

Preocupações Parentais

As preocupações parentais podem coexistir nas mais diversas áreas, desde a saúde, a educação, o desenvolvimento e comportamento dos filhos. Por outro lado, a preocupação excessiva ou a ausência de preocupação dos pais pode reforçar

comportamentos normativos originando perturbações psicopatológicas (Algarvio et al., 2010).

Estes estudos e resultados apresentados são estudos pré-pandemia. O estudo de Algarvio et al., (2010) teve como objetivo comparar preocupações parentais de pais de crianças do sexo masculino e de pais de crianças do sexo feminino. Neste estudo participaram 2972 pais de crianças com idades compreendidas entre os três e os 10 anos de idade. Verificou-se uma maioria significativa de mães participantes, 64.1%, valor demonstrativo de um maior envolvimento das mães na educação dos filhos. Este resultado é semelhante ao encontrado noutros estudos de preocupações parentais realizados em contextos de doença física e mental (Prigatano & Gray, 2007; Kulkarni, 2007) e em contexto educativo (Cornish, 2006). Pais e mães têm as mesmas preocupações relativamente aos problemas familiares e preocupações escolares. Os pais de crianças de sexo feminino preocupam-se mais do que os pais de crianças do sexo masculino exceto em relação aos comportamentos negativos. Este resultado é o único onde a preocupação dos pais é maior nos rapazes do que nas raparigas e poderá estar associado a uma maior predominância de comportamentos negativos nos rapazes na população normativa, resultado já observado por Seidell (2000) num grupo de controlo. Encontrou-se ainda uma maior intensidade de preocupação das mães comparativamente aos pais, resultados semelhantes aos encontrados em estudos anteriores (Peterson, 1977; Algarvio et al., 2010). Na subescala das preocupações escolares e familiares, geram grande preocupação tanto para o pai como para a mãe (Algarvio & Leal, 2005) é revelador de uma maior preocupação com questões ligadas à parentalidade.

Um estudo desenvolvido muitos anos antes da pandemia pelo National Survey of Children's Health (2003), no estudo os resultados obtidos indicaram que 41% dos pais

demonstraram preocupação relativa a dificuldades de aprendizagem, enquanto 36% revelaram preocupação relativamente a ansiedade e depressão por parte dos filhos. Concluiu-se que crianças com problemas de desenvolvimento apresentaram uma autoestima mais baixa, maior ansiedade e depressão, mais problemas de aprendizagem, e um menor envolvimento em atividades comunitárias e desportivas. Os cuidadores experienciam mais dificuldades a nível de empregabilidade, relação pais-filho, competências parentais, *stress* e sobrecarga e também a nível das instituições educativas e de apoio (Blanchard et al., 2006).

Num estudo antes da pandemia desenvolvido por Restall e Borton (2009), realizado no Canadá, relativamente a crianças com idade do pré-escolar, identificou preocupações relativas ao desenvolvimento da criança nos seguintes domínios global/cognitivo, linguagem expressiva e articulação, linguagem recetiva, motricidade fina, motricidade global, comportamento, social/emocional, autoajuda, escola e saúde. Os autores referem que ao descobrir as perceções dos cuidadores, contribuíram para a construção da confiança entre cuidadores e seus filhos e para a identificação de crianças em risco devido a um desenvolvimento pobre (Restall & Borton 2009).

Além disso, as preocupações dos pais sobre os problemas das crianças devem ser atendidas desde o início, caso contrário podem resultar num funcionamento e relacionamento familiar prejudicados (Lampe et al., 2008). O estudo de Glascoe et al., (1991) mostraram que as preocupações dos pais eram altamente sensíveis em relação aos problemas de desenvolvimento e comportamento das crianças. Esses resultados reforçaram a importância de despertar as preocupações dos pais em ambientes de saúde. Outro estudo, de Slater et al., (2010) sobre as preocupações dos pais, relataram elevadas frequências de preocupação com a contribuição dos próprios pais para o bem-estar de

seus filhos, relações familiares, comportamentos negativos da criança (Akister & Johnson, 2002) alimentação e sono (Stickler et al., 1991).

As preocupações dos pais foram consideradas um sinal de interesse pelas necessidades da criança, pois influenciam o comportamento parental, promovendo práticas parentais mais saudáveis. Além disso, eles foram preditivos de resultados positivos para o comportamento infantil (Lampard et al., 2008). Quando essas preocupações parentais são excessivas, podem promover um comportamento mais controlador e restritivo dos pais, o que pode levar a uma rutura nos processos de independência e autonomia da criança, bem como a resultados negativos para a personalidade e comportamento da criança (Soenens et al., 2010). Para além disso, essas preocupações excessivas estavam relacionadas a uma baixa adesão aos tratamentos médicos da criança (Conn et al., 2005). A falta de preocupação também estava relacionada à baixa adesão às estratégias de prevenção, (e.g. na obesidade infantil) (Lampard et al., 2008), e aos resultados negativos para a personalidade e comportamento da criança (Anhalt & Morris, 2008). A preocupação excessiva ou a ausência de preocupação dos pais pode reforçar comportamentos normativos originando perturbações psicopatológicas (Algarvio et al., 2010)

Stress e Stress Percecionado

Existem diversas razões que podem influenciar negativamente o ambiente familiar e aumentar o impacto familiar de um filho, causando algum *stress* parental. Algumas razões principais são: a conjuntura económica atual, as dificuldades financeiras, a realização profissional e pessoal, o facto de os avós não estarem disponíveis para cuidar dos netos. Conciliar a vida familiar com a vida profissional, não é fácil porque existem muitas dificuldades inerentes a este contexto (Bayle & Martinet, 2008).

O *stress* está relacionado com estados emocionais, provenientes de reações a mudanças ocorridas na vida de um indivíduo. (Morgado et al., 2017). O *stress* apresenta-se como uma sensação que uma pessoa experiencia quando não possui recursos necessários para fazer face às exigências ou às ameaças ao seu bem-estar (Guerreiro et al., 2007). O *stress* excessivo pode reverter-se numa potencial doença, no entanto, também pode ser considerado como uma forma de defesa adaptativa para o indivíduo (Vaz Serra, 2007). A exposição a um ou mais eventos stressantes um indivíduo pode desenvolver a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Wimalawansa, 2014). Quando um indivíduo entra em *stress* desenvolve um conjunto de estratégias (centradas no problema, nas emoções ou na aquisição de apoio social) e estratégias de *coping* (o termo *coping* refere-se às estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para gerir a relação problemática pessoa-ambiente), que têm como finalidade resolver a relação que está em desequilíbrio/conflito entre a pessoa e o meio ambiente, bem como atenuar as sensações negativas criadas pela situação (Vaz-Serra, 2003).

De uma forma genérica, o *stress* é uma resposta do nosso corpo às pressões inerentes a uma situação ou evento. O que contribui para o *stress* pode ser diferente de pessoa para pessoa, variando ainda, em função das circunstâncias sociais e económicas, do ambiente em que vivemos e da nossa constituição genética (Centre for Studies on Human Stress, 2021). Quando somos confrontados com o *stress*, o nosso corpo produz hormonas que vão desencadear uma resposta de fuga ou luta, ativando o nosso sistema imunitário, ajudando-nos a responder de forma rápida a situações perigosas (Mental Health Foundation, 2021).

O *Stress* Percecionado, é o resultado da reflexão ou da avaliação global da importância e da dificuldade em lidar com desafios pessoais e ambientais. Pesquisas

indicam que o *stress* percebido está associado à ansiedade e à depressão (Bergdahl & Bergdahl, 2002). O conceito de *stress* pode ser caracterizado pela própria relação que o indivíduo desenvolve com o meio, resultando da percepção que cada um tem face aos desafios do dia-a-dia. Quando a pessoa tem dificuldade em desenvolver capacidades de defesa para o seu bem-estar, podendo ocorrer vários níveis de desequilíbrio, a nível fisiológico (hormonal, neuronal e imunológico), psicológico (cognitivo, emocional e comportamental) e social (trabalho, família e comunidade) (Ramos, 2001). Contudo, o *stress* pode ser visto como uma forma adaptativa e necessária de defesa para a pessoa (Costa, 2011). Vaz-Serra, (2007) classifica o *stress* como benéfico e prejudicial, em que o primeiro é ultrapassado com êxito, pois por vezes é sentido como um estimulante, (promove o desenvolvimento pessoal) e o segundo perturba prolongadamente a estabilidade do indivíduo.

O *stress* depende da apreciação do indivíduo (positiva ou ameaça). Uma percepção distorcida faz com que o *stress* aumente, nomeadamente quando o sujeito não tem controle sobre o que está a acontecer e por não possuir competências necessárias para as exigências do meio (Pinto & Silva et al., 2005). Quando um indivíduo entra em *stress*, ocorre um processo de ativação que envolve todo o organismo. Desta forma, o *stress* interfere nos mecanismos biológicos e cognitivos, induzindo assim emoções que fazem com que se observe uma alteração de comportamento. Quanto maior for a intensidade da circunstância indutora do *stress* no organismo e dependendo do tempo de duração, mais

acentuadas serão as alterações sofridas pelo *stress*. Neste sentido, as repercussões que se fazem sentir no ser humano pelo *stress*, interferem no bem-estar e na saúde física e mental do indivíduo (Vaz-Serra, 2007).

Stress Parental

O *stress* parental pode ser caracterizado como uma reação psicológica que origina sentimentos negativos em relação ao próprio ou à criança (Bayle & Martinet, 2008). Os principais sintomas do *stress* parental são: alterações de comportamento, emocionais e cognitivos, oriundos de sentimentos de ansiedade, depressão, pensamentos obsessivo-compulsivos e queixas somáticas (Berry & Jones, 1995).

Vieira et al., (2012), definem o *stress* parental, oriundo da percepção de uma tensão excessiva, entre os recursos do indivíduo e das exigências parentais, tendo impacto na homeostasia familiar. Cuskelly et al., (2008) defendem que o *stress* é intrínseco à parentalidade, uma vez que todos os pais experienciam situações de *stress* provenientes da exigência dos recursos emocionais e físicos. Desta forma, o *stress* surge como uma resposta emocional dos pais face às exigências parentais, assim como às características da criança, nomeadamente do seu temperamento e personalidade (Cuskelly et al., 2008).

A parentalidade exige um elevado grau de responsabilidade. Criar e educar filhos é um processo complexo, não se limita apenas à satisfação das necessidades básicas, mas também ao desenvolvimento de competências e ferramentas essenciais para um crescimento saudável que lhes permita um funcionamento adequado e adaptado à sociedade (Costa, 2011). A parentalidade, é uma mudança na vida e proporciona momentos únicos, inesquecíveis e gratificantes aos progenitores, confrontando-os igualmente com novas responsabilidades e exigências que representam um risco para um

aumento do *stress*, o que por vezes contribui para uma deterioração da saúde, bem como o bem-estar parental e consequências nas competências cognitivas, emocionais e comportamentais da criança. Por um lado, dá um sentido de propósito e significado à vida, traz satisfação, gratificação e sentimentos de realização e bem-estar. Por outro, as responsabilidades e exigências de educar crianças/adolescentes saudáveis e com bem-estar também podem desafiar os limites, gerar *stress* e sentimentos de sobrecarga. (Santos, 2008).

Mallers et al., (2010) afirmam que o aumento de *stress* poderá contribuir para o desenvolvimento pobre da regulação emocional das crianças tornando-as mais propensas ao *stress* emocional da vida adulta. Níveis elevados de *stress* podem afetar o bem-estar psicológico, o desempenho, o comprometimento das responsabilidades e ações parentais dos progenitores, que poderá ter repercussões no comportamento adotado face à criança (Arrais, 2012). No estudo de Gewirtz e Zamirt (2014), os autores verificaram que quanto menos stressados forem os progenitores, melhor será o ambiente oferecido por eles à criança, existindo uma correlação negativa entre o *stress* parental e o ambiente onde as crianças crescem. Costa (2011), afirma que à medida que o suporte social aumenta, os níveis de *stress* diminuem, apesar da perceção do suporte social variar consoante o género da figura parental, as mães revelam mais *stress* do que os pais.

Relativamente às causas do *stress* parental, este é considerado como multideterminado, pelos diversos contextos e fatores da personalidade, características específicas e desenvolvimento da criança, e que tem consequências no comportamento dos pais e conseqüentemente, no desenvolvimento da criança, contexto social (e.g. relação pai-filho, relação conjugal, ambiente profissional e rede de apoio social) (Arrais, 2012). Pode-se concluir, que o *stress* resulta de acontecimentos difíceis de gerir, em que

os recursos físicos e psicológicos que os pais têm à sua disposição são limitados (Abidin, 1990). Esses acontecimentos experienciados e vivenciados com grande intensidade e frequência, podem potencializar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional, afetando o bem-estar dos filhos (Santos, 2008).

De acordo com Johansson et al., (2016), os profissionais de saúde infantil devem estar atentos ao *stress* parental após o primeiro ano de vida da criança. A percepção subjetiva dos pais de que as exigências da parentalidade são superiores aos recursos disponíveis, que por sua vez, afetará o bem-estar da criança (Leung & Tsang, 2010). Os pais vivenciam altos níveis de *stress* parental quando consideram que têm baixa eficácia para lidar com os comportamentos do filho e ao mesmo tempo pensam que a criança não se deve comportar mal (Gavita et al., 2014). Para além disso, a percepção subjetiva dos pais quando o comportamento do filho como problemático, mesmo quando o comportamento do filho é normativo, é predito por níveis mais elevados de *stress* parental (Hughes et al., 2015). Níveis elevados de *stress* parental têm sido associados a atitudes e práticas parentais negativas que afetam negativamente o bem-estar da criança. Estes incluem o uso de práticas parentais duras (Mortensen & Barnett, 2015), menor envolvimento paterno (Simões et al., 2010), menor funcionamento familiar (Caldwell et al., 2007), níveis mais baixos de conflito familiar, menor senso de coerência e menos contentamento com a vida (Everson et al., 2013).

Existem stressores gerais que aumentam os níveis de *stress* dos pais, (e.g. desemprego ou dificuldades financeiras), stressores familiares, como divórcio ou sofrimento conjugal (Baker et al., 2001), stressores de crianças ou adolescentes, com deficiências e problemas de desenvolvimento (Huang et al., 2014) e problemas de saúde mental (Bode et al., 2016). Além disso, tanto os stressores da criança quanto o *stress* dos

pais têm um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde física e mental paterna (Huang et al., 2014).

A relação entre o *stress* dos pais e o funcionamento de seus filhos é complexa e transacional. O nível de *stress* experimentado pelos pais e pela criança parece influenciar tanto os pais como a criança bem como, o funcionamento familiar (Brotman et al., 2007). Baker et al., (2003) consideraram que um modelo transacional ajudaria a explicar a relação entre o *stress* parental e os problemas comportamentais dos filhos. As descobertas dos autores revelaram que altos níveis de *stress* dos pais contribuíram para um agravamento dos problemas de comportamento infantil ao longo do tempo e elevados problemas de comportamento infantil contribuíram para um agravamento do *stress* dos pais.

Qualidade de vida da criança e do adolescente

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se à qualidade de vida (QV) como sendo um conceito multidimensional de saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948), englobando a percepção do indivíduo sobre a sua vida, os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994) principalmente quando se fala do futuro das novas gerações, dando assim um maior foco aos primeiros anos de vida do indivíduo (Goes & Barros, 2015). Ao contrário do modelo médico tradicional, inclui aspectos ao nível do bem-estar físico e da funcionalidade, do bem-estar mental e social e da interdependência entre estes níveis (Seidl & Zannon, 2004). Portanto a saúde deixou de estar ligada apenas a doenças ou deficiências, mas também a dimensões físicas, mentais e sociais (Septans, 2014). Desta forma, a OMS realizou um programa de saúde mental, em que foi explorado o termo QV, bem como a sua importância, de forma a poder

ser utilizada para avaliar a própria QV das pessoas em diferentes culturas e permitir medir diferenças ao longo do tempo, em resposta a circunstâncias de mudança de vida, sendo a sua definição uma das principais dificuldades deste tema (WHO, 2012).

Enquanto construto multidimensional, a QV engloba a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, grau de independência, interações sociais, crenças pessoais e a relação do indivíduo com o seu meio ambiente (WHO, 1997). Esta definição também reflete a perspectiva de QV enquanto construto subjetivo, imerso num contexto cultural, social e ambiental (Fleck, 2006). No que concerne à multidimensionalidade (Soares et al., 2008), refere que o construto inclui diferentes dimensões: física (perceção da pessoa sobre a sua condição física), psicológica (perceção da pessoa sobre a sua condição afetiva e cognitiva) e social (perceção da pessoa sobre as suas relações e papéis sociais adotados na vida). Quanto à subjetividade, considera a perceção da pessoa em cada uma das dimensões relacionadas à QV.

Para Pereira et al., (2012) a QV deixa de estar relacionada apenas com o bem-estar e a saúde do indivíduo. Os fatores económicos, o percurso desenvolvido pelo indivíduo, passaram também a estar presentes no próprio conceito e definição de QV. Loureiro e Miranda, (2016) consideram que a QV também esteja relacionada com a capacidade de adaptação e autogestão. Galinha & Ribeiro, (2005) descrevem a QV baseando-se em noções frequentemente relacionadas à felicidade, ao bem-estar subjetivo e material e ao grau de satisfação com a vida. Pode agregar diversos elementos, como elementos objetivos (ambiente de vida, nível socioeconómico), subjetivos (felicidade, sensação de bem-estar), físicos (estado real de saúde, ausência ou presença de uma patologia funcional) e elementos cognitivos e sociais. E por sua vez, Wallander (2001), considera que a QV em crianças e adolescentes deve ser vista como a combinação do bem-estar

subjetivo e objetivo em vários domínios da vida, relacionados com a cultura e o tempo histórico, e tendo atenção aos direitos humanos universais.

Também para Septans (2014) a QV está relacionada com a satisfação geral do indivíduo com a vida, sensação geral de bem-estar pessoal, percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida nas diversas áreas importantes para o indivíduo, avaliação de satisfação que os pacientes fazem do seu nível atual de função em comparação com o que eles percebem como possível ou ideal e uma ampla rede de experiências humanas relacionadas ao bem-estar de todos. O termo QV ultrapassa a própria saúde, mas é influenciada pela percepção que o indivíduo tem do seu ambiente físico, psicológico, social, económico e político. Esta definição de QV adota um carácter holístico, pois inclui a representação que o indivíduo tem na sociedade, inferindo uma relação implícita entre saúde física e psicológica, afetividade, necessidades, valores e autonomia relacionada a fatores ambientais específicos.

Na QV, existe consenso em relação às componentes que envolvem a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, sendo principalmente dois desses componentes: a satisfação com a vida e as relações afetivas, sejam elas positivas ou negativas (Gaspar & Matos, 2008). Contudo o conceito de QV, também surge com duas vertentes distintas, ou seja, a QV em termos gerais e a QV relacionada com a Saúde (Gaspar et al., 2005).

Com base na perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (1994), o bem-estar e a qualidade de vida subjetiva das crianças incluem normalmente as interações entre os dados demográficos, as características pessoais e interpessoais. As crianças e os adolescentes, são agentes sociais das suas próprias vidas, mas também das vidas daqueles com quem coabitam e na sociedade onde estão inseridos (Warming, 2003). As crianças e

adolescentes necessitam de apoio e de relações positivas para que consigam manter uma sensação de bem-estar e conseqüentemente QV (Oishi et al., 2007).

Os modelos teóricos utilizados com crianças e adolescentes para a promoção da QV normalmente são utilizados, os modelos cognitivo e de aprendizagem, baseados na tomada de decisão. Ou seja, as crianças e adolescentes têm conhecimento de vários comportamentos considerados de risco para a sua qualidade de vida e saúde, e com recurso a várias estratégias cognitivas têm a oportunidade de desenvolver um comportamento, considerado, mais adequado e ajustado (Gaspar et al., 2006, 2009).

A análise da QV em crianças e adolescentes permite identificar fatores de risco, assim como os fatores de prevenção desses mesmo fatores. Gaspar e Matos (2008) desenvolveram uma investigação sobre a QV dos jovens portugueses, no âmbito do projeto KIDSCREEN. O projeto KIDSCREEN (The KIDSCREEN Group Europe, 2004) consistiu no desenvolvimento de um instrumento transcultural, com o principal objetivo de analisar a qualidade de vida de crianças e adolescentes sendo o KIDSCREEN-10 um dos instrumentos utilizados neste estudo.

Em contrapartida, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um construto multidimensional, em que “é importante ter em conta a perceção de saúde das crianças, nomeadamente, física, cultural, emocional, mental envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde, e processos psicossociais, tais como, estratégias de *coping* e suporte social.” (Gaspar & Matos, 2008, p. 27). Naughton e Shumaker (2003), consideraram as dimensões da funcionalidade física, psicológica e social, a satisfação com a vida ou bem-estar e a perceção do estado de saúde fundamentais para a avaliação da QVRS (Lopes, 2013). Gaspar et al., (2008) reconhece atualmente, que a QV é tao importante para crianças e adolescentes saudáveis como para crianças e adolescentes com

doenças. A importância da promoção de saúde nesta faixa etária envolve um apoio ativo do bem-estar físico, psicológico e social da criança e adolescente, tendo em atenção os fatores que colocam em risco o bem-estar dos mesmos (Gaspar et al., 2009).

A QVRS implica aspectos diretamente relacionados com a doença, as intervenções em saúde e o impacto da doença na qualidade de vida em geral (Seidl & Zannon, 2004). Matza et al., (2004), refere a importância da QV na percepção subjetiva do indivíduo, do impacto do seu estado de saúde, incluindo a doença e o tratamento, bem como no funcionamento fisiológico, psicológico e social. A preservação da autoestima, o bem-estar biológico, psicológico e social são apenas alguns indicadores que devem ser considerados no impacto da QV (Assumpção et al., 2010).

De acordo com o estudo realizado por Jokovic et al., (2004) revelam que os pais às vezes não possuem a percepção real da QV relativamente à saúde dos seus filhos, principalmente no que diz respeito ao bem-estar social e emocional. Na mesma linha de pensamento, Eiser e Morse (2001), reforçam a ideia de que a percepção dos pais e dos filhos relativamente à QVRS dos filhos pode ser diferente. Os pais tendem a perceber a QV dos seus filhos como melhor do que aquilo que os seus filhos percebem, exceto em relação à saúde, atividades físicas, sentimentos e *bullying*, sendo que os pais percebem as questões de dinheiro e de amigos de forma mais negativa do que os seus filhos (Gaspar et al., 2010). No entanto, para Ravens-Sieberer et al., (2006) a QVRS das crianças e adolescentes são as mesmas dos adultos, a sua importância e disposição divergem visto estar dependente de questões desenvolvimentais, que constituem desafios adicionais a considerar na investigação da QVRS de crianças e adolescentes. Matos et al., (2012), referem consonâncias bastante significativas entre as respostas dos pais relativamente aos seus filhos (menores de 12 anos) e que podem ser utilizadas como

sendo as respostas reais das crianças, no entanto, o mesmo não se verifica com os filhos adolescentes.

A QV, da criança e do adolescente, é um conceito importante para a obtenção de informações importantes para a QVRS, o intuito de auxiliar no desenvolvimento de métodos de QV, na identificação de fatores de risco ao bem-estar das crianças e dos adolescentes de forma a prevenir efeitos negativos desses fatores, no desenvolvimento de novas estratégias com vista à promoção de uma qualidade de vida superior (Helseth & Lund, 2005). Wallander et al., (2001) menciona diversas funcionalidades e vantagens como, influenciar políticas de saúde pública, guiar a atribuição de recursos comunitários, avaliar os efeitos de intervenções clínicas ou tratamentos específicos, determinar diferenças na QVRS de diferentes grupos, identificando os fatores que a influenciam e como se relacionam entre si, identificar crianças vulneráveis, criar programas de prevenção, avaliar os efeitos da implementação de programas nas áreas da educação, cuidados de saúde ou proteção de crianças e ajudar a compreender o ponto de vista das crianças sobre a sua QVRS (Eiser & Morse, 2001).

Objetivos

O objetivo geral deste estudo é analisar o *stress* percebido e as preocupações parentais de pais, mães e cuidadores principais de crianças e adolescentes durante a pandemia do COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança e do adolescente. Os objetivos específicos são: a) analisar possíveis diferenças no *stress* percebido e preocupação parental de pais, mães e cuidadores principais de crianças e adolescentes que estavam ou não em *home office* durante o confinamento; b) analisar possíveis diferenças no *stress* percebido e preocupação parental de pais, mães e cuidadores principais de crianças e adolescentes que foram ou não infectados por COVID-19; c) testar um modelo que tente explicar o papel preditivo das variáveis preocupação parental e *stress* percebido durante o COVID-19 na qualidade de vida da criança e do adolescente.

Método

Design

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação mais vasta a ser realizada pelo Grupo de Investigação Qualidade de Vida, Intervenção Psicossocial e Cidadania do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social Intervenção Social (CLISSIS), Universidade Lusíada de Lisboa do e coordenado pela professora Elisa Kern de Castro.

O desenho do estudo é quantitativo observacional. A recolha de dados foi realizada através de um questionário *online*, permitindo uma maior compreensão do impacto do COVID-19 que teve início no final de 2019 e causou inúmeras consequências psicológicas e sociais para as crianças, adolescentes e suas famílias.

Participantes

Participaram da investigação 205 adultos (165 mães, 37 pais, duas madrastas e uma avó), a maior parte dos cuidadores pertencem ao sexo feminino (82%), com idade compreendida entre 25-61 (M=41.24; DP=7.04), sendo os principais cuidadores de crianças e adolescentes, com idade compreendida entre 4-17 (M=9.63; DP= 3.07), 106 (52.2%) eram raparigas e 97 (47.8%) eram rapazes.

Uma parte da amostra de cuidadores (15,6%) é profissional da saúde, a grande maioria estava vacinada contra o COVID-19 (78%), mais da metade já tinham sido infetados pelo vírus (51.2%).

No que se refere, aos filhos dos participantes, verificou-se que, (23.9%) crianças e adolescentes têm problemas de saúde.

Os critérios de inclusão no estudo foram: a) o/a participante tinha que ser pai/mãe ou cuidador/a de crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os quatro aos 17 anos de idade; c) independência do ponto de vista psicológico (condições cognitivas que não impossibilitem responder de forma consciente e autónoma aos instrumentos aplicados). Por outro lado, os critérios de exclusão a ter em conta foram os seguintes: a) recusa de participação no estudo; b) o/a participante tinha que ser pai/mãe ou cuidador/a de crianças e adolescentes, com idades abaixo dos quatro anos e acima dos 17 anos de idade.

Foram inquiridos 216 indivíduos, após analisados, foram excluídos 11 questionários, que não correspondiam aos critérios de inclusão, resultando assim numa amostra total (n=205). No entanto, em algumas variáveis, o total de respostas varia do total da amostra, sendo que nem todos os participantes responderam à totalidade do questionário.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados quatro instrumentos: questionário sociodemográfico, Escala de Preocupações Parentais (Algarvio et al., 2010), *Perceived Stress Scale* (Trigo et al., 2003), e KIDSCREEN-10 para pais (Gaspar et al., 2009).

O questionário sociodemográfico contém questões serão elaboradas pela investigadora (Anexo B). O questionário contém 26 perguntas, está dividido por três partes, sendo que na primeira parte figuram os dados sociodemográficos, relacionados com a pessoa (e.g. grau de parentesco com a criança, idade, género, nacionalidade, zona de residência, nível de escolaridade, se está numa relação amorosa, número de filhos e constituição do agregado familiar) , e a segunda parte refere-se à história familiar e aos

dados dos filhos (e.g. a escolaridade, idade, género, se o filho tem algum problema de saúde), terceira parte, questões relacionadas com a influência do COVID-19.

Segundo os estudos de Quivy e Campenhoudt (1992), este instrumento parece ser adequado, uma vez que, envolve as opiniões, representações, crenças e informações fatuais, relacionadas diretamente com os indivíduos questionados e o investigador não interage com o objeto de estudo/inquirido no momento em que é aplicado o questionário (Carmo & Ferreira, 2005).

Escala de Preocupações Parentais

A Escala de Preocupações Parentais (EPP) (Anexo C) escala da autoria de Algarvio et al., (2010), tendo por base o estudo de Mesibov et al., (1993) em que apresentaram uma lista de preocupações dos pais no desenvolvimento normal. Este instrumento consiste num questionário de autoavaliação que procura medir e avaliar dimensões relacionadas com as preocupações dos cuidadores de crianças entre os três e os dez anos.

É constituída por cinco subescalas, preocupações escolares e problemas familiares; alimentação, sono e queixas físicas; preparação; medos; e comportamentos negativos, com um total de 21 itens. A possibilidade de resposta é apresentada numa escala Likert de cinco pontos, entre um – não me preocupa nada e cinco – preocupa-me muitíssimo, e a cotação é feita através do cálculo da média da escala total e para cada uma das subescalas.

Os estudos de validação deste instrumento revelaram boas propriedades psicométricas. A análise fatorial confirmatória revelou validade de construto para as cinco subescalas, e consistência interna elevada medida através do *alfa* de Cronbach; $\alpha = 0.94$, para a escala total; subescala I – preocupações escolares e problemas familiares, $\alpha = 0.84$;

subescala II – alimentação, sono e queixas físicas, $\alpha = 0.82$; subescala III – preparação, $\alpha = 0.77$; subescala IV – medos, $\alpha = 0.78$; e subescala V – comportamentos negativos, $\alpha = 0.87$. A consistência interna foi inspecionada ao verificar o *alfa* de *Cronbach*. Os resultados que foram encontrados para a EPP, neste estudo especificamente foi de 0.87.

A escala também demonstrou validade preditiva por comparação com grupos clínicos e não-clínicos de crianças (Algarvio et al., 2007), e diferenças culturais entre pais portugueses e pais moçambicanos (Algarvio et al., 2008).

Perceived Stress Scale

A *Perceived Stress Scale* (PSS) (Anexo C), Cohen et al., (1983) é um instrumento de relato pessoal para a avaliação global do *stress*, permite determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores do *stress*, em consequência do seu carácter imprevisível, incontrolável ou excessivo. É um dos instrumentos mais citados na literatura para a estimativa do *stress* (Lee, 2012).

Os dados relativos à validade convergente (Cohen & Williamson, 1988) indicam que as pontuações da PSS se associam a outras medidas e variáveis, designadamente de *stress* percecionado, sintomas emocionais, doença física, redução dos períodos de sono ou quantidade no consumo de álcool e outras drogas.

Considerando que o *stress* percecionado é influenciado por eventos quotidianos, relações interpessoais e alterações na disposição pessoal, o valor preditivo da PSS pode diminuir acentuadamente nas quatro a seis semanas após a sua aplicação. Assim, a instrução da PSS refere-se à frequência com que um contexto geral de vida ocorreu durante o último mês, não especificando uma situação particular.

A PSS-10 resulta da versão original da PSS, uma versão mais longa com 14 itens (PSS-14). sendo a versão portuguesa traduzida por Trigo et al., 2010. A PSS-10 é constituída por dez itens as respostas são assinaladas mediante uma escala Likert com cinco pontos (0 - nunca, 1 - quase nunca, 2 - algumas vezes, 3 - frequentemente e 4 - muito frequente).

Para além disso, a escala apresenta uma boa confiabilidade da consistência interna, com um *alfa* de *Cronbach* de 0.78 que permite uma medida precisa e estável (Trigo et al., 2010). A consistência interna foi inspecionada ao verificar o *alfa* de *Cronbach*. Os resultados que foram encontrados para o PSS-10, neste estudo especificamente foi de 0.71.

KIDSCREEN-10

O KIDSCREEN é um instrumento genérico, utilizado para avaliação, monitorização e medição da qualidade de vida e é utilizado para compreender a perceção que os pais têm da qualidade de vida dos filhos, relacionada com a saúde e os fatores sociais e pessoais promotores de qualidade de vida nas crianças (Gaspar et al., 2008).

Os elementos do Projecto Colaborativo e Europeu Kidscreen (The KIDSCREEN Group Europe, 2004), desenvolveram um instrumento standardizado com o objetivo de medir a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, bem como descrever as relações entre o questionário KIDSCREEN e os outros determinantes relevantes, sendo a versão portuguesa traduzida por Gaspar et al., (2008).

O KIDSCREEN-10 (Anexo C) resulta da versão original do KIDSCREEN-52, e constitui um instrumento unidimensional, recomendado para estudos com uma grande amostra. Quanto maior for o valor apresentado pela amostra neste instrumento, maior é a

perceção de qualidade de vida, bem como a adequação e a satisfação com a mesma e com o contexto em que está inserida (Gaspar et al., 2010).

As análises estatísticas adicionais referem que é um instrumento capaz de avaliar diferentes grupos, tais como: crianças e adolescentes com baixos resultados na escala de afluência familiar; crianças e adolescentes com problemas comportamentais ou com elevado número de queixas psicossomáticas. Para além disso, a escala apresenta uma boa confiabilidade da consistência interna, com um *alfa* de *Cronbach* de 0.82, que permite uma medida precisa e estável (The KIDSCREEN Group Europe, 2004). A consistência interna foi inspecionada ao verificar o *alfa* de *Cronbach*. Os resultados que foram encontrados para o KIDSCREEN-10, neste estudo especificamente foi de 0.73.

O KIDSCREEN-10, é composto por 10 itens que, abordam sintomas afetivos de humor deprimido, sintomas de concentração perturbada, aspetos psico-vegetativos de vitalidade, energia e bem-estar, bem como aspetos psicossociais, correlacionados com aspetos da saúde mental (capacidade de diversão com os amigos e como se sentem na escola).

Trata-se de um instrumento de fácil entendimento e resposta, sendo esses 10 itens, avaliados numa escala Likert, com 5 categorias (nada; pouco; moderadamente; muito; totalmente) (Erhart et al., 2009). É um questionário de autopreenchimento, e o tempo de aplicação é de 10 a 15 minutos (Matos et al., 2006).

Procedimento de recolha de dados

O inquérito foi respondido pelos participantes na plataforma informática, nomeadamente o *Google Forms*, através de um *link* do questionário e divulgado em Portugal. A amostragem foi do tipo bola de neve (Vinuto, 2014), uma vez que o inquérito foi respondido em formato *online* a partir da divulgação em redes sociais. Foram

convidados a responder pais, mães ou cuidadores principais de crianças e adolescentes de seis a 16 anos.

Importante salvaguardar que no questionário foi explicado os objetivos do estudo, salientando-se a participação voluntária e a possibilidade de recusa em participar, assegurando o carácter de confidencialidade dos dados, não existindo respostas certas ou erradas. A aplicação do instrumento teve um tempo aproximado de resposta de 15 minutos e decorreu sem dificuldades.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos, na qual o seu anonimato é garantido, foi pedido o consentimento informado para a recolha de dados. Neste estudo foram cumpridos todos os princípios éticos do consentimento informado, anonimato e confidencialidade.

Procedimento de análise de dados

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados previamente construída no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 27.

Foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados, relativamente ao tamanho da amostra e distribuição das percentagens, média e desvio padrão. Procedeu-se de seguida à análise das variáveis, qualidade de vida, *stress* e preocupações parentais, análises de consistência interna das escalas aplicadas, correlações, testes de diferenças de médias e análises de regressão linear.

Resultados

Inicialmente, serão apresentados os resultados descritivos da amostra de participantes e dos instrumentos em geral. A seguir, serão apresentadas as correlações entre as variáveis de qualidade de vida, *stress* e preocupações parentais, comparações dessas variáveis entre os grupos (o cônjuge atual é pai/mãe da criança; a criança possui algum problema de saúde; profissional de saúde; teve COVID-19; perdeu algum familiar ou amigo próximo, devido ao covid-19), e por fim, serão feitas análises de regressão lineares para avaliar o papel preditivo das variáveis *stress* e preocupações parentais para a qualidade de vida da criança.

Resultados descritivos do estudo

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas das crianças e de seus cuidadores. Observa-se na Tabela 1 que grande parte dos cuidadores eram do sexo feminino (82%), enquanto nas crianças/adolescentes a distribuição é mais equilibrada. Uma parte da amostra de cuidadores (15,6%) é profissional da saúde, a grande maioria estava vacinada contra o COVID-19, mais de metade já tinham sido infectados pelo vírus.

Tabela 1 - Características gerais da amostra

	n (%)	M	DP	Min.	Max.
Gênero dos pais/mães ou cuidadores					
Feminino	168 (82%)				
Masculino	37 (18%)				
Idades dos pais/mães ou cuidadores (anos)		41.24	7.04	25	61
Gêneros das crianças/adolescentes					

Feminino	106 (52.2%)				
Masculino	97 (47.8%)				
Idades das crianças/ adolescentes		9.63	3.07	4	17
Profissionais de saúde	(15.6%)	1.84	.36		
Contraiu COVID-19	(51.2%)	1.58	.66		
Vacinados contra o COVID-19 (uma dose)	(5.9%)	2.08	.43		
Vacinados contra o COVID-19 (duas doses)	(78%)				
Perdas de familiares/amigos devido o COVID-19	(17.6%)	1.82	.38		
Crianças com problemas de saúde	(23.9%)	1.76	.42		

(n=205)

Como é possível ver na Tabela 1, os participantes deste estudo foram 205 adultos, 168 (82%) do gênero feminino, 37 (18%) e do gênero masculino, com idade compreendida entre 25-61 (M=41.24; DP=7.04), sendo os principais cuidadores de crianças e adolescentes, com idade compreendida entre 4-17 (M=9.63; DP= 3.07), 106 (52.2%) eram raparigas e 97 (47.8%) eram rapazes.

Relativamente aos participantes verificou-se que, 32 (15.6%) são profissionais de saúde (M=1.84; DP=0.36); 105 (51.2%) participantes contraíram COVID-19 (M=1.58; DP=0.66); quanto à vacinação contra o COVID-19 (uma dose), 12 (5.9%) foram vacinados e vacinação contra o COVID-19 (duas doses) 160 (78%) foram vacinados (M=2.08; DP=0.43); em relação às perdas de famílias/amigos, devido o COVID-19, 36 (17.6%) participantes tiveram perdas (M=1.82; DP=0.38); no que se refere, aos filhos dos participantes, verificou-se que, 49 (23.9%) crianças e adolescentes têm problemas de saúde (M=1.76; DP=.42).

A Tabela 2 descreve os problemas de saúde das crianças e dos adolescentes, relatados pelos cuidadores. Observa-se que os cuidadores referiram quadro de ansiedade nas crianças e adolescentes (14), seguido de PHDA (8), que são quadros psicológicos e neurológicos. A seguir, doenças crônicas como alergias, asma e outras.

Tabela 2 - Descrição dos problemas de saúde das crianças e dos adolescentes

Doenças relatadas	N
Alergias	6
Enxaquecas	1
Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)	8
Epilepsia	1
Distúrbio Alimentar	2
Astigmatismo e Hipermetropia	1
Miopia	1
Asma	4
Paralisia cerebral	1
Rinite alérgica	4
Ansiedade	14
Problemas cardíacos	3
Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)	2
Perturbação Desafiante de Oposição (PDO)	1

(n=49)

A Tabela 3 apresenta os resultados descritivos dos instrumentos, Escala de Preocupações Parentais, *Perceived Stress Scale*, e KIDSCREEN-10 para pais, e da subescala preocupações parentais e apresenta o índice de consistência interna dos instrumentos.

Tabela 3 - análise descritiva da QV, stress e preocupações parentais

Variáveis	Número de itens dos instrumentos	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	α
Qualidade de vida (Kidscreen-10)	10	36.85	8.47	-.55	1.43	.73
Stress (PSS)	10	22.91	5.20	.63	1.31	.71
Preocupações Parentais (EPP)	21	68.57	14.16	-.56	1.67	.87
PPI – Preocupações escolares e problemas familiares	5	17.07	3.75	-.75	1.05	.65
PPII – Alimentação, sono e queixas físicas	5	15.48	4.17	.00	.17	.68
PPIII – Preparação	3	9.91	2.82	-.22	-.36	.43
PPIV – Medos	3	10.35	3.11	-.57	-.19	.62
PPV – Comportamentos negativos	5	15.48	3.95	-.11	.48	.62

Observa-se na Tabela 3, que as preocupações parentais apresentam valores das médias mais elevados (M=65.87; DP=14.16), do que a qualidade de vida (M=36.85; DP=8.47) e do que o stress (M=22.91; DP=5.20), relativamente à consistência interna apresentaram confiabilidade razoável, os dados de assimetria e curtose são aceitáveis.

A Tabela 4 apresenta as correlações (Pearson) entre as variáveis, qualidade de vida, stress e preocupações parentais e com as subescalas das preocupações parentais

Tabela 4 - Matriz da correlação das variáveis e das preocupações parentais

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Qualidade de vida	-							
2. Stress	-.34**	-						
3. Preocupações Parentais	-.16*	.18*	-					
4. Preocupações escolares e familiares	-.16*	.12	.79**	-				

5. Preocupações com o desenvolvimento infantil	-.18*	.21*	.85**	.60**	-		
6. Preocupações com a preparação	-.15	.05	.76**	.52**	.57**	-	
7. Preocupações com medos	-.05	.06	.73**	.50**	.52**	.55**	-
8. Preocupações com comportamentos negativos	-.13	.23**	.83**	.56**	.68**	.54**	.49**

(**p < 0.01; *p < 0.05)

Observou-se correlações negativas e médias, estatisticamente significativas entre qualidade de vida e *stress* ($r(205)=-.34$; $p<.01$) e qualidade de vida e preocupações parentais ($r(205)=-.16$; $p<.05$). Ainda, verificou-se uma correlação positiva e fraca estatisticamente significativa entre *stress* e preocupações parentais ($r(205)=.18$; $p<.05$).

Observou-se correlações negativas e fracas, estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e as preocupações escolares e familiares ($r(205)=-.16$; $p<.05$). Ainda, verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações escolares e familiares e preocupações parentais ($r(205)=.79$; $p<.01$).

Observou-se correlações negativas e fracas, estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e as preocupações com o desenvolvimento infantil ($r(205)=-.18$; $p<.05$). Também verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com o desenvolvimento infantil e preocupações parentais ($r(205)=.85$; $p<.01$). Além disso, verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com o desenvolvimento infantil e preocupações escolares e familiares ($r(205)=.60$; $p<.01$). E, também verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com o desenvolvimento infantil ($r(205)=.21$; $p<.05$) e o *stress*.

Observou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre as preocupações com a preparação e as preocupações parentais ($r(205)=.76$; $p<.01$). Também verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações escolares e familiares e preocupações com a preparação ($r(205)=.52$; $p<.01$). E, verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com o desenvolvimento infantil e preocupações com a preparação ($r(205)=.57$; $p<.01$).

Observou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre as preocupações com medos e as preocupações parentais ($r(205)=.73$; $p<.01$). Também verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações escolares e familiares e preocupações com medos ($r(205)=.50$; $p<.01$). Além disso, verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com medos e preocupações com o desenvolvimento infantil ($r(205)=.52$; $p<.01$). E, verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com medos e preocupações com a preparação ($r(205)=.55$; $p<.01$).

Observou-se correlações positivas e fracas, estatisticamente significativas entre as preocupações com comportamentos negativos e o *stress* ($r(205)=.23$; $p<.01$). Também verificou-se uma correlação positiva e forte, estatisticamente significativa entre as preocupações com comportamentos negativos e preocupações parentais ($r(205)=.83$; $p<.01$). Além disso, verificou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre as preocupações com comportamentos negativos e preocupações escolares e familiares ($r(205)=.56$; $p<.01$). Inclusive, verificou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre as preocupações com comportamentos negativos e preocupações com o desenvolvimento infantil ($r(205)=.68$; $p<.01$). Ainda, verificou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre as

preocupações com comportamentos negativos e preocupações com a preparação ($r(205)=.54$; $p<.01$). E, verificou-se uma correlação positiva e média, estatisticamente significativa entre as preocupações com comportamentos negativos e preocupações com medos ($r(205)=.49$; $p<0.01$).

A Tabela 5 apresenta as correlações entre as variáveis e a idade dos cuidadores e a idade dos filhos. Os dados mostraram que a idade dos cuidadores e das crianças/adolescentes não esteve correlacionado de forma significativa com as variáveis psicológicas estudadas.

Tabela 5 - Matriz de correlação da idade dos cuidadores e dos filhos

Variáveis	1	2	3	4	5
1. Qualidade de vida	-				
2. <i>Stress</i>	-.34**	-			
3. Preocupações Parentais	-.16*	.18*	-		
4. Idade dos pai/mãe ou cuidadores	.00	-.03	-.05	-	
5. Idade das crianças/adolescentes	-.02	-.00	-.13	.57**	-

(** $p < 0.01$; * $p < 0.05$)

Na Tabela 5 verificou-se correlações negativas e médias, estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e *stress* ($r(205)=-.34$; $p<.01$) e preocupações parentais ($r(205)=-.16$; $p<.05$). Inclusive, verificou-se correlações positivas e fracas estatisticamente significativas entre as preocupações parentais e o *stress* ($r(205)=.18$; $p<.05$). Ainda, verificou-se correlações positivas e fortes, estatisticamente significativas entre a idade das crianças e adolescentes e a idade dos pais, mães ou cuidadores ($r(205)=.57$; $p<.01$).

A tabela 6 apresenta análise de comparações de médias (teste t) das variáveis e os grupos (o cônjuge atual é pai/mãe da criança; a criança possui algum problema de saúde; profissional de saúde; teve COVID-19; perdeu algum familiar ou amigo próximo, devido ao COVID-19).

Tabela 6 - Diferenças entre as variáveis e o COVID-19

	Sim			Não			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
O cônjuge atual é o pai/mãe da criança								
Qualidade de vida	159	36.66	5.62	27	37.37	5.69	-.60	.963
<i>Stress</i>	106	22.82	5.19	20	21.85	3.71	.79	.165
Preocupações Parentais	139	68.74	13.65	26	70.19	15.98	-.48	.271
A criança possui algum problema de saúde								
Qualidade de vida	49	35.23	4.97	166	37.22	5.52	-2.04	.350
<i>Stress</i>	29	23.31	4.54	113	22.81	5.37	.45	.855
Preocupações Parentais	32	70.75	8.04	146	68.10	15.15	.95	.010
Profissional de saúde								
Qualidade de vida	32	34.59	5.73	171	37.32	5.31	-2.63	.914
<i>Stress</i>	26	24.07	6.15	115	22.66	4.97	1.24	.020
Preocupações Parentais	25	66.32	19.84	153	68.94	13.05	-.86	.002
Teve COVID-19								
Qualidade de vida	104	36.71	3.99	79	37.26	7.00	-.67	.000
<i>Stress</i>	73	22.41	4.59	55	22.92	5.68	-.56	.090
Preocupações Parentais	97	69.50	7.89	65	67.04	19.89	1.09	.000
Perdeu algum familiar ou amigo próximo, devido ao COVID-19								
Qualidade de vida	36	37.25	6.59	167	36.81	5.20	.43	.337
<i>Stress</i>	26	24.80	6.44	115	22.50	4.83	2.05	.037
Preocupações Parentais	31	65.19	16.94	147	69.29	13.46	-1.46	.048

A Tabela 6 apresenta as comparações de grupos em relação às variáveis qualidade de vida, *stress* e preocupações parentais entre os grupos “o cônjuge atual é o pai/mãe da criança (sim/não)”, “a criança possui algum problema de saúde (sim/não)”, “pai ou mãe

é profissional da saúde (sim/não)”, “o participante teve COVID-19 (sim/não)”, e “perdeu algum familiar próximo devido à covid (sim/não)”. Observou-se diferenças estatisticamente significativas às preocupações parentais entre as crianças que possuem e que não possuem problemas de saúde ($t(205)=.95$; $p=.010$). Pais/mães de crianças que têm problemas de saúde pontuaram mais em preocupações parentais ($M=70.75$; $DP=8.04$) do que o grupo em que a criança não tem problemas de saúde ($M=68.10$; $DP=15.15$).

Com relação aos pais/mães que são profissionais de saúde, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no *stress* ($t(205)=1.24$; $p=.020$) e nas preocupações parentais ($t(205)=-.86$; $p=.002$). O *stress* dos pais/mães participantes que são profissionais de saúde foi significativamente superior ($M=24.07$; $DP=6.15$) ao *stress* dos participantes que não são profissionais de saúde ($M=22.66$; $DP=4.97$). Igualmente, pais/mães que são profissionais da saúde apresentaram maiores pontuações em preocupações parentais ($M=66.32$; $DP=19.84$) do que os participantes que não são profissionais de saúde ($M=68.94$; $DP=13.05$).

Ainda, verificou-se diferenças estatisticamente significativas quanto à qualidade de vida ($t(205)=-.67$; $p=.000$) e preocupações parentais ($t(205)=1.09$; $p=.000$) entre quem teve e não teve COVID-19. A qualidade de vida dos participantes que tiveram COVID-19 foi significativamente inferior ($M=36.71$; $DP=3.99$) à qualidade de vida dos participantes que não tiveram COVID-19 ($M=37.26$; $DP=7.00$). E as preocupações parentais dos participantes que tiveram COVID-19 foi significativamente superior ($M=69.50$; $DP=7.89$) às preocupações parentais de quem não teve COVID-19 ($M=67.04$; $DP=19.89$).

Por fim, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre quem perdeu e não perdeu um familiar ou amigo próximo, devido ao COVID-19 nas variáveis *stress*

($t(205)=2.05$; $p=.037$) e preocupações parentais ($t(205)=-1.46$; $p=.048$). Aqueles que perderam um familiar ou amigo próximo devido ao COVID-19 apresentaram maiores níveis de *stress* significativamente ($M=24.80$; $DP=6.44$) do que quem não perdeu um familiar ou amigo próximo ($M=22.50$; $DP=4.83$). Da mesma forma, quem perdeu um familiar ou amigo próximo devido ao COVID-19 teve maiores níveis de preocupações parentais ($M=65.19$; $DP=16.94$) do que quem não perdeu um familiar ou amigo próximo ($M=69.29$; $DP=13.46$).

A Tabela 7 apresenta a regressão linear que avalia o papel preditivo das variáveis *stress* e preocupações parentais para a qualidade de vida da criança.

Tabela 7 - Regressão Linear da dimensão da Qualidade de vida

	Coeficientes padronizados				
	Beta	t	p	R ²	R ² Ajustado
(Constant)	-	16.83	.000	-	-
<i>Stress</i>	-.37	-3.93	.000	.12	.12
Preocupações Parentais	-.04	-1.19	.234	.13	.12

Na tabela 7 verificou-se uma influência estatisticamente significativa do *stress* para a qualidade de vida ($F(2;119) = 9.64$; $p = .000$; $R^2_{ajustado} = .12$). O coeficiente de regressão *Beta* relativamente ao *stress* ($\beta = -.37$; $t = -3.93$; $p = .000$) que contribuiu significativamente para o modelo. Enquanto, as preocupações parentais ($\beta = -.04$; $t = -1.19$; $p = .234$) não contribuíram significativamente para o modelo. Através dos resultados, observou-se que quanto maior é o *stress* percebido dos pais prevê uma menor qualidade de vida da criança e do adolescente.

Discussão

O presente estudo pretendeu analisar a saúde mental (*stress*), a preocupação parental de pais, mães e cuidadores principais de crianças durante a pandemia do COVID-19 e sua relação com a qualidade de vida da criança e do adolescente. Os resultados obtidos neste estudo revelaram que quanto maior for o *stress* e as preocupações parentais, menor é a qualidade de vida da criança e do adolescente. Observou-se que quanto maior é o *stress* percebido dos pais prevê uma menor qualidade de vida da criança e dos adolescentes. Por fim, verificou-se uma influência significativa do *stress* para a qualidade de vida, enquanto as preocupações parentais não contribuíram significativamente para o modelo.

Em relação à qualidade de vida da criança e do adolescente verificou-se correlações negativas com as preocupações gerais, com as preocupações escolares e familiares e com as preocupações com o desenvolvimento infantil e não teve correlações com as restantes subescalas (preocupação com a preparação, preocupação com medos e preocupação com comportamentos negativos). Estes resultados, especificamente a subescala, preocupações parentais com o desenvolvimento infantil, vão de encontro ao estudo desenvolvido por Restall e Borton (2009), que identificaram preocupações parentais relativas ao desenvolvimento global da criança. Através dos estudos de Bhat e Khadi, (2018); Isaac et al., (2018), observa-se a importância que tem a família como o primeiro contexto de socialização. A família deve garantir o bem-estar e o desenvolvimento global da criança e/ou adolescente. No presente estudo, os resultados revelam baixa qualidade dos filhos, devido ao aumento das preocupações parentais. Na mesma linha de pensamento, Cruz, (2013) e Silva et al., (2009) entre todas as fases e mudanças existentes, os pais e mães têm importantes responsabilidades na formação para

a cidadania, na satisfação das necessidades físicas e afetivas e no desenvolvimento de valores éticos e morais dos filhos. Os dados do estudo revelam que os pais ao estarem com elevados níveis de preocupação, diminui a qualidade de vida dos filhos. Enquanto no estudo de Jokovic et al., (2004), revelam que os pais às vezes não possuem a percepção real da QV relativamente à saúde dos seus filhos, principalmente no que diz respeito ao bem-estar social e emocional. A pandemia do COVID-19 foi altamente desafiadora para os pais visto terem que atender a várias mudanças simultaneamente (Calvano et al., 2021). As mudanças que levaram os pais a terem que trabalhar em casa, os filhos a terem aulas em casa, as dificuldades económicas, demissões e restrições sociais aos pais (Wang et al., 2020). Estas profundas mudanças na vida familiar quotidiana causadas pela pandemia podem alimentar o *stress* dos pais e a tensão intrafamiliar, o que pode levar a um aumento de experiências adversas na infância, incluindo violência doméstica, abuso infantil e negligência (Calvano et al., 2021). O que levou a um aumento das preocupações parentais e *stress* percebido pelos pais, mães e cuidadores principais, influenciado a qualidade de vida dos filhos.

Igualmente sucede, só que entre o *stress* e as preocupações parentais, ou seja, o *stress* dos pais/mães aumenta em algumas subescalas das preocupações parentais gerais, nomeadamente com as preocupações parentais com o desenvolvimento infantil e com as preocupações parentais com comportamentos negativos. As preocupações parentais com o desenvolvimento infantil, são preocupações relacionadas com a alimentação, qualidade de sono, dificuldades em dormir, pesadelos, queixas de dores somáticas (e.g. dores de barriga) e queixas de cefaleias dos filhos, enquanto que as preocupações parentais com comportamentos negativos, estão relacionadas com questões sobre os filhos no sentido de, controlar os comportamentos, não obedecer, fazer birras, não querer ir para a cama, ser mandão e exigentes e queixar-se muito. O *stress* teve influência nas preocupações

parentais, estes resultados vão ao encontro dos autores Gavita et al., (2014), os pais que vivenciam altos níveis de *stress* parental quando consideram que têm baixa eficácia para lidar com os comportamentos do filho e ao mesmo tempo pensam que a criança não se deve comportar mal. A percepção subjetiva dos pais aquando do comportamento do filho como problemático, mesmo quando o comportamento da criança é normativo, é predito por níveis mais elevados de *stress* parental (Hughes et al., 2015). Níveis elevados de *stress* parental têm sido associados a atitudes e práticas parentais negativas que afetam negativamente o bem-estar da criança. Conforme Arrais, (2012), níveis elevados de *stress* podem afetar o bem-estar psicológico, o desempenho, o comprometimento das responsabilidades e ações parentais dos progenitores, que poderá ter repercussões no comportamento adotado face à criança. Mallers et al., (2010) afirmam que o aumento de *stress* poderá contribuir para o desenvolvimento pobre da regulação emocional das crianças. Contudo, para além destas situações mencionadas, o facto de se viver num período crítico e de constantes mudanças como foi a pandemia do COVID-19, caracterizado como um ambiente stressore. Os media tornaram-se a principal fonte de informação para as pessoas, e as pessoas confiam nos media para obterem informações precisas e atualizadas, a fim de tomar decisões informadas sobre comportamentos de proteção à saúde (Garfin et al. 2020). Pesquisas sugeriram que as exposições repetidas aos media podem levar ao aumento da ansiedade e aumento das respostas ao *stress*, o que pode levar a efeitos posteriores na saúde mental (Garfin et al., 2020; Thompson et al., 2017). Para além deste fator, outros como, o *home office*, as escolas terem sido encerradas, o confinamento familiar, a escassez monetária, o trabalho, o convívio social, geraram preocupações que têm impacto e influenciam a saúde mental e o *stress* do adulto, bem como o próprio núcleo familiar (Wang et al., 2020).

A literatura também demonstra que, tanto para os pais quanto para os filhos, as rotinas de sono e o equilíbrio das atividades diárias foram alteradas durante o isolamento social (Ren et al., 2020). Nesse contexto, a qualidade e a duração do sono podem ser irregulares, o nível de atividades físicas e ao ar livre diminuiu substancialmente e o uso de dispositivos eletrônicos como televisão, telemóveis e *tablets* aumentaram. Essas mudanças impedem com que o desenvolvimento infantil atinja todo o seu potencial (Xie et al., 2020). Um aumento dos níveis de *stress* dos pais durante uma pandemia, fator que interfere diretamente na qualidade de vida das crianças, portanto evidente (Ren et al., 2020). Ansiedade, preocupação excessiva com a limpeza, medo excessivo de cair ou perder um ente querido preocupação com os idosos, aumento de acidentes domésticos, perturbações de humor, perturbação de ansiedade, pânico ou perturbação obsessivo-compulsivo e *stress* pós-traumático são consequências para crianças e adolescentes que podem vivenciar, segundo pesquisas sobre situações pandêmicas semelhantes à atual (Brooks et al., 2020)

Neste estudo, foram analisadas as várias correlações entre as dimensões, qualidade de vida dos filhos, percebida pelos pais, verificando-se uma correlação estatisticamente significativa entre as preocupações parentais, mas principalmente com o *stress*. Ou seja, os resultados indicam que quanto maior forem as preocupações parentais e o *stress*, menor é a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes. De acordo com o modelo bioecológico para o desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996) é ilustrado como os diferentes ambientes e relações sociais no tempo e no espaço se interrelacionam e são constituintes fundamentais na equabilidade entre fatores de risco e fatores de proteção para a compreensão da influência dos stressores ambientais no ser humano. O *stress* é caracterizado pela própria relação que o indivíduo desenvolve com o meio envolvente, resultante da percepção que cada um tem face aos desafios do dia-a-dia

e pode ser um desafio importante para o desenvolvimento (Vaz-Serra, 2000). Pesquisas empíricas, incluindo estudos que aplicam o *stress* parental apoiam ligações propostas entre *stress* parental e comportamento parental disfuncional. O *stress* parental tende a espalhar-se para o relacionamento entre pais e filhos afetando negativamente os comportamentos dos pais, como ser menos responsivo, menos afetuoso, mais duro, mais hostil, mais punitivo e até mesmo abusivo em relação às crianças (Beckerman et al., 2017). Relativamente às causas do *stress* parental, este é considerado como multideterminado, pelos diversos contextos e fatores da personalidade, características específicas e desenvolvimento da criança, e que tem consequências no comportamento dos pais e conseqüentemente, no desenvolvimento da criança, contexto sociais (Arrais, 2012). Abidin, 1990 menciona o *stress* como resultante, de acontecimentos difíceis de gerir, em que os recursos físicos e psicológicos que os pais têm à sua disposição são limitados. Esses acontecimentos experienciados e vivenciados com grande intensidade e frequência, podem potencializar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional, afetando o bem-estar dos filhos (Santos, 2008). Os temores sobre a pandemia, a sobrecarga de tarefas domésticas, a intensa convivência familiar, a ausência de emprego e renda e a sensação de impermanência diante da realidade que se impõe podem gerar ou agravar conflitos que já ocorriam em muitos lares, sendo crianças, adolescentes, adultos, idosos e pessoas com deficiências ou pessoas mais vulneráveis nessa correlação de forças (Liu et al., 2020). Cuskelly et al., (2008) defendem que o *stress* é intrínseco à parentalidade, uma vez que todos os pais experienciam situações de *stress* provenientes da exigência dos recursos emocionais e físicos. Desta forma, o *stress* surge como uma resposta emocional dos pais face as exigências parentais, assim como as características da criança, nomeadamente do seu temperamento e personalidade (Cuskelly et al., 2008). A qualidade de vida é uma variável importante para compreender quais os fatores de risco

que influenciam o comportamento dessas crianças e jovens (Gaspar & Matos, 2008). Um suporte emocional positivo vai fornecer à criança um sentimento de confiança e aceitação por parte dos seus progenitores (Canavarro & Pereira, 2007), sendo este sentimento fundamental para uma melhor qualidade de vida. O comportamento parental está intimamente ligado, ao comportamento da criança (Azevedo & Maia, 2006). Isto acontece porque a família tem um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, é um processo em contexto social no qual estão inseridos. A família tem uma dinâmica própria, afetada tanto pelo desenvolvimento de seu ciclo vital, como pelas políticas económicas e sociais (Ferrari & Kaloustian, 2004). As práticas exercidas no seio familiar podem ser influenciadas pelas mudanças sociais, que contribuem para a construção e desenvolvimento dos seus membros (Costa & Laport, 2019).

Observou-se diferenças estatisticamente significativas relacionadas às preocupações parentais entre as crianças que possuem e que não possuem problemas de saúde. Pais/mães de crianças que têm problemas de saúde pontuaram mais em preocupações parentais do que o grupo em que a criança não tem problemas de saúde. É algo esperado, à luz da literatura, as preocupações parentais podem coexistir nas mais diversas áreas, desde a saúde, a educação, o desenvolvimento e comportamento dos filhos. Por outro lado, a preocupação excessiva ou a ausência de preocupação dos pais pode reforçar comportamentos normativos originando perturbações psicopatológicas (Algarvio et al., 2010). Noutros estudos de preocupações parentais realizados em contextos de doença física e mental (Kulkarni, 2007) encontrou-se ainda uma maior intensidade de preocupação das mães comparativamente aos pais.

Com relação aos pais/mães que profissionais os grupos de saúde, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no *stress* e nas preocupações parentais. O *stress*

dos pais e mães participantes que são profissionais de saúde foi significativamente superior ao *stress* dos participantes que não são profissionais de saúde. Igualmente, pais/mães que são profissionais da saúde apresentaram maiores pontuações em preocupações parentais do que os participantes que não são profissionais de saúde. Os pais que são profissionais de saúde demonstram mais *stress* que os outros pais. Nos hospitais, durante o COVID-19 os profissionais de saúde foram constantemente expostos a situações novas e adversas, a sobrecarga a diversos níveis (e.g. carga horária), ao medo, à instabilidade nos cuidados prestados. Os cuidados hospitalares, em caso de internamento pediátrico durante a pandemia, as visitas de familiares e a presença de acompanhante estão restringidas (Fiocruz, 2020). O forte e prolongado *stress* pode aumentar o risco de desordens psiquiátricas. Estratégias como a construção de diários e a visita virtual garantindo a comunicação com pais e familiares podem ajudar (Liu et al., 2020).

No presente estudo notou-se que os pais que não são profissionais de saúde tiveram média significativamente superior em preocupações parentais que o outro grupo. O confinamento e o isolamento social causaram mudanças rápidas e dramáticas nos papéis dos pais. O encerramento repentino de escolas e a perda de apoio doméstico e creches, que ocorreram abruptamente na maioria dos países, forçou os pais a novas rotinas de vida diária nas quais eles tiveram que enfrentar os desafios de cuidar e educar as crianças em tempo integral, enquanto trabalhavam simultaneamente em casa (Pett et al., 2020). Os desafios da transição para o *home office* parecem ter sido particularmente stressantes para os pais, que lutaram para manter a fronteira entre trabalho e responsabilidade doméstica (Yamamura & Tsutsui, 2021).

A exposição a eventos de vida stressantes, importantes e imprevisíveis, geralmente aumentam o risco de sofrimento psicológico, principalmente para indivíduos

que têm um papel parental (Malia, 2006). Na literatura sobre pandemias anteriores, confirma que os pais que estão expostos durante extensas medidas de contenção de doenças impõem uma ampla gama de fatores de risco que influenciam a sua saúde mental e bem-estar.

Ainda, verificou-se diferenças estatisticamente significativas quanto à qualidade de vida e preocupações parentais entre quem teve e não teve COVID-19. A qualidade de vida dos participantes que tiveram COVID-19 foi significativamente inferior à qualidade de vida dos participantes que não tiveram COVID-19. Além disso, as preocupações parentais dos participantes que tiveram COVID-19 foi significativamente superior às preocupações parentais de quem não teve COVID-19. E, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre quem perdeu e não perdeu um familiar ou amigo próximo, devido ao COVID-19 nas variáveis *stress* e preocupações parentais. Aqueles que perderam um familiar ou amigo próximo devido ao COVID-19 apresentaram maiores níveis de *stress* significativamente do que quem não perdeu um familiar ou amigo próximo. Da mesma forma, quem perdeu um familiar ou amigo próximo devido ao COVID-19 teve maiores níveis de preocupações parentais do que quem não perdeu um familiar ou amigo próximo. Existe um processo de luto pela perda da liberdade, pela ausência da escola, dos amigos que é necessário ser vivido. Medos, preocupações, alterações de sono, apetite e no humor são esperados em algum momento durante esse período (Fegert et al., 2020; Fiocruz, 2020).

A exposição às mudanças rápidas de rotina e mudanças sociais aumentam a angústia e os encargos no papel parental em função do bloqueio também pode afetar a maneira como os pais lidam com stressores relacionados à pandemia. Enquanto algumas estratégias podem servir como estratégias de proteção, regulando as emoções negativas associadas ao *stress* e reduzindo as consequências negativas dos stressores (Seiffge-

Krenke, 2000). Achterberg et al., 2021 relata que o *stress* relacionado ao COVID-19 percebido nos pais e nos seus filhos está associado a estratégias de confronto e resolução de problemas mal-adaptadas. O desenvolvimento de comportamentos desajustados e crenças metacognitivas positivas sobre a preocupação parecem desempenhar um papel proeminente para o desenvolvimento da ansiedade (Ryum et al., 2017) e podem, por sua vez, tornar-se um fator de risco na gestão do ajustamento psicossocial ao sofrimento psíquico (Capobianco et al, 2020; Wells, 2009).

O *stress* relacionado à pandemia foi devido à perda repentina de familiares, amigos, parentes e colegas, vizinhos ou familiares identificados com positivo do COVID-19. O *stress* relacionado com distanciamento social e apoios sociais limitados, domiciliar ou hospitalar com isolamento social, minimizar relações sociais ou comunicação, exposição à perturbação de stress pós-traumático durante os momentos críticos (Achterberg et al., 2021).

As famílias poderiam ser ajudadas a diminuir o *stress* se fossem estimuladas a expressar emoções, pois quando conseguem expressar e comunicar sentimentos perturbadores, um ambiente de apoio, transmite segurança. É importante conversar sobre a pandemia, sobre sentimentos que persistem, como tristeza e o medo da morte (Iasc, 2015). A mais rica aprendizagem que poderá ter ficado deste período é o cuidado mútuo entre as pessoas e destas com o ambiente em que vivem. A pandemia gerou uma urgência por aprender, identificar e desenvolver recursos para enfrentar uma nova situação de crise, aprendizagem fundamental para o desenvolvimento individual e coletivo do ser humano e uma estratégia essencial para garantia da saúde mental (Brooks et al., 2020). A construção de rotinas familiares, definir objetivos diários exequíveis, o autocontrolo são

fatores protetivos e também de estratégia, para enfrentar o período vivenciado (Wang et al., 2020).

Conclusão

Após a discussão dos resultados, e partindo da questão de investigação, conclui-se que o stress parental em contexto de pandemia é um fator que afeta significativamente a qualidade de vida de crianças e adolescentes. Como já referia Bronfenbrenner (1999), para um bom desenvolvimento humano deve-se ter em atenção a inter-relação entre a criança/jovem e os vários contextos (pessoa, processo, contexto e tempo), como defende o seu modelo bioecológico do desenvolvimento humano. De destacar, o sistema parental, não está focado apenas nas questões de socialização da criança ou jovem, centrando também a sua preocupação na educação, proteção e na afetividade, com o intuito de promover um desenvolvimento adequado.

Relembrando a questão de investigação deste estudo, é importante referir que de facto existe uma relação entre a qualidade de vida da criança e do adolescente e as preocupações parentais e especificamente com o *stress* uma vez que a qualidade de vida está presente nestas duas dimensões de forma significativa. Isto pode indicar que a qualidade de vida está relacionada com os fatores de bem-estar dos filhos (físico, psicológico e social). Os fatores de bem-estar são diretamente influenciados pelos acontecimentos de vida negativos, como pode ter sido o caso da pandemia do COVID-19. O isolamento social gerado pela pandemia pode ter sido um fator de risco para a saúde de toda a família, o que pode levar a perceções de qualidade de vida diferentes.

O COVID-19 gerou novos desafios e oportunidades para as famílias que afetaram a saúde mental (preocupações parentais e *stress*) dos pais e, por sua vez, o bem-estar e qualidade de vida das crianças e dos adolescentes. Durante a pandemia, as famílias ficaram em confinamento, houve mudanças substanciais na rotina diária e na infraestrutura social. A quarentena e o isolamento, sem dúvida, afetaram muitos aspectos

da vida das crianças, adolescentes e dos pais. O encerramento das escolas em todo o país e os pais confinados em casa, aumentaram a sobrecarga parental, estes lidaram com muitos stressores, incluindo a perda financeira, a necessidade de alimentos básicos e preocupações crescentes com a saúde de seus familiares. Todos esses stressores levaram a um aumento da incidência de problemas de saúde mental (Reger et al., 2020).

O estudo possui algumas limitações, dentre elas a recolha de dados *online*, que é uma amostra de conveniência e impossibilita a generalização dos resultados. Outra limitação do presente estudo é que a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes foi percebida pelos pais, o que possivelmente leva a um viés dos dados.

Em estudos futuros, seria importante obter informações sobre a qualidade de vida e saúde mental a partir das próprias crianças e adolescentes, além de uma amostra maior de pais, para poder comparar o género dos pais relativamente ao tema, avaliar a percepção das crianças e dos jovens relativamente à sua qualidade de vida. No entanto, é importante salientar que quando comparada a amostra deste estudo com a de outros, evidencia-se o *stress* dos pais como preditor da qualidade de vida dos filhos. Seria interessante utilizar também uma metodologia qualitativa, a par do estudo quantitativo, aprofundando os resultados obtidos, de forma a conseguir recolher junto dos pais quais os fatores que consideram ser de risco ou de apoio, relativamente ao bem-estar e à qualidade de vida dos seus filhos, assim como a influência dos mesmos no bem-estar da família, questão que ficou por explorar, uma vez que não existem dados relativos a essa questão. Por outro lado, seria interessante desenvolver um estudo longitudinal, de forma a ser possível analisar qual o impacto da pandemia para a qualidade de vidas e o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes a médio e longo prazo. Por fim, seria importante ter uma

perspetiva familiar e recolher dados tanto das crianças quanto de seus pais para avaliar e comparar melhor os ajustes psicológicos durante a pandemia COVID-19.

Referências

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 298-301
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., de Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & dos Santos, M. R. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*.
- Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O. D., & Crone, E. A. (2021). Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Scientific Reports, 11*(1), 1– 14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8>
- Adams, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J., & Bean, M. K. (2021). Parents are stressed! Patterns of parent stress across COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 626456. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.626456>
- Aishworiya, R., & Kang, Y. Q. (2021). Including children with developmental disabilities in the equation during this COVID-19 pandemic. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(6), 2155– 2158.
- Akister, J, Johnson, K (2002) Parenting issues that may be addressed through a confidential helpline. *Health & Social Care in the Community 10*(2): 106–111.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares* (2 ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Algarvio, S., Leal, I., & Maroco, J. (2007). *Parental concerns in childhood: Comparative study between a normative group and risk groups*. Poster session presented at the

European Regional Conference of the World Association for Infant Mental Health: Promoting healthy development of infants and children. Riga: Latvia.

Algarvio, S., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de Preocupações Parentais (EPP). In Leal, I. & Maroco, J. *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp.131-147). Porto: Livpsic

Algarvio, S., Leal, I., & Maroco, J. (2010, July). *Assessing parental concerns about child development: Psychometric properties of a scale*. Poster session presented at the 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health. Leipzig: Germany

Algarvio, S., Leal, I., Maroco, J., & Moreno, M. (2008). Parental concerns: Comparative study between a group of Portuguese parents and a group of Mozambican parents. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 199-208.

Almeida, R. S., Brito, A. R., Alves, A. S. M., de Abranches, C. D., Wanderley, D., Crenzel, G., ... & Barros, V. F. R. (2020). Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. *Residência Pediátrica*, 10(2), 1-4.

American Academy of pediatrics (2005). Quality early education and child care from birth to kindergarten. *Pediatrics*, 115(1), 187-191. doi:10.1542/peds.2004-2213

American Psychological Association. (2020). *Stress in America 2020: Stress in the time of COVID-19* (Vol. 1). American Psychological Association.

Anhalt, K, Morris, TL (2008) Parenting characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *Journal of Early & Intensive Behavior Intervention* 5(3): 122–137.

Archer, J. A., Lim, Z. M. T., Teh, H. C., Chang, W. C., & Chen, S. H. A. (2015). The effect of age on the relationship between stress, well-being and health in a Singaporean sample. *Ageing International*, 40(4), 413– 425. <https://doi.org/10.1007/s12126-015-9225-3>

Arrais, A. I. L. (2012). *Envolvimento paterno, stress parental e apoio social em pais de crianças em idade escolar* (Doctoral dissertation)

Assumpção Jr., & F., Kunczynski, E. (2010) – *Qualidade de vida na infância e na adolescência – orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. Porto Alegre – Artmed

Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

Baker, BL, McIntyre, LL, Blacher, J. (2003) Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research* 47(4/5): 217–230. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00484.x.

Baker, CK, Perilla, JL, Norris, FH (2001) Parenting stress and parenting competence among Latino men who batter. *Journal of Interpersonal Violence* 16(11): 1139–1157.

Barros, J., Silva, K., & Martins, M. (2019). Alienação parental – Realidade e riscos. In J. Martins & M. Simões (Coords.), *Crime, Desvio e Risco na Adolescência* (pp. 152-163). Lisboa: Edições Sílabo.

- Barroso, R. G. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52 (1), 211-229.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1), 1-103. doi:10.1037/h0030372
- Bayle, F.; Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Bayle, S., e Martinet, F. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bergdahl, J., & Bergdahl, M. (2002). Perceived stress in adults: Prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18(5), 235–241. <https://doi.org/10.1002/smi.946>
- Berger, E. H. (2000). *Parents as Partners in Education: families and schools working together* (5th Ed.). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Berry, J. O., e Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463–472. doi:10.1177/0265407595123009
- Bhat, P., & Khadi, P. (2018). Maternal Parenting Quality: A Comparative Study of Urban and Rural Mother – Infant Dyads in Their Natural Settings. *Int. J. Pure App. Bioscience*, 6(4), 63-70. <https://doi.org/10.18782/2320-7051.6690>.

- Blanchard, LT, Gurka, MJ, Blackman, JA (2006) Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics* 117(6): e1202–1212.
- Bode, AA, George, MW, Weist, MD. (2016) The impact of parent empowerment in children's mental health services on parenting stress. *Journal of Child and Family Studies* 25(10): 3044–3055. DOI: 10.1007/s10826-016-0462-1.
- Bornstein, M. H. (2002). Series Foreword. In Borkowski, J. G., Ramey, S. L. and Bristol-Power, M. (Eds), *Parenting and the Child's World: Influences on Academic, Intellectual and Social-Emotional Development* (pp. 9-11) London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, 29(64), 31-39. <https://doi.org/10.7213/rpa.v29i64.19835>.
- Bradley, R.H. (2007). Parenting in the breach: How parents help children cope with developmentally challenging circumstances. *Parenting: Science & Practice*, 7, 99-148
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husten & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (pp. 1643-1647). New York: Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring*

environment across the life span: Emerging methods and concepts (pp. 3-28).

Washington Dc: American Psychological Association Press

Bronte-Tinkew, J., Burkhauser, M., & Metz, A. J. (2012). Elements of promising practices in fatherhood programs: evidence-based research findings on interventions for fathers. *Fathering: A Journal of Theory, Research & Practice about Men as Fathers*, 10(1).

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.

Brotman, LM, Kiely Gouley, K, Huang, KY. (2007) Effects of a psychosocial family-based preventive intervention on cortisol response to a social challenge in preschoolers at high risk for antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry* 64: 1172–1179. DOI: 10.1001/archpsyc.64.10.1172.

Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, E. S., & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 110(2), 104699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>

C. Fong, V., & Iarocci, G. (2020). Resultados da criança e da família após pandemias: uma revisão sistemática e recomendações sobre políticas de COVID-19. *Jornal de psicologia pediátrica*, 45 (10), 1124-1143.

Caldwell, CL, Horne, AM, Davidson, B. (2007) Effectiveness of a multiple family group intervention for juvenile first offenders in reducing parent stress. *Journal of Child and Family Studies* 16(3): 443–459. DOI: 10.1007/s10826-006-9097-y.

- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., & Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *European child & adolescent psychiatry*, 31(7), 1-13.
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade - Compreensão segundo diversas perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*, 15(9), e0238457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>
- Carmo, H & Ferreira, M. M. (2005). *Metodologia da investigação: guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CDC Covid-19 Response Team, CDC COVID-19 Response Team, CDC COVID-19 Response Team, Chow, N., Fleming-Dutra, K., Gierke, R., ... & Ussery, E. (2020). Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with coronavirus disease 2019—United States, February 12–March 28, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(13), 382-386.
- Centre for Studies on Human Stress. (2019). *Stress*. <https://humanstress.ca/stress/>
- Chung, G., Chan, X., Lanier, P., & Ju, P. W. Y. (2020). *Associations between work-family balance, parenting stress, and marital conflicts during COVID-19 pandemic in Singapore*. OSF Preprints. <https://doi.org/10.31219/osf.io/nz9s8>.

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

Cohen S., Williamson G., Perceived stress in a probability sample of the United States, in: S. Spacapan, S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health*, Sage, Newbury Park, CA, 1988

Cohen, S.; Kamarck, T.; Mermelstein, R. - A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior* (1983) 385–396. doi: 10.2307/2136404.

Collins, C., Landivar, L. C., Ruppner, L., & Scarborough, W. J. (2020). COVID-19 and the gender gap in work hours. *Gender, Work and Organization*, 28, 101– 112. <https://doi.org/10.1111/gwao.12506>

Conn, KM, Halterman, JS, Fisher, SG, Yoos, HL, Chin, NP, Szilagyi, PG (2005) Parental beliefs about medications and medication adherence among urban children with asthma. *Ambulatory Pediatrics* 5(5): 306–310.

Cornish, L. (2006). Parents' Views of Composite Classes in an Australian Primary School. *Australian Educational Researcher*, 33 (2) p123-142.

Costa, C. A. C. (2011). *Indutores do Stress Parental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto

Costa, K. A., & Laport, T. J. (2019). Família e sociedade: uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Revista Mosaico*, 10(1), 49-55. <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1784>.

- Costa, K. A., & Laport, T. J. (2019). Família e sociedade: uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Revista Mosaico*, 10(1).
- Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. In K. Deater-Deckard, & R. Panneton (Eds.), *Parental stress and early child development* (pp. 263– 284). Springer.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>
- Cuskelly, M., Hauser - Cram, P., Van Riper, M. (2008). Families of children with Down Syndrome: What we know and what we need to know. *Down Syndrome Research and Practice*. 105 -113
- Cyrułnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Odile Jacob.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487-496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487.
- Deater-Deckard, K., & Panneton, R. (2017). Unearthing the developmental and intergenerational dynamics of stress in parent and child functioning. In K. D. Deckard, & R. Panneton (Eds.), *Parental stress and early child development* (pp. 1– 11). Springer.

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology, 10*(1), 45. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.45>.

Dessen, M. A.; Braz, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA Jr., Á. L. (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p.113-131.

Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G., & Cellini, N. (2020). The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study. *European Child and Adolescent Psychiatry, https://doi.org/10.1007/s00787-020-01631-3*.

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento, 19*, 139-156.

Direção Geral da Saúde. Novo coronavírus COVID-19 - Relatório de situação de 10 de abril de 2019. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/39_DGS_boletim_20200410.pdf

Dodgson, J. E., Tarrant, M., Chee, Y. O., & Watkins, A. (2010). New mothers' experiences of social disruption and isolation during the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong. *Nursing & health sciences, 12*(2), 198-204.

Donato, S., Parise, M., Pagani, A. F., Lanz, M., Regalia, C., Rosnati, R., & Iafrate, R. (2020). Together against COVID-19 concerns: The role of the dyadic coping process for partners' psychological well-being during the pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*, 578395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578395>.

Eiser, C. & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4), 1-157.

Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205-211.

Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life?: Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.

Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., . . . & HBSC Positive Health Focus Group. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the Kidscreen-10 Index. *Int J public health*, 54, 160-166. doi:10.1007/s00038-009-5407-7.

Everson, RB, Darling, CA, Herzog, JR (2013) Parenting stress among US Army spouses during combat-related deployments: the role of sense of coherence. *Child and Family Social Work* 18(2): 168–178. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2011.00818.x.

Farrell, M, Holmes, G, Coldicutt, P, Peak, M (2003) Management of childhood constipation: parents' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5): 479–489.

Fegert, J. M., & Schulze, U. M. (2020). COVID-19 and its impact on child and adolescent psychiatry—a German and personal perspective. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 243-245.

Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14(1), 1-11.

- Ferrari, M.; Kaloustian, S. M. Introdução. In: Kaloustian, S. M. (Org.) *Família brasileira, a base de tudo* (p.11-5), 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, Unicef, p.11-5, 2004.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia:Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/5698>
- Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. (2020). Estudo identifica principais fake news relacionadas à Covid-19. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>
- Fleck, M. P. A. (2006). O projecto WHOQOL: Desenvolvimento e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 5-13.
- Ford, T, Sayal, K, Meltzer, H, Goodman, R (2005) Parental concerns about their child’s emotions and behaviour and referral to specialist services: general population survey. *British Medical Journal* 331(7530): 1435–1436.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem estar subjetivo. *Psicologia e Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214
- Garcia, F. & Garcia, E. (2014). The Indulgent Parenting Style and Developmental Outcomes in South European and Latin American Countries. Em Selin, H. (ed.) *Parenting Across Cultures: Childrearing, Motherhood and Fatherhood in Non-Western Cultures, Science Across Cultures: The History of Non-Western Science*, 7, 419-430
- Gaspar, T. & Matos, M., (2008) – Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52. *Aventura Social e Saúde*

- Gaspar, T., & Matos, M. G. (Coord.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/FCT.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Batista-Foguet, J., Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (2010). Parent-child perceptions of quality of life: implications for health intervention. *Journal of family studies*, 16(2), 143-154.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais, R., José, L., Leal, I. & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais, R., José, L., Leal, I. & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais-Ribeiro, J. L. & Leal, I. (2009). Qualidade de vida - Instrumentos Kidscreen-52 para pais e crianças e adolescentes. *Revistas peruana de psicometria*, 1(2).
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais-Ribeiro, J. L., Leal, I., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2010). KIDSCREENS: Quality of live in children and adolescents. *Revista de psicologia da criança e do adolescente*, 1(1), 49-64.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. & Goncalves, A. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. G. Matos (Eds.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. (pp. 95-107). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 2(2), 47-60.

- Gaspar, T., Ribeiro, J.L.P., Matos, M.G. & Leal, I. (2008) – Promoção e qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia e Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71
- Gavita, AO, David, D, DiGiuseppe, R (2014) You are such a bad child! Appraisals as mechanisms of parental negative and positive affect. *Journal of General Psychology* 141(2): 113–129.
- Gewirtz, A., e Zamirt, O. (2014). The impact of parental deployment to war on children: the crucial role of parenting. *Advances in Child Development and Behavior*, 46, 89–112.
- Glascoc, FP (1997) Parents’ concerns about children’s development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics* 99(4): 522–528.
- Glascoc, FP, MacLean, WE, Stone, WL (1991) The importance of parents’ concerns about their child’s behavior. *Clinical Pediatrics* 30(1): 8–11.
- Goes, A. R. & Barros, L. (2015). Aconselhamento parental como estratégia de promoção de saúde infantil: das oportunidades de intervenção aos resultados. In A. I. Pereira. *Promoção da parentalidade positiva* (pp.49-108). Lisboa, Coisas de Ler.
- Gomes, A. J. S., & Resende, V. R. (2004). O pai presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 119-125. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200004>.
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Estresse pós traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port.*, 20, 347–354.
- Helseth, S. & Lund, T. (2005). Assessing health-related quality of life in adolescents: some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. *Scandinavian journal caring science*, 19, 102-109.

Hoang, A., Chorath, K., Moreira, A., Evans, M., Burmeister-Morton, F., Burmeister, F., ... & Moreira, A. (2020). COVID-19 in 7780 pediatric patients: a systematic review. *EClinicalMedicine*, 24, 100433.

Hoghugh, M. (2004). Parenting – An Introduction. In Hoghugh, M. and Long, N.(Eds.)(2004). *Handbook of Parenting, Theory and Research for Practice* (pp.1-18). London: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781848608160>.

Hoghugh, M. S. & Long, N. (2004). Preface. In M.S. Hoghugh & N. Long, *Handbook of parenting: theory and research for practice* (pp. 19-20). London: Sage.

Huang, YP, Chang, MY, Chi, YL. (2014) Health-related quality of life in fathers of children with or without developmental disability: the mediating effect of parental stress. *Quality of Life Research* 23(1): 175–183. DOI: 10.1007/s11136-013-0469-7.

Hughes, A, Gallagher, S, Hannigan, A (2015) A cluster analysis of reported sleeping patterns of 9-month old infants and the association with maternal health: results from a population based cohort study. *Maternal and Child Health Journal* 19(8): 1881–1889. DOI: 10.1007/s10995-015-1701-6.

Hughes, A, Gallagher, S, Hannigan, A (2015) A cluster analysis of reported sleeping patterns of 9-month old infants and the association with maternal health: results from a population based cohort study. *Maternal and Child Health Journal* 19(8): 1881–1889. DOI: 10.1007/s10995-015-1701-6.

Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.

Inter-Agency Standing Committee [IASC]. (2015). *Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action camp coordination and camp management food security and agriculture. Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery.* http://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf.

Isaacs, S. A., Roman, N. V., Savahl, S., & Sui, X.C. (2018). Using the RE-AIM framework to identify and describe best practice models in family-based intervention development: A systematic review. *Child & Family Social Work, 23*(1), 122-136. <https://doi.org/10.1111/cfs.12380>.

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The journal of Pediatrics, 221*, 264-266.

Johansson, M, Svensson, I, Stenström, U. (2016) Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care 21*(1): 65–73. DOI: 10.1177/1367493516679015.

Jokovic, A.; Locker, D. & Guyatt, G. (2004). How well do parents know their children? Implication for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of life research, 13*, 1297-1307.

Jones, H. A., Putt, G. E., Rabinovitch, A. E., Hubbard, R., & Snipes, D. (2017). Parenting stress, readiness to change, and child externalizing behaviors in families of clinically referred children. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 225– 233.

King, A. M., Lefkowitz, E. J., Mushegian, A. R., Adams, M. J., Dutilh, B. E., Gorbalenya, A. E., ... & Davison, A. J. (2018). Changes to taxonomy and the International Code of Virus Classification and Nomenclature ratified by the International Committee on Taxonomy of Viruses (2018). *Archives of virology*, *163*(9), 2601-2631.

Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: a developmental pathways model. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method* (2nd ed.). (pp. 333-369). Hoboken: John Wiley & Sons.

Kowal, M., Coll-Martín, T., Ikizer, G., Rasmussen, J., Eichel, K., Studzińska, A., Koszałkowska, K., Karwowski, M., Najmussaib, A., Pankowski, D., Lieberoth, A., & Ahmed, O. (2020). Who is the most stressed during the COVID-19 pandemic? Data from 26 countries and areas. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *12*, 946–966. <https://doi.org/10.1111/aphw.12234>

Kulkarni, A. (2007). Assessment of mother and father concern in childhood hydrocephalus. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *16*(9), 1501-1509. doi:10.1007/s11136-007-9258-5.

Lampard, A, Byrne, S, Zubrick, S, Davis, E (2008) Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity* 3(2): 84–92.

Lampe, EM, Karazsia, BT, Wildman, BG (2009) Identification of families at risk for behavior problems in primary care settings. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 30(6): 518–524.

- Lee, E.-H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 4121-127. [10.1016/j.anr.2012.08.004](https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004)
- Lee, J. K., Feinberg, M. E., & Wells, M. B. (2020). The Swedish brief coparenting relationship scale: Psychometrics and concurrent validity among primiparous and multiparous fathers. *Family Relations*, 70, 823– 839. <https://doi.org/10.1111/fare.12503>.
- Lee, M. H., Perl, D. P., Nair, G., Li, W., Maric, D., Murray, H., ... & Nath, A. (2021). Microvascular injury in the brains of patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 384(5), 481-483.
- Leung, C, Tsang, SM (2010) The Chinese parental stress scale: psychometric evidence using Rasch modeling on clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment* 92: 26–34. DOI: 10.1080/00223890903379209.
- Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., Qu, W., Wang, Z., Tian, B., Yang, F., Yao, Y., Tan, Y., Jiang, R., & Tan, S. (2020). Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. *SSRN Electron J*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551415>.
- Liu, H., Chen, S., Liu, M., Nie, H., & Lu, H. (2020). Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging and disease*, 11(3), 668.
- Long, C, Gurka, M, Blackman, J (2008) Family stress and children’s language and behavior problems: results from the National Survey of Children’s Health. *Topics in Early Childhood Special Education* 28: 148–157.

- Lopes, M. S. O. C. & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(4).
- Lopes, P. (2013) – *Qualidade de vida: evidência para Portugal*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa
- Loureiro, M. & Miranda, N. (2016) – *Promover a saúde – dos fundamentos à ação*. Almedina. ISBN: 9789724068176
- Malia, J. A. (2006). Basic concepts and models of family stress. *Stress, trauma, and crisis*, 9(3-4), 141-160.
- Mallers, M. H., Charles, S. T., Neupert, S., & Almeida, D. M. (2010). Perceptions of childhood relationships with mother and father: Daily emotional and stressor experiences in adulthood. *Developmental Psychology*, 46(6), 1651-1661
- Manzano, Ö., & Ullén, F. (2012). Activation and connectivity patterns of the presupplementary and dorsal premotor areas during free improvisation of melodies and rhythms. *Neuroimage*, 63(1), 272-280.
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of pediatric psychology*, 45(10), 1114-1123.
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Di Giandomenico, S., Mazza, C., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of parent psychological distress on child hyperactivity/inattention during the COVID-19 lockdown: Testing the mediation of parent verbal hostility and child emotional symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 3417. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567052>.

- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of Pediatric Psychology, 45*(10), 1114– 1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa093>.
- Marques, E. S., Moraes, C. L. D., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública, 36*.
- Matos, M. G., Gaspar, T. & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in portuguese children and adolescents. *Psicologia: reflexão e crítica, 25*(2), 230-237.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J., . . . & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Projecto Europeu KIDSCREEN, Relatório do estudo português*. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial, www.aventurasocial.com
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health, 7*(1), 79-92.
- McHale, J., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing points of co-parenting theory and research. *Journal of Adult Development, 11*, 221-234. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035629.29960.ed>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company

Mental Health Foundation. (2022). *Mental Health Foundation/ Good Mental for all.*

<https://www.mentalhealth.org.uk/>

Mesibov, G, Schroeder, C, Wesson, L (1993) Parental concerns about their children. In: Roberts, M, Koocher, G, Routh, D, Willis, D (eds) *Readings in Pediatric Psychology*. New York, NY: Plenum Press, pp.307–316.

MINUCHIN, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, p.289-302, 1985.

Moore, S. A., Faulkner, G., Rhodes, R. E., Brussoni, M., Chulak-Bozzer, T., Ferguson, L. J., Mitra, R., O'Reilly, N., Spence, J. C., Vanderloo, L. M., & Tremblay, M. S. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>.

Morgado, P., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2017). *Resposta Neuronal ao Stress*.

Mortensen, JA, Barnett, MA (2015) Risk and protective factors, parenting stress, and harsh parenting in Mexican origin mothers with toddlers. *Marriage and Family Review* 51(1): 1–21. DOI: 10.1080/01494929.2014.955937.

Moscardino, U., Dicataldo, R., Roch, M., Carbone, M., & Mammarella, I. C. (2021). Parental stress during COVID-19: A brief report on the role of distance education and family resources in an Italian sample. *Current Psychology*, 40, 5749– 5752. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01454-8>

Mousavi, S. F. (2020). Psychological well-being, marital satisfaction, and parental burnout in Iranian parents: The effect of home quarantine during COVID-19

- outbreaks. *Frontiers in Psychology, 11*, Article 553880. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.553880>
- Muratori, P., Ciacchini, R. Children and the COVID-19 transition: psychological reflections and suggestions on adapting to the emergency. *Clinical Neuropsychiatry, 17*(2), 131-134. 2020
- Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of life research, 12*(1), 73-80.
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruiria, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res, 290*, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Oishi, S., Diener, E. & Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: can people be too happy?. *Perspectives on psychological science, 2*(4), 346-360. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x
- Oliveira, M. S. (2016). Famílias Multiproblemáticas: Estratégias para Uma Intervenção Psicossocial. In A. I. Sani & S. Caridade (Coords.), *Práticas de Intervenção na Violência e no Crime* (pp. 221-229). Lisboa: Pactor.
- Oppermann, E., Cohen, F., Wolf, K., Burghardt, L., & Anders, Y. (2021). Changes in parents' home learning activities with their children during the COVID-19 lockdown – The role of parental stress, parents' self-efficacy and social support. *Frontiers in Psychology, 12*, 3113. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682540>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.* Washington. 2019

[http://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.](http://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 2986.

Patterson, J. M. (2004). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349– 360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>

Pereira, A. I. F.; Canavarro, C.; Cardoso, M. F. & Mendonça, D. (2009). Patterns of Parental Rearing Styles and Child Behavior Problems among Portuguese School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 454-464

Pereira, E. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 26(2), 241-250.

Peterson, E. (1977). *Changes in the Adolescent-Parent Relationship according to Sex Role*. Paper presented at Annual Meeting of the Western Social Science Association (Denver, Colorado, April 21-25, 1977).

Pinto & Silva et al. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climpesi Editores

- Prigatano, G., & Gray, J. (2007). Parental concerns and distress after paediatric traumatic brain injury: A qualitative study. *Brain Injury, 21*(7), 721-729. doi:10.1080/02699050701481605.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramey, S. L. (2002). *Relationship between cardiovascular disease morbidity, risk factors, and stress in a law enforcement cohort*. Iowa State University.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Editora RH
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., & Bullinger, M. (2006). The KIDSCREEN and DISABKIDS questionnaires: Two new measures for children and adolescent's health related quality of life. *Patient Reported Outcomes Newsletter, 37*, 9-11.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: Methodological considerations. *Pharmacoeconomics, 24* (12), 1199-1220.
- Reader, P., Duncan, S., & Lucey, C. (2005). *Studies in the assessment of parenting*. Florence: Routledge
- Reijneveld, SA, De Meer, G, Wiefferink, CH, Crone, MR (2008) Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health 8*: 124.
- Ren, J., Xingkai, L., Chen, S., Suiqing, C., & Nie, Y. (2020). The influence of factors such as parenting stress and social support on the state anxiety in parents of special

- needs children during the COVID-19 epidemic. *Frontiers in Psychology*, *11*, Article 565393. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565393>
- Restall, G. & Borton, B. (2009). Parents' concerns about their children's development at school entry. *Child: care, health and development*, *36* (2), 208-215.
- Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., Trovato, A., Volpi, B., Molgora, S., Fenaroli, V., Ierardi, E., Ferro, V., Lucarelli, L., Agostini, F., Tambelli, R., Saita, E., Crugnola, C. R., & Brustia, P. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, *8*, Article 839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>
- Romero, E., López-Romero, L., Domínguez-Álvarez, B., Villar, P., & Gómez-Fraguela, J. A. (2020). Testing the effects of COVID-19 confinement in Spanish children: The role of parents' distress, emotional problems and specific parenting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 6975. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196975>.
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J., & Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(5), 671– 682. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01037-x>.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, *57*(3), 316-331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Ryum, T., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., & Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: A

- prospective study. *Frontiers in Psychology*, 8, 924. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00924>
- Santos, A. L., Cecílio, H. P. M., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2012). Knowing the family functionality under the view of a chronically ill patient. *Text Context Nursing*, 21(4), 879-886. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>.
- Santos, V. A. B. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004) – Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. [10.1590/S0102-311X2004000200027](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027)
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*, 23(6), 675-691.
- Septans, A.L. (2014) *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer* (Tese de doutoramento). Université de FrancheComté
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Covid-19*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>
- Setti, L., Passarini, F., De Gennaro, G., Barbieri, P., Pallavicini, A., Ruscio, M., ... & Miani, A. (2020). Searching for SARS-COV-2 on particulate matter: a possible

- early indicator of COVID-19 epidemic recurrence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2986.
- Setti, L., Passarini, F., De Gennaro, G., Barbieri, P., Perrone, M. G., Borelli, M., ... & Miani, A. (2020). SARS-Cov-2RNA found on particulate matter of Bergamo in Northern Italy: first evidence. *Environmental research*, 188, 109754.
- Setti, L., Passarini, F., De Gennaro, G., Barbieri, P., Perrone, M. G., Borelli, M., ... & Miani, A. (2020). Airborne transmission route of COVID-19: Why 2 meters/6 feet of inter-personal distance could not be enough. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2932.
- Sheldrick, R. C., Neger, E. N., & Perrin, E. C. (2012). Concerns about development, behavior & learning among parents seeking pediatric care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*; 33(2): 156– 160.
- Silva, F. A. C., Andrade, P. R., Barbosa, T. R., Hoffmann, M. V., & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e jovens oncológicos junto aos familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 334-341. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200014>
- Silva, M. R., & Piccinini, C. A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: Um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 561-573. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400015>.
- Simões, R, Leal, I, Maroco, J (2010) Paternal involvement in a group of fathers of elementary school children. *Psicologia, Saúde e Doenças* 11(2): 339–356.
- Slater, A, Bowen, J, Corsini, N, Gardner, C, Golley, R, Noakes, M (2010) Understanding parent concerns about children’s diet, activity and weight status: an important step

- towards effective obesity prevention interventions. *Public Health Nutrition* 13(8): 1221–1228.
- Soares, A., Martins, A., Lopes, M., Britto, J., Oliveira, C. & Moreira, M. (2008) – Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(7), 3197-3206. 10.1590/S1413-81232011000800019
- Soenens, B, Vansteenkiste, M, Luyten, P (2010) Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality* 78(1): 217–256.
- Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and co-parenting relationship Quality. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 504-514. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.006>.
- Sousa, E. (2011). *A família- Atitudes do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Setti, A., & Fasolo, M. (2020). Parenting stress during the COVID-19 outbreak: Socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Family Process*, 60, 639– 653. <https://doi.org/10.1111/famp.12601>.

Stickler, GB, Salter, M, Broughton, DD, Alario, A (1991) Parents' worries about children compared to actual risks. *Clinical Pediatrics* 30(9): 522–528.

Thapar, A., & Rutter, M. (2015). Neurodevelopmental disorders. *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 31-40.

The Child & Adolescent Health Measurement Initiative. (2003). *2003 National Survey of Children's Health*. <https://www.childhealthdata.org/learn-about-the-nsch/archive-prior-year-data-documents-and-resources/2003-nsch>

The KIDSCREEN Group Europe (2004). *Health-related quality of life questionnaire for children and young people*. <http://www.kidscreen.org/english/questionnaires/kidscreen-10-index/>

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), 353-378.

Tsutsui, Y., Shahrabani, S., Yamamura, E., Hayashi, R., Kohsaka, Y., & Ohtake, F. (2021). The willingness to pay for a hypothetical vaccine for the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12450.

Vaz-Serra, A. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao Stress: a 23 GVS*.

Vaz-Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.

Vaz-Serra, A. (2007). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Minerva Coimbra

- Vieira, J., Ávila, M., & Matos, P. (2012). Attachment and parenting: The mediating role of work - family balance in Portuguese parents of preschool children. *Family Relations, 61*, 31- 50
- Vigo, D., Patten, S., Pajer, K., Krausz, M., Taylor, S., Rush, B., ... & Yatham, L. N. (2020). Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry, 65*(10), 681-687.
- Vinuto, J. A., Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas, SP, 22*, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977.
- Wagner, A., Tronco C. & Armani, A. (2011). Os desafios da família contemporânea. In A. Wagner (Ed.), *Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões* (pp.19-35). Porto Alegre: Artmed
- Wallander, J. L., Schmitt, M., & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology, 57* (4), 571-585.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet, 395*(10228), 945– 947.
- Wang, X., Tan, L., Wang, X., Liu, W., Lu, Y., Cheng, L., & Sun, Z. (2020). Comparison of nasopharyngeal and oropharyngeal swabs for SARS-CoV-2 detection in 353 patients received tests with both specimens simultaneously. *International Journal of Infectious Diseases, 94*, 107-109.

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26, 13–22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>.

Warming, H. (2003). The quality of life from a child's perspective. *International journal of public administration*, 26(7) 815-829.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder : the Importance of Right Diagnosis and Treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*, (2), 1–13.

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1971)

World Health Organization. (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.

World Health Organization. (2012). *World health organization quality of life user manual*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness*.

World Health Organization. (2022). *Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>

World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse. Mental Health, World Health Organization. Mental Health Evidence, & Research Team. (2005). *Mental health atlas 2005*. World Health Organization.

World Vision. (2020). *COVID-19 AND CHILDREN: HOW A GLOBAL PANDEMIC IS CHANGING THE LIVES OF CHILDREN IN ALBANIA & KOSOVO. A Mixed Method Study*.

Xie, B., Charness, N., Fingerman, K., Kaye, J., Kim, M. T., & Khurshid, A. (2020). When going digital becomes a necessity: Ensuring older adults' needs for information, services, and social inclusion during COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 460-470.

Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirtcliff, E. A., & Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method* (2nd ed.) (pp. 76-138). Hoboken: John Wiley & Sons

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Consentimento

Anexo B – Questionário sociodemográfico

Anexo C – Instrumentos

ANEXO A

Consentimento

Investigação sobre *stress* parental e qualidade de vida da criança na pandemia COVID-19

Estamos a realizar um estudo sobre *stress* parental e qualidade de vida da criança na pandemia do COVID-19 com famílias residentes em Portugal. Se você é adulto e pai/mãe/cuidador responsável por uma criança entre 6 e 16 anos de idade, convidamos a responder este inquérito. O estudo é anónimo. Não há respostas certas nem erradas. Os resultados obtidos serão utilizados para fins académicos. O questionário deve demorar aproximadamente 15 minutos.

Este questionário insere-se numa investigação do Grupo de Investigação Qualidade de Vida, Intervenção Psicossocial e Cidadania do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social, Universidade Lusíada de Lisboa.

Por favor, indique se concorda participar neste estudo, assinalando o quadrado com a sua resposta.

Eu concordo participar neste estudo

Eu não estou interessada em participar neste estudo

Comentários ou dúvidas, por favor contacte: elisa.castro@lis.ulusiada.pt

ANEXO B

Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Qual seu grau de parentesco com a criança? Mãe, Pai Outro

Sua idade:

Genero: Feminino Masculino outro

Nacionalidade:

Distrito onde vive:

Escolaridade completa: 1 ciclo, 2 ciclo, 3 ciclo, secundário, universitário

Atualmente está numa relação amorosa ou casamento? Sim Não

Se sim, há quanto tempo?

Número de filhos:

Como está constituído seu agregado familiar?

cônjuge filhos avós outro. Quem?

Com quem vive seu filho?

Comigo Pai/mãe Padrasto/madrasta Irmãos Avós Outros

Idade da criança (no caso de haver mais de uma criança entre 6 e 16 anos, escolher uma delas para responder ao questionário):

Género da criança: feminino masculino

Escolaridade da criança:

A criança possui algum problema de saúde? Não Sim qual?

Qual seu estado profissional atual: empregado desempregado lay-off outro

Profissão:

Se está empregado, esteve em teletrabalho? Não Sim há quanto tempo?

É profissional da saúde que atua com COVID-19? Não Sim

Teve COVID-19? não sim quando? Foi hospitalizado?

Já foi vacinada contra o COVID-19? não sim 1 dose sim 2 doses

Seu filho teve COVID-19? Não sim quando? Teve complicações?

Perdeu algum familiar ou amigo próximo pelo COVID-19? Não Sim grau de

parentesco:

ANEXO C
Instrumentos

Escala de Preocupações Parentais

Algarvio, Leal & Maroco (2012)

As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião acerca do que o/a preocupa actualmente em relação ao seu filho/a. Responda, por favor, a cada uma das questões fazendo um círculo à volta da opção que considera mais adequada à sua situação. Se achar que a questão não lhe diz respeito, não preencha, deixando o espaço em branco.

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Bastante	Muitíssimc
1. Preocupa-me o meu filho ter medo do escuro	1	2	3	4	5
2. Preocupa-me o meu filho controlar dificilmente os seus comportamentos	1	2	3	4	5
3. Preocupa-me o meu filho não me obedecer	1	2	3	4	5
4. Preocupa-me o que o meu filho deve comer	1	2	3	4	5
5. Preocupa-me os pais não estarem de acordo quanto às regras e disciplina	1	2	3	4	5
6. Preocupa-me saber como preparar o meu filho para mudar de casa	1	2	3	4	5
7. Preocupa-me o meu filho entender o que é a Morte	1	2	3	4	5
8. Preocupa-me o meu filho queixar-se de dores de cabeça	1	2	3	4	5
9. Preocupa-me o meu filho ter o sono agitado	1	2	3	4	5
10. Preocupa-me o meu filho fazer birras	1	2	3	4	5
11. Preocupa-me a educadora/professora entender o meu filho	1	2	3	4	5
12. Preocupa-me os pais discutirem muito	1	2	3	4	5
13. Preocupa-me o meu filho não querer ir para a cama	1	2	3	4	5
14. Preocupa-me o meu filho ser mandão e Exigente	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Bastante	Muitíssimc
15. Preocupa-me o meu filho ser sujeito a maus-tratos	1	2	3	4	5
16. Preocupa-me o que deve ser dito à criança em caso de separação dos pais	1	2	3	4	5
17. Preocupa-me o meu filho ter medos	1	2	3	4	5
18. Preocupa-me o meu filho queixar-se de					

19. Preocupa-me o meu filho entender a morte de alguém próximo	1	2	3	4	5
20. Preocupa-me o meu filho não comer certos Alimentos	1	2	3	4	5
21. Preocupa-me o meu filho ter medo do papão ou de monstros	1	2	3	4	5

Escala do Stresse Percecionado

Perceived Stress Scale – PSS (10 item)
Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)

Nome _____

Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					

8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controle?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

KIDSCREEN-10

(Gaspar et al., 2008)

Pense na última semana...	Nada	Pouco	Moderada- mente	Muito	Totalmente
g1. O/A seu/sua filho(a) sentiu-se bem e em forma?					
g2. O/A seu/sua filho(a) sentiu-se cheio(a) de energia?					
g3. O/A seu/sua filho(a) sentiu-se triste?					
g4. O/A seu/sua filho(a) sentiu-se sozinho(a)?					
g5. O/A seu/sua filho(a) teve tempo suficiente para si próprio(a)?					
g6. O/A seu/sua filho(a) tem sido capaz de fazer atividades que quer fazer no tempo livre?					
g7. O/A seu/sua filho(a) sentiu que os pais o/a trataram com justiça?					
g8. O/A seu/sua filho(a) divertiu-se com outros rapazes e raparigas?					
g9. O/A seu/sua filho(a) foi bom/boa aluno(a) na escola?					
g10. O/A seu/sua filho(a) sentiu-se capaz de prestar atenção?					