

Universidades Lusíada

Sousa, Débora Joana Ribeiro, 1999-

**Covid-19: impacto na saúde mental e na
qualidade de vida dos jovens de Timor-Leste e
Portugal - um estudo comparativo**

<http://hdl.handle.net/11067/8447>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

A presente dissertação teve como principal objetivo comparar os impactos da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de adolescentes em Portugal e Timor-Leste. Com base no modelo ecológico de Bronfenbrenner, que realça a influência dos contextos sociais no desenvolvimento humano, analisou-se como os jovens de diferentes realidades socioculturais experienciaram o período pandémico. A amostra foi constituída por adolescentes dos dois países e a metodologia combinou abordagens quant...

The main objective of this dissertation was to compare the impacts of the COVID-19 pandemic on the quality of life and mental health of adolescents in Portugal and Timor-Leste. Based on Bronfenbrenner's ecological model, which emphasizes the influence of social contexts on human development, this study analyzed how young people from diferente sociocultural backgrounds experienced the pandemic period. The sample consisted of adolescents from both countries, and the methodology combined quantitati...

Palavras Chave

Jovens - Saúde mental - Portugal, Jovens - Saúde mental - Timor-Leste, Qualidade de vida, Teoria ecológica do desenvolvimento humano, Pandemia da COVID-19, 2020-2023 - Influência, Pandemia da COVID-19, 2020-2023 - Aspectos sociais

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T23:02:50Z com
informação proveniente do Repositório



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

**Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade de Vida dos
Jovens de Timor-Leste e Portugal -
Um Estudo Comparativo**

Realizado por:
Débora Joana Ribeiro Sousa

Orientado por:
Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente:	Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientador:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 23 de janeiro de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade
de Vida dos Jovens de Timor-Leste e Portugal -
Um Estudo Comparativo**

Débora Joana Ribeiro Sousa

Lisboa

Julho 2025



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

**Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade
de Vida dos Jovens de Timor-Leste e Portugal -
Um Estudo Comparativo**

Débora Joana Ribeiro Sousa

Lisboa

Julho 2025

Débora Joana Ribeiro Sousa

Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade de Vida dos Jovens de Timor-Leste e Portugal - Um Estudo Comparativo

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

Orientadora: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Débora Joana Ribeiro Sousa
Orientadora Professora Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Covid-19: impacto na saúde mental e na qualidade de vida dos jovens de Timor-Leste e Portugal - um estudo comparativo
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SOUSA, Débora Joana Ribeiro, 1999-

Covid-19 : impacto na saúde mental e na qualidade de vida dos jovens de Timor-Leste e Portugal - um estudo comparativo / Débora Joana Ribeiro Sousa ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Jovens - Saúde mental - Portugal
2. Jovens - Saúde mental - Timor-Leste
3. Qualidade de vida
4. Teoria ecológica do desenvolvimento humano
5. Pandemia da COVID-19, 2020 - Influência
6. Pandemia da COVID-19, 2020 - Aspectos sociais
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
8. Teses - Portugal - Lisboa

1. Youth - Mental health - Portugal
2. Youth - Mental health - East Timor
3. Quality of life
4. Ecological Systems Theory
5. COVID-19, Pandemic, 2020 - Influence
6. COVID-19, Pandemic, 2020 - Social aspects
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
8. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ503.S68 2025



Universidade Lusíada de Lisboa
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia Clínica

Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade de Vida dos Jovens de Timor-Leste e Portugal - Um Estudo Comparativo

Débora Joana Ribeiro Sousa

Lisboa
Julho, 2025

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha mais profunda gratidão aos meus pais e à minha família, pelo apoio incondicional, presença constante e por acreditarem em mim ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos, que nas fases mais críticas estiveram presentes com um abraço sincero e palavras de encorajamento como “Vai, tu és capaz”, o meu obrigado de coração.

À Doutora Antonieta e à Doutora Lina, diretoras do projeto CAFE de Timor-Leste, agradeço por terem acreditado neste trabalho, permitindo e facilitando o estudo que aqui se apresenta.

A todos os participantes do estudo, tanto na vertente quantitativa como qualitativa, agradeço pela disponibilidade e partilha generosa das suas experiências.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, expresso um especial agradecimento pela orientação, apoio e incentivo ao longo deste processo.

E, por fim, agradeço a mim mesma — pela resiliência, pela força e pela determinação em concluir esta etapa. Daqui a 20 anos, ao olhar para trás, quero poder dizer, com orgulho: “Eu consegui. Nós conseguimos.”

“A coragem não é a ausência de medo, mas a decisão de que algo é mais importante do que o medo.” — Ambrose Redmoon

Resumo

A presente dissertação teve como principal objetivo comparar os impactos da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de adolescentes em Portugal e Timor-Leste. Com base no modelo ecológico de Bronfenbrenner, que realça a influência dos contextos sociais no desenvolvimento humano, analisou-se como os jovens de diferentes realidades socioculturais experienciaram o período pandémico. A amostra foi constituída por adolescentes dos dois países e a metodologia combinou abordagens quantitativas e qualitativas. Recorreu-se à aplicação do WHOQOL-BREF para avaliação da qualidade de vida, bem como à realização de grupos focais para recolha de dados qualitativos. Os resultados quantitativos revelaram que os jovens timorenses apresentaram níveis significativamente mais elevados de qualidade de vida na dimensão psicológica, quando comparados com os jovens portugueses. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à ansiedade durante o confinamento obrigatório. Após este período, os jovens portugueses revelaram níveis de ansiedade mais elevados. Verificou-se ainda que os participantes que testaram positivo à COVID-19 apresentaram níveis superiores de ansiedade em comparação com os que não testaram positivo. Os dados qualitativos complementaram os resultados quantitativos ao indicar que a pandemia impactou negativamente o bem-estar psicológico dos jovens de ambos os países, sendo a ansiedade, o medo e a tristeza os sentimentos mais referidos. Entre os fatores de risco destacaram-se o isolamento social, a desinformação e o medo de contágio, enquanto os fatores de proteção incluíram o otimismo, o suporte familiar e a espiritualidade.

Palavras-chave: Covid-19, Qualidade de Vida, Jovens, Portugal, Timor-Leste, Bronfenbrenner, Psicologia

Abstract

The main objective of this dissertation was to compare the impacts of the COVID-19 pandemic on the quality of life and mental health of adolescents in Portugal and Timor-Leste. Based on Bronfenbrenner's ecological model, which emphasizes the influence of social contexts on human development, this study analyzed how young people from different sociocultural backgrounds experienced the pandemic period. The sample consisted of adolescents from both countries, and the methodology combined quantitative and qualitative approaches. The WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess quality of life, and focus groups were conducted to collect qualitative data. Quantitative results revealed that Timorese adolescents reported significantly higher levels of quality of life in the psychological domain compared to Portuguese adolescents. However, no statistically significant differences were found regarding anxiety during the mandatory confinement. After this period, Portuguese adolescents showed higher levels of anxiety. It was also found that participants who tested positive for COVID-19 presented higher anxiety levels than those who did not. The qualitative data complemented the quantitative findings by showing that the pandemic negatively impacted the psychological well-being of adolescents in both countries, with anxiety, fear, and sadness being the most frequently reported emotions. Among the identified risk factors were social isolation, misinformation, and fear of infection, while protective factors included optimism, family support, and spirituality. These findings underscore the importance of considering cultural, contextual, and ecological factors in understanding the psychosocial impacts of the pandemic on youth, and they highlight the need for multisystemic interventions to promote adolescent mental health and well-being.

Keywords: COVID-19, Quality of Life, Adolescents, Portugal, Timor-Leste, Bronfenbrenner, Psychology

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Dados Sociodemográficos relacionados com a Nacionalidade, Género e Idade</i>	29
Tabela 2 - <i>Dados Sociodemográficos relacionados com Estado Civil, Habilitações Literárias e Profissão</i>	30
Tabela 3 - <i>Estatística Descritiva COVID-19, Sintomas e Tipo de Sintomas</i>	31
Tabela 4 - <i>Estatística Descritiva Teste COVID-19, Família Contaminada e Quarentena por Contacto</i>	31
Tabela 5 - <i>Estatística Descritiva Problemas Saúde, Saúde durante Confinamento, Como te sentias Antes e Durante COVID-19, Ansiedade Pré e Durante COVID-19</i>	32
Tabela 6 - <i>Estatística Descritiva COVID-19, Sintomas e Tipo de Sintomas</i>	42
Tabela 7 - <i>Estatística Descritiva Teste COVID-19, Família Contaminada e Quarentena por Contacto</i>	42
Tabela 8 - <i>Estatística Descritiva Problemas Saúde, Saúde durante Confinamento, Como te sentias Antes e Durante COVID-19, Ansiedade Pré e Durante COVID-19</i>	43
Tabela 9 - <i>Consistência Interna do Questionário WHOQOL-BREF (n=10)</i>	44
Tabela 10 - <i>Teste de Normalidade ao questionário WHOQOL-BREF</i>	45
Tabela 11 - <i>Descritivas para a Normalidade</i>	45
Tabela 12 - <i>Diferenças entre a Nacionalidade e Qualidade de Vida</i>	46
Tabela 13 - <i>Diferenças entre o Género e Qualidade de Vida</i>	46
Tabela 14 - <i>Diferenças entre os níveis de Ansiedade no durante e no pós confinamento obrigatório e a Nacionalidade</i>	46
Tabela 15 - <i>Diferenças entre o sentimento no pré e durante a pandemia e a Nacionalidade</i>	47
Tabela 16 - <i>Diferenças entre os níveis de Ansiedade e no teste Covid</i>	47
Tabela 17 - <i>Diferenças entre os níveis de Ansiedade e no</i>	

<i>tipo de Sintomas da Covid-19.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabela 18 - Correlação de Spearman entre os níveis de</i>	
<i>Ansiedade e o tempo de EAD.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 19 - Correlação de Spearman entre o sentimento no</i>	
<i>pré e durante a pandemia e a idade.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis entre o sentimento no</i>	
<i>pré pandemia e a profissão.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre o sentimento no</i>	
<i>durante a pandemia e a profissão.....</i>	<i>50</i>

Lista de Quadros

Quadro 1 - *Quadro Síntese de Análise Qualitativa das*

Entrevistas..... 41

Quadro 2 - *Características sociodemográficas do grupo*

de nacionalidade portuguesa..... 52

Quadro 3 - *Características sociodemográficas do grupo*

de nacionalidade timorense..... 53

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

CIGC - Centro Integrado de Gestão de Crise

GF - Grupos Focais

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPCT - Processo, Pessoa, Contexto e Tempo

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

TCC - Teoria Cognitivo-Comportamental

WHO - World Health Organization

Sumário

Agradecimentos	II
Resumo	IV
Abstract	VI
Lista de Tabelas	VIII
Lista de Quadros	X
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XII
Sumário	XIV
Introdução	1
Enquadramento Teórico	8
Adolescência e Juventude: Uma perspetiva de Urie Bronfenbrenner	8
Qualidade de Vida e Saúde	15
Impactos da Covid-19 nos Jovens	18
Impactos Físicos	18
Impactos Psicológicos (Ansiedade)	20
Impactos Sociais (Confinamento)	23
Fatores de Risco e Proteção	25
Objetivos da Investigação	27
Método	28
Design do Estudo	28
Participantes	28
Instrumento Quantitativo: WHOQOL-BREF	33
Procedimentos	35
Recolha de Dados	35
Instrumento Qualitativo	36
Participantes	36
Grupos Focais	37
Procedimentos	39
Recolha de Dados	39
Resultados	42
Resultados Quantitativos	42
Resultados Qualitativos	51
Consequências Psicológicas	54
Fatores de Risco/Stress	54
Fatores de Proteção/Enfrentamento	55
Qualidade de Vida e Perceção de Saúde	56

Discussão	58
Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas	66
Anexos	82
Lista de Anexos.....	84
Anexo A	86
Anexo B.....	94
Anexo C.....	101
Anexo D	106
Anexo E.....	112

Introdução

A pandemia da COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, teve início em Wuhan, China, em dezembro de 2019, com os primeiros casos relatados por autoridades locais como uma pneumonia de causa desconhecida. No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou emergência de saúde pública de interesse internacional, seguida da declaração de pandemia a 11 de março de 2020. A pandemia da COVID-19, declarada pela OMS em março de 2020, representou uma das maiores crises sanitárias, sociais e psicológicas do século XXI. Mais do que um fenómeno epidemiológico, a pandemia teve repercussões profundas e duradouras em várias dimensões da vida humana, revelando fragilidades estruturais e acentuando desigualdades pré-existentes (World Health Organization [WHO], 2020; United Nations, 2021).

A infecção do SARS-CoV-2 teve uma sintomatologia variável, em geral acarretando uma gripe intensa (febre, tosse seca, dificuldade para respirar, dores de cabeça e no corpo), além de diarreia, perda do paladar, perda do olfato, etc., que, rapidamente, evolui para uma condição semelhante a uma pneumonia, comprometendo seriamente a capacidade respiratória (Dias, 2020).

Apesar das pandemias não serem algo novo, a Covid-19 foi única no que toca à amplitude, magnitude e rapidez do seu impacto na humanidade (Tandon, 2020), uma vez que veio perturbar diferentes esferas da vida como a economia, indústria, mercado global, agricultura e saúde humana (Kumar & Nayar, 2020).

As medidas de contenção — como o confinamento, o encerramento de instituições educativas, a limitação de contactos sociais e a instabilidade económica — tiveram um impacto especialmente acentuado nas populações mais jovens (Guessoum et al., 2020).

A adolescência e a juventude constituem períodos críticos do desenvolvimento humano, nos quais ocorrem transformações biopsicossociais significativas (Sawyer et al., 2018).

Esta fase da vida, marcada por transformações físicas, sociais e psicológicas significativas, frequentemente apresenta-se como um período de complexa compreensão para o indivíduo. As alterações corporais influenciam a psique humana, e vice-versa, num processo dinâmico e interdependente. Sob a perspetiva da teoria psicanalítica, a adolescência é caracterizada por experiências potencialmente traumáticas e situações conflituosas que exigem um processo de luto pelas perdas inerentes a esta fase e a elaboração da nova condição adolescente (Panuccio et al., 2022).

Em relação à juventude, Melman (2010) propõe uma definição interessante sobre este termo, caracterizando o jovem como um indivíduo que atingiu a maturidade biológica, mas cuja essa maturidade não encontra reconhecimento simbólico por parte da família e do contexto social. Esta falta de reconhecimento da maturidade orgânica é frequentemente interpretada pelo jovem como uma forma de rejeição.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), o termo "juventude" abrange indivíduos entre os 15 e os 24 anos, conforme adotado para efeitos estatísticos globais (United Nations, 1981). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período que vai dos 10 aos 19 anos, refletindo as fases de desenvolvimento biopsicossocial (WHO, 2022). Essa distinção entre adolescência e juventude, embora sutil, é essencial para compreender as diferentes fases do desenvolvimento humano e as suas especificidades no planeamento de políticas, estudos e intervenções direcionadas aos jovens.

A interrupção súbita das rotinas escolares, sociais e familiares, provocada pela pandemia, colocou desafios únicos a esta faixa etária, nomeadamente ao nível da saúde mental, da estabilidade emocional e da perceção de qualidade de vida (Marques de Miranda et al., 2020). Estas alterações, embora transversais a diversos contextos geográficos, manifestam-se de formas distintas consoante as condições sociais, culturais e económicas dos países em questão (Pfefferbaum & North, 2020).

A escolha de Portugal e Timor-Leste como contextos comparativos neste estudo não foi aleatória.

Foi no início do século XVI que os portugueses chegaram a Timor no contexto das suas expedições marítimas ao “Novo Mundo” (Portal Diplomático, s.d.). Curiosamente, a estabilização portuguesa em Timor levou cerca de 50 anos, tendo sido bem-sucedida em 1566, quando os frades dominicanos se fixaram através de um forte na região (Sarmento, 2007).

Já no século XX, Portugal enfrentou uma revolução interna que levou à sua retirada das colónias africanas, mas a situação em Timor-Leste tornou-se mais complexa. Em 1975, Portugal anunciou a sua intenção de conceder a independência a Timor-Leste, o que acabou por desencadear numa guerra civil entre dois polos: pró-independência e pró-integração com a Indonésia. Aproveitando a instabilidade que se vivia, as forças indonésias invadiram Timor-Leste em dezembro de 1975, ocupando o território e anexando-o unilateralmente. O conflito resultou em décadas de resistência e violência, com os timorenses a lutarem pela independência. Portugal teve um papel preponderante nesta luta pela libertação. A relação entre Portugal e Timor-Leste evoluiu para uma parceria amigável, com ambos os países a partilharem laços culturais e históricos (Governo de Timor-Leste, s.d.).

Ambos os países partilham uma história colonial comum, uma língua oficial e relações de cooperação nos domínios educativo, político e social (Leitão, 2015). No entanto, as suas realidades socioeconómicas e estruturais são profundamente distintas, o que oferece uma oportunidade única para compreender como contextos culturais e institucionais diversos influenciam a experiência e o impacto da pandemia nos jovens. Enquanto Portugal possui um sistema nacional de saúde estruturado e acessível (Serviço Nacional de Saúde, 2020), Timor-Leste enfrenta desafios significativos ao nível do acesso a cuidados de saúde, educação e apoio psicossocial, especialmente em zonas rurais (WHO, 2022).

Neste sentido, torna-se relevante compreender como a pandemia foi vivida por jovens em contextos tão distintos, analisando as repercussões ao nível da saúde mental e da perceção de qualidade de vida. A abordagem comparativa adotada neste estudo permite evidenciar fatores culturais e contextuais que podem ter funcionado como protetores ou amplificadores do impacto pandémico (Rajkumar, 2020).

Apesar da fase crítica da pandemia ter sido superada, os seus efeitos continuam a ser sentidos, especialmente em termos emocionais e sociais. Estudos longitudinais sugerem que os efeitos da Covid-19 na saúde mental podem persistir durante anos, particularmente entre jovens em transição para a vida adulta (Pierce et al., 2021). Compreender esses impactos é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes, culturalmente sensíveis e adequadas às necessidades dos jovens. Além disso, o estudo contribui para preencher lacunas na literatura científica, nomeadamente no que diz respeito a populações pouco representadas, como os jovens timorenses.

No contexto desta investigação, define-se como objetivo geral caracterizar, compreender e comparar o impacto da pandemia de Covid-19 na Saúde e na Qualidade de Vida dos jovens portugueses e timorenses, tendo por base a perspetiva biopsicossocial e considerando os contextos socioculturais distintos de ambos os países. A investigação propõe-se, ainda, atingir objetivos específicos que aprofundem esta análise comparativa. Assim, pretende-se: (i) compreender e analisar o grau de satisfação com a Saúde e a Qualidade de Vida reportado pelos jovens de Portugal e de Timor-Leste durante o período pandémico; (ii) identificar e comparar as principais alterações percecionadas pelos jovens nas dimensões da Saúde e da Qualidade de Vida antes, durante e após a pandemia; e (iii) compreender e caracterizar o impacto da Covid-19 nos níveis de ansiedade experienciados por jovens portugueses e timorenses ao longo do período pandémico. A concretização destes objetivos visa contribuir para um maior conhecimento sobre os efeitos diferenciados da pandemia em

contextos culturais distintos, reforçando a importância de respostas psicossociais ajustadas às realidades específicas de cada população juvenil.

A relevância do presente estudo mantém-se elevada, mesmo num cenário pós-pandémico, pelas múltiplas repercussões duradouras da crise sanitária na saúde mental dos jovens. Em primeiro lugar, diversos estudos têm demonstrado que os efeitos psicológicos da pandemia — nomeadamente níveis elevados de ansiedade, sintomas depressivos e stresse pós-traumático — tendem a persistir ao longo do tempo, afetando significativamente o bem-estar psicológico muito para além do fim oficial da emergência sanitária. Em segundo lugar, a pandemia ocorreu num período crucial do desenvolvimento juvenil, interferindo em momentos-chave de transição, como a conclusão da adolescência e a entrada na vida adulta, com impacto visível nos percursos académicos, sociais e emocionais dos jovens. Acresce que a comparação entre dois contextos socioculturais distintos, como Portugal e Timor-Leste, permite evidenciar as desigualdades no acesso a recursos de saúde, apoio psicossocial e infraestruturas educativas, destacando como diferentes realidades estruturais moldam a forma como os jovens experienciaram e enfrentaram a pandemia. Esta análise comparativa revela-se fundamental para informar estratégias de intervenção sustentadas, fornecendo dados empíricos que poderão apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e programas de saúde mental ajustados às necessidades reais das populações juvenis, mesmo em contextos pós-pandémicos. Por fim, estudar o impacto psicológico da COVID-19 em jovens contribui para a construção de uma memória coletiva crítica, promovendo a preparação adequada para futuras crises sanitárias e fortalecendo a resiliência de sistemas de saúde e educação, sobretudo em populações consideradas mais vulneráveis.

Esta dissertação está organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução, onde se contextualiza o tema, se define a população-alvo e se justifica a relevância do estudo. O segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde são abordados os

principais conceitos e teorias que sustentam a análise, com destaque para a teoria do desenvolvimento humano ecológico de Bronfenbrenner e para os conceitos de saúde e qualidade de vida em contexto pandémico. O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada, incluindo a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise de dados. O quarto capítulo apresenta os resultados quantitativos e qualitativos obtidos. O quinto capítulo dedica-se à discussão dos resultados à luz da literatura existente. Por fim, o sexto capítulo apresenta as conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

Enquadramento Teórico

Adolescência e Juventude: Uma perspetiva de Urie Bronfenbrenner

A Geração Z, nascida num mundo marcado pela tecnologia globalizada e pela cultura de consumo digital, enfrenta desafios singulares na construção da identidade pessoal – um processo prolongado e frequentemente caracterizado por incertezas. A adolescência e o período de transição para a vida adulta estendem-se nesta geração devido à ausência de parâmetros sociais claros, intensificados pela instabilidade do mercado de trabalho e pela pressão de modelos de identidade impostos pelas redes sociais e cultura mediática (Twenge, 2017). Esta continuidade da transição pode dificultar o estabelecimento de compromissos pessoais claros, gerando entre os jovens sentimentos de confusão identitária e frustração emocional (Schwartz et al., 2013).

A compreensão dos desafios enfrentados pela Geração Z, especialmente no que diz respeito à construção da identidade e à sua saúde mental, requer uma análise contextualizada e multidimensional do desenvolvimento humano. Neste sentido, o modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979, 2005) revela-se particularmente pertinente para interpretar as interações complexas entre o indivíduo e os diversos sistemas que o influenciam ao longo do tempo. Esta geração, marcada pela hiperconectividade digital, pela fluidez das fronteiras sociais e pela constante exposição a múltiplos estímulos e exigências, vive num ecossistema profundamente moldado por transformações culturais, económicas e tecnológicas (Twenge, 2017). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner, ao integrar os contextos micro, meso, exo e macrosistémicos, permite identificar como fatores a estrutura familiar, as redes escolares, as políticas de saúde e educação, bem como os valores socioculturais predominantes, moldam a experiência subjetiva do jovem. No caso da pandemia da COVID-19, este enquadramento é particularmente útil para perceber como as alterações simultâneas em diferentes níveis ecológicos (fecho das escolas, instabilidade familiar, medidas de confinamento, desigualdade

no acesso digital) impactaram o desenvolvimento psicológico e a qualidade de vida dos adolescentes e jovens adultos, especialmente em contextos socioculturais distintos como Portugal e Timor-Leste (Cluver et al., 2020).

A adolescência, a partir de uma perspetiva de desenvolvimento sistémica, pode ser compreendida como um período de mudanças corporais, emocionais e sociais, as quais são influenciadas por aspetos interacionais através de processos proximais (interações face-a-face). Neste processo, o adolescente é um sujeito ativo, sendo produto e produtor do seu próprio desenvolvimento. No entanto, este desenvolvimento não ocorre de maneira isolada, mas dentro de contextos como a família, a escola, sendo influenciado pelas interações entre os sistemas, bem como pelo contexto social, cultural e histórico (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) parte da premissa de que o desenvolvimento humano é um fenómeno situado no contexto, sendo constituído por quatro núcleos dinâmicos: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (PPCT).

Os processos proximais podem ocorrer tanto em atividades solitárias — interação com objetos ou símbolos, como por exemplo, uma criança a ler um livro — quanto em contextos interativos com outras pessoas. Nestes últimos, formam-se sistemas diádicos (pai-filho), triádicos (pai-mãe-filho) e poliádicos (família alargada), que servem como blocos construtores do microsistema familiar (Tudge et al., 2009; Rosa & Tudge, 2013).

Tais sistemas interativos são analisados como dinâmicos e recíprocos — cada interação influencia e é influenciada pelo participante, moldando o desenvolvimento. Pelo seu carácter frequente e de longa duração, esses padrões interacionais são decisivos no desenvolvimento infantil e juvenil, configurando-se como estruturas nucleares do microsistema (Carvalho-Barreto, 2016).

O segundo núcleo do modelo PPCT — Pessoa — refere-se às características individuais dos sujeitos envolvidos nos processos proximais (como pais e filhos ou adultos e crianças). Essas características podem ser disposições do desenvolvimento positivas ou disruptivas, recursos (habilidades ou limitações psicológicas) ou demandas (traços como personalidade ou aparência), que influenciam a direção e a potência das interações recíprocas no ambiente (Tudge et al., 2009; Rosa & Tudge, 2013). Tais traços pessoais também são produtos da própria dinâmica do desenvolvimento, e atuam como ativadores ou retardadores das interações essenciais ao desenvolvimento saudável (Carvalho-Barreto, 2016). Essa visão relacional enfatiza como traços sócio-emocionais e cognitivos moldam, e são moldados, pelos contextos em que emergem.

O microssistema é definido como o contexto mais imediato de vida do sujeito em desenvolvimento: abrange atividades, papéis e relações interpessoais com características físicas, sociais e simbólicas que podem tanto estimular como inibir a participação em interações humanas (Darling, 2007; SimplyPsychology, s.d.). A família, neste cenário, funciona como o contexto primário onde são estabelecidos padrões interativos e papéis mutuamente reconhecidos (Tudge et al., 2009). O mesossistema representa as inter-relações entre dois ou mais microssistemas ativos no quotidiano do indivíduo, por exemplo entre família e escola, e assume um papel essencial na coesão entre diferentes ambientes de socialização (Rosa & Tudge, 2013). O exossistema refere-se a contextos em que o indivíduo não está presente diretamente, mas que exercem impacto indireto sobre o seu desenvolvimento, por exemplo, o local de trabalho dos pais, que pode criar tensões e influenciar o funcionamento familiar (Tudge et al., 2009; Darling, 2007). Por fim, o macrossistema constitui o padrão global de normas culturais, ideologias, valores e sistemas institucionais que permeiam todos os outros níveis, moldando de forma abrangente o desenvolvimento humano (Darling, 2007; Rosa & Tudge, 2013).

De acordo com a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, os contextos de desenvolvimento são interconectados e influenciam-se mutuamente, impactando a forma como os pais se relacionam com os filhos e como promovem seu desenvolvimento. Tudge et al. (2009) apontam que o desenvolvimento psicológico da criança é resultado da ação mútua entre microssistemas familiares, escolares e comunitários, bem como dos ambientes dos pais, como por exemplo o local de trabalho. Rosa & Tudge (2013) enfatizam que as mudanças ou continuidades nesses ambientes, ao longo do tempo, têm efeitos cumulativos sobre o desenvolvimento. Por sua vez, Darling (2007) oferece uma descrição clara das interações intersistêmicas e os seus impactos no comportamento parental e no bem-estar infantil e juvenil. A perspectiva relacional de Overton & García (2014) também reforça como esses processos interativos são dinâmicos, recíprocos e evoluem com o tempo.

Na perspectiva do modelo PPCT, a dimensão temporal exerce um papel crucial na análise do desenvolvimento infantil, evidenciando as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida individual e familiar. Conforme ressaltam Tudge et al. (2009), os processos proximais manifestam-se em diferentes níveis temporais, desde a duração contínua das interações diárias (microtempo), passando pela frequência regular desses processos ao longo de períodos maiores (mesotempo), até os eventos históricos e geracionais que afetam a criança e sua sociedade (macrotempo). Rosa e Tudge (2013) aprofundam a discussão sobre a influência dessas escalas temporais no desenvolvimento, destacando a evolução do modelo PPCT nesse aspeto. Lerner (2006) e Overton (2015) também ressaltam a importância de considerar a dimensão tempo para entender a complexidade e a dinâmica dos processos de desenvolvimento em contextos bioecológicos.

Na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento e dos núcleos do Modelo PPCT, a família é considerada um microssistema, caracterizado como ambiente primário e abrangente que mantém relações de mútua influência com as outras dimensões ecológicas e os

seus efeitos no desenvolvimento infantil e juvenil (Tudge & Hogan, 2005). Assim, quaisquer alterações neste microsistema impactam diretamente o desenvolvimento da criança, e mudanças no exossistema, como o ambiente de trabalho dos pais, podem interferir no microambiente familiar, influenciando o desenvolvimento dos jovens (Cabrera & Volling, 2019). De modo recíproco, eventos e tensões vivenciados no microsistema familiar podem afetar o exossistema relacionado ao trabalho dos pais, acarretando repercussões para o desenvolvimento dos filhos. Este entendimento reforça a importância de considerar a interconexão dinâmica entre sistemas para compreender o desenvolvimento dentro do contexto familiar (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

De acordo com Bronfenbrenner (2005), é através da reciprocidade entre os indivíduos e o ambiente a sua volta que o conceito de bioecologia se desenvolve. A mutualidade entre as pessoas e o ambiente provoca mudanças tanto nas pessoas quanto no ambiente, nos seus diversos sistemas.

Nos dias atuais, com a pandemia de COVID-19, foram adotadas medidas de isolamento social para conter a disseminação da doença, sendo observadas, em decorrência disso, mudanças nos ambientes ecológicos dos jovens formados pelo seu microsistema familiar e o exossistema associado ao trabalho dos pais (Child & Youth Care Forum Study, 2023).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, conforme proposta por Bronfenbrenner (2005) e ampliada por Bronfenbrenner e Morris (2006), oferece um quadro abrangente para compreender o desenvolvimento do indivíduo a partir da interação dinâmica entre processos proximais, características pessoais, contextos ecológicos múltiplos e a dimensão temporal. Esta abordagem sistêmica destaca que o desenvolvimento não ocorre isoladamente, mas sim através da inter-relação entre microsistemas como a família e a escola, mesossistemas que conectam esses ambientes, exossistemas que influenciam indiretamente o indivíduo, e o macrossistema que contempla valores culturais e sociais mais amplos. Além

disso, o conceito de tempo — microtempo, mesotempo e macrotempo — permite entender como mudanças temporais e históricas impactam o desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Bronfenbrenner & Morris, 2006). No contexto atual da pandemia da COVID-19, esta teoria revela-se especialmente relevante para analisar as mudanças abruptas nos ambientes ecológicos dos jovens de Portugal e Timor-Leste, onde medidas de isolamento social, alterações no trabalho dos pais e restrições educativas alteraram significativamente os microssistemas e exossistemas que sustentam o desenvolvimento juvenil (Prime et al., 2020). Esta perspectiva possibilita compreender como os efeitos da pandemia se manifestam em múltiplas camadas do ambiente do jovem, contribuindo para um entendimento mais profundo das variações culturais e estruturais entre os dois países. Assim, a Teoria Bioecológica fornece uma base teórica sólida para investigar as consequências da pandemia na qualidade de vida e saúde mental dos jovens, que será abordada no subcapítulo seguinte.

Durante a pandemia, os jovens experimentaram ruturas e modificações significativas em todos esses níveis ecológicos, evidenciando a pertinência do modelo de Bronfenbrenner para a análise dos seus impactos psicológicos, sociais e físicos (Shanahan et al., 2020).

No microsistema, que envolve relações diretas e proximais, como família, escola e pares, os jovens viram-se subitamente confinados ao espaço doméstico devido às medidas de isolamento social. Esta mudança afetou diretamente as suas interações diárias, com impactos na saúde mental, na aprendizagem e na socialização (Loades et al., 2020). A ausência do convívio presencial com colegas e professores, a alteração na rotina e a possível tensão familiar durante o confinamento podem ter contribuído para o aumento de ansiedade e depressão (Singh et al., 2020).

O mesossistema, que diz respeito às inter-relações entre os microssistemas (como por exemplo, a interação entre escola e família), também foi profundamente alterado. A transição para o ensino remoto exigiu uma maior coordenação entre pais e instituições escolares, ao

mesmo tempo que expôs desigualdades no acesso à tecnologia e suporte educacional (Van Lancker & Parolin, 2020). A fragilidade destas conexões pode ter agravado as vulnerabilidades dos jovens, refletindo-se na sua adaptação académica e emocional.

No exossistema, que envolve contextos indiretos como o ambiente de trabalho dos pais e as políticas locais de saúde pública, as decisões tomadas a níveis governamentais e comunitários tiveram efeitos profundos nas rotinas e condições de vida dos jovens. Por exemplo, a perda de emprego ou o teletrabalho dos pais influenciaram o ambiente doméstico e a estabilidade emocional dos jovens (Prime et al., 2020).

O macrosistema refere-se aos valores culturais, normas sociais e políticas amplas. A pandemia reforçou certos valores, como a importância da saúde coletiva, mas também evidenciou desigualdades sociais e desafios culturais, incluindo estigmatização associada à doença e tensões políticas, que afetam a forma como os jovens percebem seu lugar na sociedade e sua segurança (Fegert et al., 2020).

Finalmente, o cronossistema, que inclui as mudanças e transições ao longo do tempo, é particularmente relevante para compreender o impacto da pandemia, um evento disruptivo que altera significativamente o curso do desenvolvimento dos jovens, criando ruturas nas suas trajetórias normativas (Gunnar et al., 2020). O modo como os jovens conseguiram adaptar-se a essas mudanças, assim como o tempo e a qualidade das respostas sociais e institucionais, determina os resultados a médio e longo prazo.

Qualidade de Vida e Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de Vida (QV) é o reflexo da percepção individual de cada pessoa sobre a realização ou não das suas necessidades, procurando felicidade e auto-realização (OMS, 1998). À vista disso, a QV é um importante indicador para avaliar a condição de saúde, social e económica de indivíduos. Nesse contexto, a pandemia de COVID-19, responsável por elevados índices de morbimortalidade nesta nova década, refletiu em mudanças na QV da população mundial (Lima, 2020).

De acordo com a OMS, a saúde mental diz respeito a *“um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (WHO, 2005).

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa realiza seu próprio potencial, pode lidar com o stress normal da vida, funcionar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para si e para a sociedade (Mental Health Foundation, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2013a; 2013b) a saúde mental é definida como uma componente da saúde relacionada com o bem-estar e qualidade de vida através do qual as pessoas concretizam o seu potencial, gerem as situações desafiantes da vida, estudam e trabalham de forma produtiva e construtiva e contribuem para o seu desenvolvimento e da sua comunidade.

Os indivíduos que tiveram Covid-19 sentiram desconforto físico, medo de desenvolver complicações e discriminação por parte dos *mass media* (Lu et al., 2020; Shigemura et al., 2020). Além disso, são verificadas mudanças no estado mental que se podem manifestar em deficiências neuropsicológicas significativas, incluindo depressão, ansiedade, insónia, negação, delírio, confusão, falta de atenção e concentração, perda de memória, disfunção

executiva (Baig, 2020; Rothan & Byrareddy, 2020), tristeza (Li et al., 2020) e tédio (Kontoangelos et al., 2020).

A ausência do contacto com os familiares ou pessoas queridas durante o período de isolamento e internamento pode produzir uma instabilidade psicológica, traduzindo-se em altas taxas de sintomas pós-traumáticos. Para além disso, a Covid-19 teve implicações futuras na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) que se encontram sobretudo associadas a sintomas como dor, fadiga, capacidade reduzida de contribuir para os recursos familiares ou responsabilidades da comunidade e senso alterado de identidade de propósito (Bo et al., 2020). Por outro lado, a saúde mental pode ser afetada em pessoas da população em geral, mesmo que não tenham tido contacto direto com casos de Covid-19 (Haider et al., 2020).

Durante a adolescência e juventude, o desenvolvimento saudável é dependente da integração equilibrada de dimensões físicas, psicológicas e sociais. A qualidade de vida serve como um indicador amplo que permite avaliar como os jovens percecionam a sua saúde e o impacto das condições ambientais e sociais no seu bem-estar geral (Eiser & Varni, 2013). Aspetos como o apoio familiar, a qualidade das relações sociais e o acesso a recursos educacionais e de saúde são determinantes essenciais da QV nesta faixa etária.

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios sem precedentes a esses fatores, criando um cenário de incertezas que alteraram significativamente a qualidade de vida dos jovens. Medidas como o isolamento social, o fecho das escolas e a redução das interações presenciais impactaram negativamente a sua saúde mental, emocional e social, refletindo em indicadores de qualidade de vida diminuídos (Racine et al., 2021).

Estudos recentes têm demonstrado que os jovens enfrentaram um aumento significativo de sintomas de ansiedade, depressão e stress durante o período pandémico, fatores esses que comprometem diretamente a sua qualidade de vida. Além disso, o confinamento alterou rotinas

relacionadas à atividade física, alimentação e sono, aspetos que influenciam o bem-estar físico e psicológico (Loades et al., 2020).

A limitação das interações sociais e a suspensão de atividades educacionais presenciais resultaram em sentimentos de solidão e isolamento, que têm efeito prejudicial na saúde emocional dos adolescentes e jovens adultos, comprometendo o seu desenvolvimento e a sua perceção de qualidade de vida (Ellis et al., 2020). As incertezas relacionadas ao futuro académico e profissional também criam inseguranças e desmotivação, evidenciando a complexidade da relação entre saúde e qualidade de vida neste grupo.

No período pós-pandémico, torna-se crucial abordar a recuperação da qualidade de vida dos jovens por meio de intervenções integradas que considerem as múltiplas dimensões do conceito. A promoção da saúde mental, o fortalecimento das redes sociais, o retorno seguro às atividades escolares e comunitárias e o estímulo à resiliência são componentes centrais para restaurar e melhorar o bem-estar geral dos jovens (Wang et al., 2021).

A saúde deve ser vista não apenas sob a ótica da ausência de doenças, mas como um estado dinâmico influenciado por condições socioambientais, que a teoria ecológica reforça ao destacar a interação contínua entre o indivíduo e o meio (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Assim, a qualidade de vida serve como uma lente essencial para avaliar os impactos da pandemia e guiar políticas e práticas clínicas centradas nas necessidades reais da juventude contemporânea.

Impactos da Covid-19 nos Jovens

Os primeiros casos foram reportados pela China à Organização Mundial de Saúde (OMS), e em janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus, enquanto agente responsável pela doença. Em fevereiro de 2020, o número de infetados neste país era já de cerca de 11. 844 pessoas, e rapidamente se alastrou para outros países. (OMS, 2020a). A 11 de março de 2020, o diretor geral da OMS, Tedros Ghebreyesus declara o estado de pandemia. (OMS, 2020b).

Em Portugal, os primeiros registos de casos de COVID-19 remontam ao dia 2 de março de 2020, data em que são confirmados os dois primeiros casos importados de Espanha e Itália. Gradualmente, os casos vão aumentando em quase todo o território português e face a este crescimento, no dia 18 de março de 2020 foi decretado o estado de emergência em Portugal, conforme firmado no decreto-lei n.º 14-A/2020, de 18 de março (Silva & Silva, 2021).

Em 21 de março de 2020, foi notificado o primeiro caso de COVID-19 em Timor-Leste: um viajante que tinha vindo para Díli, da Europa, via Malásia. Para proteger o seu sistema de saúde, Timor-Leste criou o Centro Integrado de Gestão de Crise (CIGC) em março de 2020, que coordenou o trabalho dos nove pilares da resposta à COVID-19 (Martins, 2020).

Impactos físicos

Os sintomas mais frequentes associados à infeção por COVID-19 incluem febre, tosse seca, dificuldade respiratória, fadiga, dores musculares ou de cabeça, e sintomas neurológicos como anosmia (perda de olfato) e ageusia (perda de paladar), que têm sido relatados com elevada prevalência em vários estudos clínicos (Lechien et al., 2020; Struyf et al., 2021). Essa combinação de sintomas pode também evoluir para pneumonia grave, insuficiência respiratória e complicações multiorgânicas, especialmente em casos mais severos.

Embora a COVID-19 tenha sido inicialmente considerada uma doença com maior impacto em idosos e indivíduos com comorbilidades, os jovens não estiveram isentos dos

efeitos físicos decorrentes da infecção e das medidas associadas à pandemia. Além dos sintomas diretos da doença, é importante considerar as consequências físicas indiretas resultantes do confinamento, das alterações nos hábitos de vida e do impacto na saúde geral dos jovens.

Os jovens infectados pelo SARS-CoV-2 frequentemente apresentaram sintomas mais leves ou até assintomáticos em comparação com adultos mais velhos (Ludvigsson, 2020). No entanto, estudos indicam que também podiam desenvolver manifestações clínicas significativas, incluindo febre, tosse, fadiga, dores musculares, cefaleia, e perda do olfato (anosmia) e paladar (ageusia), sintomas que podem afetar o bem-estar físico e emocional. Em casos mais graves, embora raros, ocorreram complicações respiratórias, como pneumonia e síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, exigindo atenção médica especializada (Verdoni et al., 2020).

O confinamento prolongado e o encerramento das escolas e espaços de lazer provocaram um aumento significativo do sedentarismo entre os jovens (Dunton et al., 2020). A restrição da atividade física diária teve implicações importantes para a saúde física, incluindo ganho de peso, alterações no metabolismo e redução da capacidade cardiorrespiratória (Chen et al., 2020). O aumento do tempo dedicado a dispositivos eletrônicos e a diminuição das atividades ao ar livre também contribuíram para o desenvolvimento de problemas posturais e distúrbios do sono (Moore et al., 2020).

Além disso, alterações nos padrões alimentares foram observadas durante o período pandêmico, com um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e uma redução da ingestão de alimentos frescos e nutritivos (Pietrobelli et al., 2020). Essas mudanças alimentares agravaram problemas de saúde, como a obesidade infantil e juvenil, que por sua vez aumentariam o risco de outras doenças crônicas.

Embora a maior parte dos jovens tenha recuperado totalmente após a infecção, relatos emergentes indicam que alguns desenvolveram sintomas persistentes, conhecidos como Covid

longa, caracterizados por cansaço crónico, dores musculares, dificuldades cognitivas e dispneia que perduraram semanas ou meses após a fase aguda (Buonsenso et al., 2021). Esses sintomas prolongados impactaram negativamente a qualidade de vida e o funcionamento diário dos jovens, representando um desafio adicional para a sua saúde física e mental.

Os efeitos físicos da pandemia também decorrem das alterações no acesso a serviços de saúde, vacinação e acompanhamento regular de condições crónicas, muitas vezes suspensos ou adiados devido à sobrecarga dos sistemas de saúde (Czeisler et al., 2020). Esta situação poderá ter agravado doenças preexistentes em jovens, além de dificultar a prevenção e o diagnóstico precoce de outras condições.

Impactos Psicológicos (Ansiedade)

Para Struyf et al. (2021), a ansiedade é frequentemente descrita como um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, mas que também representa um fenómeno adaptativo importante para a sobrevivência, ao estar ligado a mecanismos de defesa e enfrentamento.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014, p.189). “Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes

de esquiva. os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais. os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. assim, embora os transtornos de ansiedade tendem a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas.”

Conforme descrevem Rosen e Schulkin (2022), a ansiedade emerge de um estado de hiperexcitação neural que dispara uma resposta simpática de alarme (fuga ou luta): quando essa reação é de curta duração, pode ser adaptativa. Já a sua persistência leva a prejuízos físicos e psicológicos.

A pandemia da COVID-19 provocou efeitos profundos e multifacetados na saúde mental dos jovens, com destaque significativo para o aumento dos sintomas de ansiedade. Este fenómeno tem sido amplamente documentado em estudos recentes, que apontam para um aumento preocupante nos níveis de ansiedade, frequentemente associada ao isolamento social, incertezas sobre o futuro, medo da doença e ruturas nas rotinas diárias (Loades et al., 2020; Racine et al., 2020).

A ansiedade manifestada pode variar desde sintomas leves, como preocupações excessivas e tensão, até quadros mais severos, com ataques de pânico, fobias e transtorno de ansiedade generalizada. Entre os jovens, sintomas como irritabilidade, dificuldades de concentração, insónias e hipervigilância são frequentemente observados (Ghosh et al., 2020). A interrupção das interações sociais presenciais e o aumento do uso de tecnologias digitais também têm sido associados a alterações no padrão de sono e ao agravamento dos sintomas ansiosos (Orben, Tomova, & Blakemore, 2020).

Diversos fatores contextuais e individuais contribuíram para o aumento da ansiedade na juventude durante a pandemia. O isolamento social e o distanciamento das redes de apoio habituais, como amigos e professores, resultaram em sentimentos de solidão e insegurança, intensificando a vulnerabilidade a transtornos de ansiedade (Loades et al., 2020). A imprevisibilidade da situação e as informações frequentemente alarmantes veiculadas pelos media amplificaram o estado de alerta e medo, desencadeando reações de ansiedade exacerbada (Holmes et al., 2020).

Adicionalmente, a insegurança financeira da família, perda de entes queridos e dificuldades no acesso a serviços de saúde mental agravam a situação, dificultando o processamento saudável do stress e a recuperação emocional (Galea, Merchant, & Lurie, 2020). Em adolescentes, a pandemia interrompeu processos críticos de socialização e desenvolvimento da autonomia, o que pode desencadear um sentimento de perda de controlo e desesperança, fatores fortemente relacionados à ansiedade (Ellis et al., 2020).

O impacto da ansiedade prolongada durante a pandemia pode ter consequências psicossociais profundas, incluindo o comprometimento do rendimento académico, prejuízos nas relações interpessoais e maior risco para o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, como depressão e transtornos de comportamento (Loades et al., 2020; Zhou et al., 2020). A ansiedade também pode interferir na adesão a medidas preventivas, devido a estados de pânico ou negação, tornando o acompanhamento psicológico fundamental (Cao et al., 2020).

Neste sentido, é fundamental a implementação de estratégias de intervenção precoces e eficazes, que envolvam a promoção de competências de enfrentamento, o fortalecimento do suporte social e o acesso facilitado a serviços de saúde mental, com enfoque particular nos contextos escolares e comunitários (Jones et al., 2021). Abordagens psicoterapêuticas baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm demonstrado eficácia na redução dos

sintomas de ansiedade em jovens, mesmo em formatos digitais, o que é particularmente relevante no contexto da pandemia (Ebert et al., 2020).

Impactos Sociais (Confinamento)

Genericamente, o fenómeno da quarentena contribuiu para sentimentos de stress, raiva, frustração, confusão, angústia e exaustão emocional, podendo ter consequências psicológicas disfuncionais a curto e longo prazo (Brooks et al., 2020).

O isolamento social impactou de forma profunda a vida dos seres humanos causando diferentes emoções e sentimentos entre os indivíduos, sendo a ansiedade, seguida da depressão e do medo, os principais focos stressores, especialmente devido às incertezas da pandemia, ao luto e ao desemprego eminente (Pera, 2020).

O fenómeno da quarentena também afetou de forma particular as pessoas com problemas de saúde mental prévios, contribuindo para o agravamento de sintomas de ansiedade, depressão, stress pós-traumático e insónias (Brooks et al., 2020).

A pandemia da Covid-19 impôs medidas rigorosas de confinamento e quarentena em todo o mundo, que, embora necessárias para o controlo da disseminação do vírus, tiveram profundas repercussões na esfera social dos jovens. A interrupção abrupta das interações presenciais e a restrição da mobilidade afetaram significativamente o desenvolvimento social e o bem-estar psicossocial desta população.

O confinamento impôs o distanciamento físico obrigatório, limitando severamente as oportunidades dos jovens para o contacto com amigos, familiares estendidos e outras redes de apoio social essenciais para o seu desenvolvimento. Segundo Loades et al. (2020), o isolamento social prolongado está associado a sentimentos aumentados de solidão, tristeza e rejeição social, fatores que contribuem para o aumento do risco de perturbações emocionais e comportamentais. A privação das experiências sociais fundamentais, como convívios,

atividades escolares presenciais e eventos culturais, pode comprometer habilidades sociais cruciais que se desenvolvem durante a adolescência (Orben et al., 2020).

Além disso, a ausência do convívio cara a cara prejudicou a capacidade dos jovens de regular emoções e desenvolver empatia, competências centrais para o ajuste social e o funcionamento psicológico saudável (Cacioppo & Cacioppo, 2018). A substituição das interações presenciais pela comunicação digital, embora tenha funcionado como um recurso compensatório, não foi totalmente eficaz para suprir as necessidades sociais e emocionais, podendo ter aumentado a sensação de desconexão e solidão (Ellis et al., 2020).

O confinamento também alterou as dinâmicas familiares, intensificando tanto aspetos positivos como negativos. Para alguns jovens, o aumento do tempo em família proporcionou maior proximidade e suporte emocional; para outros, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconómica ou familiar conflituosa, o confinamento significou um aumento do stress, tensão e risco de violência doméstica (Cluver et al., 2020). Esta variabilidade destaca a importância do ambiente familiar como fator de risco ou proteção frente aos impactos sociais e psicológicos da pandemia.

As medidas de quarentena provocaram uma rutura nas rotinas diárias, com impacto direto na vida escolar e na participação em atividades extracurriculares, que são essenciais para a socialização, aprendizagem e construção da identidade dos jovens (Lee, 2020). O encerramento das escolas eliminou um espaço fundamental de socialização e de acesso a serviços de suporte, além de aumentar a desigualdade social, visto que o acesso à educação remota nem sempre é garantido para todos (UNICEF, 2020).

O sentimento de privação social e a redução da autonomia foram apontados como fatores que contribuem para o aumento do stress, irritabilidade e dificuldades emocionais nos jovens confinados (Brooks et al., 2020). Estes efeitos podem comprometer a saúde mental a

curto e longo prazo, interferindo no desenvolvimento social saudável e no estabelecimento de relações interpessoais positivas.

Fatores de Risco e Proteção

O desenvolvimento saudável durante a adolescência é fortemente influenciado pela interação dinâmica entre fatores de risco e de proteção, que atuam em múltiplos níveis ecológicos, conforme postulado pela teoria bioecológica de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1996). Enquanto os fatores de proteção funcionam como elementos que promovem a resiliência e o bem-estar psicológico, os fatores de risco aumentam a vulnerabilidade para o surgimento de dificuldades emocionais, comportamentais e sociais.

Os fatores de proteção são condições e recursos que mitigam ou neutralizam os efeitos negativos dos stressores ambientais, promovendo o desenvolvimento positivo mesmo diante de adversidades (Masten, 2014). No contexto da pandemia de Covid-19, estudos indicam que o suporte social — especialmente familiar e comunitário — tem sido um dos principais fatores de proteção para os jovens, contribuindo para a manutenção da saúde mental e da qualidade de vida (Loades et al., 2020; Prime, Wade, & Browne, 2020). A comunicação aberta em família, a presença de figuras de apego seguras, e a manutenção de rotinas estruturadas favorecem a resiliência diante do isolamento social e das mudanças abruptas no cotidiano dos adolescentes (Cluver et al., 2020).

Além disso, o desenvolvimento de competências socioemocionais, tais como a tolerância, empatia e autorregulação emocional, são fatores protetores fundamentais para a adolescência, pois facilitam a adaptação a contextos estressantes e a gestão eficaz de emoções negativas. O ambiente escolar e comunitário também exerce um papel crucial, oferecendo oportunidades para a construção de redes de apoio e o desenvolvimento da autoestima e autoconfiança dos jovens (Werner & Smith, 2001).

Quando as pessoas apresentam mais fatores protetores, tendem a avaliar o seu bem-estar e qualidade de vida de forma mais positiva, pois esses fatores mediam a relação entre as competências individuais e as ameaças externas (Masten, 2014).

Promover um ambiente sociocultural saudável, especialmente no contexto escolar e comunitário, é fundamental para o desenvolvimento de competências como tolerância, empatia e igualdade, além de fortalecer as conexões entre escola, família e comunidade, estimulando a autoestima e autoconfiança dos jovens (Durlak et al., 2011). As relações sociais atuam como fatores protetores importantes para a saúde mental durante os confinamentos da pandemia, ajudando a mitigar os efeitos negativos do isolamento.

Por outro lado, os fatores de risco são condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de dificuldades no desenvolvimento e na saúde mental, especialmente quando presentes em múltiplos contextos. Entre os jovens, destacam-se fatores como a exposição a ambientes familiares conflituosos, instabilidade económica, violência, e falta de apoio social, que podem agravar os efeitos negativos do isolamento social imposto pela pandemia (Loades et al., 2020).

O contexto da pandemia trouxe ainda desafios adicionais, como o desemprego dos pais, a precariedade do ensino remoto e a dificuldade de acesso a serviços de saúde mental, que atuam como fatores de risco indiretos para o aumento da ansiedade, depressão e outros transtornos (Galea, Merchant, & Lurie, 2020). Adicionalmente, a exposição prolongada a notícias alarmantes e desinformação pode aumentar o medo e a sensação de insegurança, potencializando reações de stress e angústia (Holmes et al., 2020).

Objetivos da Investigação

O objetivo geral desta investigação é caracterizar, compreender e comparar o papel da pandemia COVID-19 na Qualidade de Vida e Saúde dos jovens Portugueses e Timorenses.

No que diz respeito aos objetivos mais específicos, deseja-se:

- Compreender e analisar a satisfação com a Saúde e Qualidade de Vida dos jovens de Portugal e Timor-Leste durante a pandemia;
- Compreender e comparar as diferenças sentidas pelos jovens de Portugal e Timor-Leste no que toca à Saúde e Qualidade de Vida no pré, durante e pós pandemia;
- Compreender e caracterizar a relação da COVID-19 na ansiedade dos jovens Portugueses e Timorenses durante a pandemia.

Método

Design do estudo

O presente estudo adotou uma abordagem metodológica mista, integrando componentes quantitativos e qualitativos, de modo a proporcionar uma compreensão mais abrangente e aprofundada da experiência vivida pelos adolescentes durante o período pandémico. Esta escolha metodológica justifica-se pela complexidade do fenómeno em análise, permitindo cruzar dados objetivos com as perceções subjetivas dos participantes.

A vertente quantitativa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos jovens de Portugal e Timor-Leste durante a pandemia de COVID-19, recorrendo para tal ao instrumento WHOQOL-BREF, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Este questionário possibilitou uma análise comparativa entre os dois contextos culturais distintos, tendo como base dimensões relevantes do bem-estar.

Complementarmente, a vertente qualitativa foi operacionalizada através da realização de grupos focais, que visaram explorar de forma mais aprofundada a perceção dos adolescentes relativamente à sua qualidade de vida, aos níveis de ansiedade experienciados, bem como aos fatores de risco e proteção identificados no contexto pandémico. A combinação destas duas abordagens metodológicas permitiu uma triangulação dos dados, enriquecendo a interpretação dos resultados e contribuindo para a robustez e validade do estudo.

Participantes

Participaram no estudo 103 jovens portugueses e timorenses, da comunidade em geral. As idades dos mesmos estão compreendidas num mínimo de 14 anos e um máximo de 30 anos ($M=18.54$, $DP=3.328$). A maioria dos participantes tem 18 anos ($n=26$, 25.2%).

A generalidade da amostra é do género feminino (n=66), de nacionalidade portuguesa (n=55), estudantes (n=84), solteiros (n=61) e apenas 1 pessoa respondeu estar casada e viúva respetivamente (n=1). Uma percentagem de 46.6% da amostra não teve Covid-19, representando a maioria dos participantes e 9 pessoas responderam não saber se tiveram a patologia ou não (8.7%). 44.7% tiveram a doença, a maioria com sintomas (n=56), classificados como ligeiros (n=44). Sabe-se ainda que apenas 17.5% das pessoas têm algum problema de saúde, 71.8% tiveram familiares que contraíram Covid-19 e 1.0% não soube se teve algum familiar contaminado. Por fim, somente 1.9% da amostra nunca realizou algum teste do Coronavírus.

Pode considerar-se esta amostra como sendo por conveniência, sendo que os critérios de inclusão queriam participantes dentro das idades anteriormente apresentadas (mínimo de 14 e máximo de 30 anos) e que tivessem uma das nacionalidades (portuguesa ou timorense). Para além disto, objetivava-se a capacidade dos jovens no que toca à compreensão de leitura para a realização do questionário aplicado (WHOQOL-BREF). Nas tabelas abaixo apresentadas, deseja-se compreender melhor a distribuição da amostra.

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos relacionados com a Nacionalidade, Género e Idade

Nacionalidade	n	%	M	DP
Portugal	55	53.4		
Timor-Leste	48	46.6		
Género				
Feminino	66	64.1		
Masculino	37	35.9		
Idade			18.54	3.328
14-22 anos	88	85.3		
23-30 anos	15	14.7		

A tabela 1, relativamente à nacionalidade, revela que dentro da amostra presente, a diferença entre pessoas de nacionalidade portuguesa e nacionalidade timorense é bastante reduzida. Ainda assim, pode ver-se que a maioria dos intervenientes são de nacionalidade portuguesa (53.4%). Quanto ao género, 64.1% das pessoas, são do sexo feminino e 35.9% do

sexo masculino. No que concerne às idades, estas foram agrupadas em dois: 14-22 anos, que corresponderam à grande maioria da amostra (n=88) e 23-30 anos (n=15), sendo que se verifica uma média de 18.54 e um DP=3.328.

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos relacionados com Estado Civil, Habilitações Literárias e Profissão

Estado Civil	N	%
Solteiro(a)	61	59.2
A Namorar	39	37.9
Casado(a)	1	1
União de Facto	1	1
Divorciado	0	0
Viúvo(a)	1	1
Habilitações Literárias		
9ºano	5	4.9
10ºano	23	22.3
11ºano	23	22.3
12ºano	34	33.0
CTESP	2	1.9
Licenciatura	9	8.7
Mestrado	7	6.8
Doutoramento	0	0
Profissão		
Estudante	84	81.6
Estudante Trabalhador	8	7.8
Trabalhador	9	8.7
Desempregado	2	1.9

Quanto ao estado civil, a tabela 2 mostra que 59.2% (n=61) são solteiros, a namorar com 37.9% dos participantes (N=39), casados, com união de factos e viúvos, os indivíduos corresponderam a 1.0% da população (n=1) a cada uma destas categorias.

Relacionado com as habilitações literárias, 5 pessoas terminaram o 3ºciclo (4.9%), 77.6% concluíram o ensino secundário (N=80) e 17.4% completaram o ensino superior (N=18). Por fim, a maioria da amostra são estudantes (N=84 | 81.6%), 7.8% são trabalhadores estudantes (N=8), 8.7% já estão no mundo do trabalho (N=9) e apenas 2 estão no desemprego (1.9%).

Em nenhuma destas questões se observou alguma ausência de resposta, no entanto não existem participantes divorciados.

Tabela 3 - *Estatística Descritiva COVID-19, Sintomas e Tipo de Sintomas*

COVID-19	N	%
Sim	46	44.7
Não	48	46.6
Não Sei	9	8.7
Sintomas		
Sim	56	54.4
Não	47	45.6
Tipo de Sintomas		
Ligeiros	44	42.7
Médios	0	0
Graves	11	10.7

A tabela 3 revela que em relação ao Covid-19, 44.7% da população já teve a doença (N=46), 46.6% das pessoas nunca foram contaminadas (N=48) e 8.7% dos participantes não sabe se alguma vez terá contraído Covid (N=9). No que concerne aos sintomas, 54.4% responderam já ter sentido algum tipo de sintomas relacionados com a doença (N=56), enquanto que 45.6% dizem que não tiveram sintomas (N=47). Para além disto, sabe-se que acerca da questão sobre o tipo de sintomas, esta foi dividida em 3 categorias, 42.7% tiveram sintomas ligeiros (N=44) e 10.7% tiveram sintomas considerados graves (N=11).

Sobre a questão “Tipo de Sintomas”, 48 pessoas (46.6%) não responderam à questão, e não existem participantes que considerem os sintomas que tiveram como médios.

Tabela 4 - *Estatística Descritiva Teste COVID-19, Família Contaminada e Quarentena por Contacto*

Teste COVID-19	N	%
Sim	101	98.1
Não	2	1.9
Família Contaminada		
Sim	74	71.8
Não	28	27.2
Não Sei	1	1
Quarentena por Contacto		
Sim	46	44.7
Não	50	48.5
Não Sei	7	6.8

No que concerne ao teste de Covid-19, a tabela 4 revela que uma clara maioria, 98.1% (N=101), da população já se submeteu pelo menos 1 vez ao teste da Covid e somente 2 participantes (1.9%) nunca o fez. Quanto ao facto de terem tido algum familiar contaminado, 71.8% (n=74) da amostra já teve pelo menos 1 pessoa da família doente, 27.2% (N=28) nunca tiveram qualquer familiar contaminado e 6.8% (N=7) dos participantes dizem não saber se alguém da família já teve Covid-19 ou não. Sobre terem estado em quarentena por algum contacto a alguém testado positivo à Covid-19, 44.7% (N=46) já tiveram em confinamento por algum contacto positivo, 48.5% (N=50) não tiveram essa necessidade e 6.8% (N=7) admitem não saber.

Em nenhuma destas questões se observou alguma ausência de resposta.

Tabela 5 - Estatística Descritiva Problemas Saúde, Saúde durante Confinamento, Como te sentias Antes e Durante COVID-19, Ansiedade Pré e Durante COVID-19

Problemas de Saúde	N	%
Sim	18	17.5
Não	85	82.5
Saúde durante Confinamento		
Muito Mal	5	4.9
Mal	15	14.6
Nem Bem Nem Mal	36	35.0
Bem	26	25.2
Muito Bem	21	20.4
Sentimento Pré COVID-19		
Muito Mal	5	4.9
Mal	6	5.8
Nem Bem Nem Mal	11	10.7
Bem	35	34.0
Muito Bem	46	44.7
Sentimento durante COVID-19		
Muito Mal	7	6.8
Mal	13	12.6
Nem Bem Nem Mal	35	34.0
Bem	28	27.2
Muito Bem	20	19.4
Ansiedade Pré COVID-19		
Nível Muito Baixo	9	8.7
Nível Baixo	16	15.5
Nível Nem Baixo Nem Alto	31	30.1
Nível Alto	35	34.0
Nível Muito Alto	12	11.7
Ansiedade Durante COVID-19		
Nível Muito Baixo	9	8.7
Nível Baixo	20	19.4

Nível Nem Baixo Nem Alto	35	34.0
Nível Alto	27	26.2
Nível Muito Alto	12	11.7

Na tabela 5, 17.5% (N=18) dos participantes têm algum problema de saúde e a grande maioria da amostra (82.5% | N=85) revelam ser saudáveis.

Relativamente à autoavaliação de saúde durante o confinamento obrigatório, 19.5% (N=20) avaliam a sua saúde como negativa, 35.0% (N=36) classificam a sua saúde como média e 45.6% (N=47) consideram a sua saúde como positiva.

No que diz respeito a como se sentiam antes da Covid-19 aparecer, 10.7% (N=11) avaliam o seu sentimento como negativo, 10.7% (N=11) classificam o seu sentimento como sendo nem bom nem mau e 78.7% (N=81) consideram que tinham um sentimento positivo. Já durante o período de tempo onde a Covid está presente no dia-a-dia, 19.4% (N=20) avaliam o seu sentimento como negativo, 34.0% (N=35) classificam o seu sentimento como sendo nem bom nem mau e 46.6% (N=48) consideram que tinham um sentimento positivo. Isto significa que, o sentimento negativo aumentou, ainda que ligeiramente, aquando a Covid-19 estava ativa e o sentimento positivo caiu consideravelmente.

Sobre a ansiedade, a tabela 5 evidencia ainda que durante o período Pré-Covid, 24.2% (N=25) avaliam a ansiedade como níveis baixos, 30.1% (N=31) como níveis médios e 45.7% (N=47) como níveis altos. 28.1% (N=29) avaliam a ansiedade como níveis baixos, 34.0% (N=35) como níveis médios e 37.9% (N=39) podendo concluir-se que apesar do sentimento ter piorado durante o período da doença, os níveis de ansiedade (principalmente na população portuguesa) diminuiu durante o mesmo intervalo de tempo.

Em nenhuma destas questões se observou alguma ausência de resposta.

Instrumento Quantitativo: WHOQOL-BREF

Para o presente estudo, tendo em atenção que é pretendido analisar a forma como a situação pandémica da Covid-19 pode afetar a saúde e qualidade de vida dos jovens em Portugal e Timor-Leste, foram feitas adaptações em alguns itens na escala utilizada, de forma a torná-los mais legíveis e adequados para as duas populações.

Foram definidas várias perguntas de âmbito sociodemográfico segundo as informações consideradas determinantes para a pesquisa, composto por nacionalidade, sexo, idade, estado civil, ano de escolaridade, situação profissional e questões diretamente ligadas com a pandemia.

Depois do questionário sociodemográfico, para análise quantitativa, apresentou-se a WHOQOL-BREF, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, escala que permite avaliar a perceção das pessoas sobre a sua qualidade de vida por domínios, respetivamente físico, psicológico, a nível de relações sociais e da relação com o ambiente. O objetivo da sua aplicação é avaliar aspetos pessoais e sociais, medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, incorporando o ponto de vista do paciente, ou seja, a avaliação da qualidade de vida em pacientes psiquiátricos e da população em geral. O WHOQOL oferece uma ampla possibilidade de uso numa perspetiva internacional e transcultural. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral (Q1) e a segunda, à satisfação com a própria saúde (Q2). As restantes 24 estão divididas nos domínios físico, composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18), psicológico, que abrangeu 6 tópicos (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26), a área das relações sociais formada por 3 itens (Q20, Q21, Q22) e por fim o domínio do meio ambiente, que abrangeu 8 questões (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25) (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009). Para além disto, há que referir que existiram 3 itens que foram invertidos (Q3, Q4, Q26). Neste estudo, foi considerado que o domínio de Meio Ambiente não seria tão importante de avaliar como os restantes, e por isso eliminou-se esta categoria.

De forma a recrutar participantes, o questionário foi feito na plataforma Google Forms e partilhado em diversas redes sociais.

Em termos de tempo gasto para o preenchimento do questionário, verificou-se que os jovens portugueses demoraram, em média 2 a 4 minutos. Por outro lado, os jovens de nacionalidade timorense levaram em média 10 a 15 minutos e a maioria deles, tiveram a supervisão de um professor que os ajudava quando necessário para tirar dúvidas.

Procedimentos

Recolha de Dados

Foi elaborado um consentimento informado no início do questionário, onde se encontra exposta informação sobre a finalidade do estudo. Após leitura do consentimento, os participantes puderam escolher se aceitavam ou não participar no estudo.

Antes da partilha do questionário, entrou-se em contacto com as Coordenadoras Portuguesa e Timorense do Projeto Centro de Aprendizagem e Formação Escolar (PCAFÉ), em Timor-Leste, de forma a ser autorizada a realização do presente estudo.

Mais tarde, foi necessário proceder a um novo contato com a Coordenação do Projeto CAFÉ, de forma a preencherem uma tabela de fidelidade em relação às questões apresentadas no instrumento quantitativo WHOQOL-Bref, como forma de através de uma breve reflexão e consequente preenchimento da tabela (anexo 4) assinalando de uma forma simples, se concordavam ou não com a facilidade de compreensão para cada uma das perguntas relativamente ao público alvo anteriormente mencionado, a fim de perante as reflexões feitas pela equipa de validação, se estude o nível de compreensão do questionário pelos elementos que participaram no estudo e, consequentemente, se analise o nível de consistência do mesmo.

Instrumento Qualitativo

Participantes

Numa segunda etapa do estudo, e como forma de complementar os resultados obtidos no instrumento quantitativo, realizaram-se entrevistas em dois grupos focais.

Participaram nesta parte da investigação 16 jovens portugueses e timorenses. As idades dos mesmos estão compreendidas num mínimo de 17 anos e um máximo de 25 anos (Média=21.44 | DP=2.707). A maioria dos participantes tem 23 e 25 anos (N=3 | 18.8%).

Metade da amostra é do género feminino (N=8 | 50.0%), de nacionalidade portuguesa (N=8 | 50.0%). A maioria são estudantes (N=10 | 62.5%), solteiros (N=11 | 68.8%) e apenas 1 pessoa respondeu estar casada (N=1 | 6.3%).

56.3% (N=9) da amostra já teve covid-19 pelo menos 1 vez, representando a maioria dos participantes e 1 pessoa respondeu não saber se tiveram a patologia ou não (6.3%). Daqueles que já tiveram a doença, a maioria diz ter tido sintomas (N=9 | 56.3%), classificados como ligeiros (N=4 | 25.0%). Sabe-se ainda que apenas 5 pessoas têm algum problema de saúde (31.3%), 56.3% (N=9) tiveram familiares que contraíram COVID-19. Por fim, somente 1 pessoa (6.3%) nunca fez teste do Coronavírus.

De seguida, apresenta-se o guião de entrevista utilizado:

- 1) Já tiveste alguma vez Covid-19? Quantas vezes?
- 2) Tiveste sintomas? Que tipo de sintomas tiveste? Quais?
- 3) Alguma vez foste para o hospital devido à Covid-19?
- 4) Alguma vez fizeste teste à Covid-19?
- 5) Alguém da tua família teve Covid-19? Quem? Essas pessoas vivem contigo? Tiveram sintomas?
- 6) Já estiveste em quarentena por contato direto com alguém que teve covid?

- 7) Já tiveste de fazer luto por alguém que morreu devido à Covid? Como te sentiste? Que estratégias arranjaste para ajudar a superar o período mais difícil?
- 8) Estiveste em casa durante o confinamento obrigatório? Como te sentiste durante a Quarentena? Por não ires à escola ou trabalhar. Como achas que este período de tempo pode ter afetado ou não a tua vida?
- 9) Como te sentias antes da existência do Covid?
- 10) Como te sentiste durante o confinamento obrigatório?
- 11) Como te sentiste quando tiveste covid?
- 12) Como te sentes agora?
- 13) O que é para ti a qualidade de vida? Como achas que a Covid-19 condicionou ou não a tua Qualidade de Vida? Como era antes da Covid aparecer, durante o período de tempo em que esteve no auge, quando estiveste de Quarentena, e atualmente.
- 14) De que forma sentes que o Coronavírus afetou a tua saúde? Durante o período desta pandemia, que cuidados tiveste ou não e porquê?
- 15) Quais foram para ti as maiores causas de stress durante a pandemia? Porquê? Como conseguiste enfrentar esses momentos?
- 16) Sentes que ainda existe Covid? Achas que o Covid ainda é uma ameaça?
- 17) Achas que existiu algum ponto positivo em relação ao Covid? Quais? E quais foram os pontos negativos?
- 18) O que sentes que mudou? Achas que poderemos voltar ao que era?
- 19) Gostarias de acrescentar mais alguma coisa que aches importante partilhar?

Grupos Focais

No que concerne à investigação qualitativa, o instrumento utilizado no presente trabalho é o Grupo Focal (GF). Para Adchidamini (2004) este instrumento é uma forma de

recolha de dados através da interação de um grupo, que relata e descreve as suas experiências, percepções e opiniões em torno de um tema específico.

É um instrumento no qual o investigador tem a possibilidade de ouvir várias pessoas ao mesmo tempo, além de conseguir observar interações características do processo grupal. Tem como objetivo obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências e representações de pequenos grupos acerca de um determinado tema (KIND, 2004).

Nesta investigação foram construídos dois grupos focais, com o objetivo de conhecer melhor a realidade pré, durante e pós-covid segundo a experiência e opinião de cada um dos participantes acerca do mesmo assunto. Para isso, e apesar de ser utilizada a mesma técnica, os dois grupos foram separados consoante a nacionalidade dos participantes (portuguesa e timorense) e o grupo focal de nacionalidade portuguesa foi feito presencialmente enquanto que o grupo focal timorense, devido à distância, foi realizado via online (através do meio de comunicação Whatsapp).

Ao falarmos sobre as características da técnica de GF, indicamos em linhas gerais, que o Grupo Focal independentemente de ser presencial ou online, é composto pelos participantes que são recrutados pelo moderador, que pode ser o próprio investigador ou outra pessoa mais específica para a função, que irá conduzir o grupo sob uma temática pré-estabelecida por ele. A maior vantagem de se realizar GF, segundo Silva e Assis (2010), é o facto de num Grupo Focal presencial ser mais fácil proporcionar um maior acolhimento dos participantes, facilitando a aproximação afetiva e direta, devido à escuta do pesquisador/moderador.

O grupo focal online é uma tendência para o futuro, tendo em vista os avanços tecnológicos e a utilização em massa dos dispositivos virtuais, principalmente entre os mais jovens. Brüggen (2019) aponta como algumas vantagens dos grupos focais online, a conveniência, custos reduzidos, rapidez e abordagem de temas polémicos. Como desvantagens mencionam questões como o facto de não se conseguir compreender a comunicação não-

verbal, assim como dificultar ou até impedir a participação de pessoas que não tenham acesso à internet.

Também neste trabalho se notam algumas semelhanças e diferenças em relação aos grupos focais: presencial e online. Como semelhanças há que destacar o número de participantes, como já referido anteriormente. Para além deste fator, também o recrutamento dos participantes foi produzido de forma igual e por isso todas as suas identidades são conhecidas. Por fim, repara-se que todas as entrevistas foram autorizadas a gravação, fosse no grupo focal presencial ou online, de forma a poderem ser transcritas todas as informações importantes. Já como diferenças, pode salientar-se o local onde foram realizadas as entrevistas dos grupos focais, uma presencial e outra através do Whatsapp, também a duração das entrevistas se alterou, sendo que no grupo focal presencial a duração foi de cerca de 1 hora e meia, enquanto que no grupo focal online foi de mais ou menos 1 hora. Por fim, destacar ainda a comunicação não-verbal, que como referido por alguns autores anteriormente, será mais fácil de observar em grupos presenciais do que online.

Procedimentos

Recolha de dados

Nesta segunda fase do presente estudo, foi necessário numa primeira instância escolher a amostra, e para isso esta foi selecionada por forma de amostra por conveniência - feita através do investigador do estudo por ter maior acesso aos participantes - e através de amostra por auto-seleção - em que os participantes se voluntariaram para colaborar no trabalho, principalmente, os participantes timorenses.

A investigação foi realizada entre março e junho do ano de 2023, correspondendo ao período pós Covid em Portugal, no entanto com o momento de pandemia ainda muito presente

na realidade, facilitando conhecer a experiência e opiniões dos entrevistados acerca das três épocas temporais: Pré, Durante e Pós-Covid-19.

Os entrevistados foram contactados através de uma mensagem escrita pelo autor do estudo. E antes de se ter dado início às entrevistas, foi elaborada uma autorização através do Google Forms, onde se apresenta o objetivo principal da entrevista a ser realizada – “conhecer melhor a realidade pré, durante e pós-covid segundo a tua experiência e opinião acerca do mesmo assunto” - e que cada uma das pessoas tem de preencher, autorizando a realização da entrevista e que a mesma seja gravada para fins de transcrição do conteúdo da mesma.

Numa primeira fase, procedeu-se à gravação das entrevistas, com autorização prévia dos participantes, com uma duração média de 1 hora.

Seguidamente, iniciou-se a transcrição integral das entrevistas realizadas aos participantes, apresentando-se assim como um processo longo e demorado, viabilizando uma análise meticulosa da informação recolhida no decorrer da mesma.

Análise das Entrevistas

As respostas obtidas foram exploradas através da análise de conteúdo, sendo esta formada por três etapas: (1) pré-análise (organização dos dados, leitura e análise das respostas); (2) exploração do material (identificação de temas específicos mencionados pelos informantes); (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (atribuição de significado aos dados obtidos, agrupando-os em dimensões mais globais). Assim, as respostas à entrevista fornecidas por cada pessoa foram classificadas de acordo com o seu conteúdo manifesto em categorias exclusivas. As suas frequências foram registadas.

Visto que se optou por uma metodologia mista, no que concerne à parte qualitativa apresentam-se valores a propósito do sexo e da idade, escolaridade e profissão e, para as

questões da entrevista apresentam-se frequências e percentagens não se tendo realizado qualquer análise estatística.

Para além disto, ter-se-á em conta, a combinação de dados e informações retiradas de outros instrumentos, neste caso o questionário WHOQOL-Bref, e depois deve proceder-se a uma triangulação (ou seja, informações complementares ou discordantes entre as duas técnicas administradas no estudo) como parte do processo de validação dos dados.

De seguida, apresenta-se um quadro síntese de análise qualitativa das entrevistas, de modo a compreender já algumas das categorias a que as respostas dadas se podem agrupar.

Quadro 2 - *Quadro Síntese de Análise Qualitativa das Entrevistas*

Áreas Temáticas	Categorias	Indicadores
Covid-19: Impacto na Saúde Mental e na Qualidade de Vida dos Jovens de Timor-Leste e Portugal – Um Estudo Comparativo	Literacia do Entrevistado	- Conhecimento da Doença (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, T1, T2, T3, T6, T8) - Desconhecimento da Doença (T4, T5, T7)
	Qualidade de Vida	- Preocupação (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8) - Alterações nas Atividades Diárias (P1, P2, P4, P8, T1, T6, T8) - Sofrimento (P1, P2, P8, T4, T8) - Alterações nas Atividades Diárias (P1, P2, P4, P8, T6, T8)
	Implicações a nível Físico	- Dificuldades Respiratórias (P2, P8, T8) - Dores Sintomáticas (P1, P2, P3, P4, P6, P8, T4, T6, T8) - Sem Alteração Nenhuma (P5, P7, T1, T2, T3, T5, T7) - Medo (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8)
	Implicações a nível Psicológico	- Solidão (P1, P4, P5, P6, T3, T5, T8) - Visão da Vida (P1, P2, P3, P4, P8, T1, T2, T3, T6, T8) - Tristeza (P1, P4, P6, T1, T8) - Resignação (P5, P6, P7, T4)
	Implicações a nível Social	- Alterações nas Relações Sociais (P1, P3, P4, P6, T2, T5, T7, T8) - Utilização das TIC para Comunicação (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8)
	Estratégias Adotadas	- Espiritualidade (P1, P6, P8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8) - Suporte Familiar (P1, P2, P5, P6, P8, T1, T2, T3, T4, T7) - Ignorar o Problema (P3, P4, P5, P6, P7, T4, T5, T6, T7) - Pensamentos Positivos (P2, P3, P4, P7, P8, T1, T4, T5, T8)

Resultados

Resultados Quantitativos

Tabela 6 - Estatística Descritiva COVID-19, Sintomas e Tipo de Sintomas

COVID-19	N	%
Sim	46	44.7
Não	48	46.6
Não Sei	9	8.7
Sintomas		
Sim	56	54.4
Não	47	45.6
Tipo de Sintomas		
Ligeiros	44	42.7
Médios	0	0
Graves	11	10.7

A tabela 6 revela que em relação ao Covid-19, 44.7% da população já teve a doença (n=46), 46.6% das pessoas nunca foram contaminadas (n=48) e 8.7% dos participantes não sabe se alguma vez terá contraído Covid (n=9). No que concerne aos sintomas, 54.4% responderam já ter sentido algum tipo de sintomas relacionados com a doença (N=56), enquanto que 45.6% dizem que não tiveram sintomas (n=47). Para além disto, sabe-se que acerca da questão sobre o tipo de sintomas, esta foi dividida em 3 categorias, 42.7% tiveram sintomas ligeiros (n=44) e 10.7% tiveram sintomas considerados graves (n=11).

Sobre a questão “Tipo de Sintomas”, 48 pessoas (46.6%) não responderam à questão, e não existem participantes que considerem os sintomas que tiveram como médios.

Tabela 7 - Estatística Descritiva Teste COVID-19, Família Contaminada e Quarentena por Contacto

Teste COVID-19	N	%
Sim	101	98.1
Não	2	1.9
Família Contaminada		
Sim	74	71.8
Não	28	27.2
Não Sei	1	1
Quarentena por Contacto		
Sim	46	44.7
Não	50	48.5
Não Sei	7	6.8

No que concerne ao teste de Covid-19, a tabela 4 revela que uma clara maioria, 98.1% (n=101), da população já se submeteu pelo menos 1 vez ao teste da Covid e somente 2

participantes (1.9%) nunca o fez. Quanto ao facto de terem tido algum familiar contaminado, 71.8% (n=74) da amostra já teve pelo menos 1 pessoa da família doente, 27.2% (n=28) nunca tiveram qualquer familiar contaminado e 6.8% (n=7) dos participantes dizem não saber se alguém da família já teve Covid-19 ou não. Sobre terem estado em quarentena por algum contacto a alguém testado positivo à Covid-19, 44.7% (n=46) já tiveram em confinamento por algum contacto positivo, 48.5% (n=50) não tiveram essa necessidade e 6.8% (n=7) admitem não saber.

Em nenhuma destas questões se observou alguma ausência de resposta.

Tabela 8 - Estatística Descritiva Problemas Saúde, Saúde durante Confinamento, Como te sentias Antes e Durante COVID-19, Ansiedade Pré e Durante COVID-19

Problemas de Saúde	N	%
Sim	18	17.5
Não	85	82.5
Saúde durante Confinamento		
Muito Mal	5	4.9
Mal	15	14.6
Nem Bem Nem Mal	36	35.0
Bem	26	25.2
Muito Bem	21	20.4
Sentimento Pré COVID-19		
Muito Mal	5	4.9
Mal	6	5.8
Nem Bem Nem Mal	11	10.7
Bem	35	34.0
Muito Bem	46	44.7
Sentimento durante COVID-19		
Muito Mal	7	6.8
Mal	13	12.6
Nem Bem Nem Mal	35	34.0
Bem	28	27.2
Muito Bem	20	19.4
Ansiedade Pré COVID-19		
Nível Muito Baixo	9	8.7
Nível Baixo	16	15.5
Nível Nem Baixo Nem Alto	31	30.1
Nível Alto	35	34.0
Nível Muito Alto	12	11.7
Ansiedade Durante COVID-19		
Nível Muito Baixo	9	8.7
Nível Baixo	20	19.4
Nível Nem Baixo Nem Alto	35	34.0
Nível Alto	27	26.2
Nível Muito Alto	12	11.7

Na tabela 8, 17.5% (n=18) dos participantes têm algum problema de saúde e a grande maioria da amostra (82.5%; n=85) revelam ser saudáveis.

Relativamente à autoavaliação de saúde durante o confinamento obrigatório, 19.5% (n=20) avaliam a sua saúde como negativa, 35.0% (n=36) classificam a sua saúde como média e 45.6% (n=47) consideram a sua saúde como positiva.

No que diz respeito a como se sentiam antes da Covid-19 aparecer, 10.7% (n=11) avaliam o seu sentimento como negativo, 10.7% (n=11) classificam o seu sentimento como sendo nem bom nem mau e 78.7% (n=81) consideram que tinham um sentimento positivo. Já durante o período de tempo onde a Covid está presente no dia-a-dia, 19.4% (n=20) avaliam o seu sentimento como negativo, 34.0% (n=35) classificam o seu sentimento como sendo nem bom nem mau e 46.6% (n=48) consideram que tinham um sentimento positivo. Isto significa que, o sentimento negativo aumentou, ainda que ligeiramente, aquando a Covid-19 estava ativa e o sentimento positivo caiu consideravelmente.

Sobre a ansiedade, a tabela 5 evidencia ainda que durante o período Pré-Covid, 24.2% (n=25) avaliam a ansiedade como níveis baixos, 30.1% (N=31) como níveis médios e 45.7% (n=47) como níveis altos, 28.1% (n=29) avaliam a ansiedade como níveis baixos, 34.0% (n=35) como níveis médios e 37.9% (n=39) podendo concluir-se que apesar do sentimento ter piorado durante o período da doença, os níveis de ansiedade (principalmente na população portuguesa) diminuiu durante o mesmo intervalo de tempo.

Em nenhuma destas questões se observou alguma ausência de resposta.

Tabela 9 - *Consistência Interna do Questionário WHOQOL-BREF (n=103)*

WHOQOL-BREF	Alpha de Cronbach
Questões Gerais	.462
Domínio 1	.685
Domínio 2	.816
Domínio 3	.589

Relativamente aos índices de consistência interna, foram realizados através do cálculo do Alpha de Cronbach para cada dimensão: domínio físico ($\alpha=.685$); domínio psicológico ($\alpha=.816$); e domínio relações sociais ($\alpha=.589$).

A avaliação deste instrumento foi realizada pela soma dos itens, sendo que os valores mais elevados corresponderam a uma avaliação positiva da qualidade de vida e de como o indivíduo a percebe.

Tabela 10 - Teste de Normalidade ao questionário WHOQOL-BREF

	Teste de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Domínio 1	.099	103	.015	.970	103	.018
Domínio 2	.094	103	.026	.967	103	.011
Domínio 3	.116	103	.002	.948	103	.000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Relativamente ao teste de Normalidade, foi usado para a amostra do presente estudo, o resultado de Shapiro-Wilk, tendo em conta que a amostra é igual ou superior a 100 participantes ($n=103$).

Considerando um nível de significância de 5%, através da tabela 10, percebe-se que os três domínios rejeitam a hipótese de normalidade. No entanto, segundo Kline (2023), quando os valores de assimetria $< |3|$ e os valores de curtose $< |10|$, a distribuição da variável na amostra pode ser considerada normal, algo que se poderá aferir na tabela 11.

Tabela 11 - Descritivas para a Normalidade

	Assimetria	Curtose
Domínio Físico	-.520	-.119
Domínio Psicológico	-.290	-.720
Domínio Social	-.468	-.572

De forma a perceber a potencial diferença entre as nacionalidades portuguesa e timorense no que diz respeito à Qualidade de Vida, fez-se um teste-t como apresentado na tabela 12.

Tabela 12 - Diferenças entre a Nacionalidade e Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	Nacionalidade Portuguesa		Nacionalidade Timorense		t(101)	Sig.	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Físico	25.8545	4.96438	26.7292	3.74586	.321	.076	4.43915
Psicológico	19.2727	4.39457	22.7083	3.92460	.000	.299	4.18250
Social	10.9455	2.59927	11.6875	2.51088	.145	.957	2.55852

Quanto ao nível de significância, a tabela mostra que a dimensão a nível psicológico foi a única que mostrou diferenças estatisticamente significativas, sendo que os jovens timorenses apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida nesta mesma dimensão do que os participantes portugueses (M=22.7; DP=3.92).

De modo a compreender a potencial diferença entre os géneros feminino e masculino no que diz respeito à Qualidade de Vida, fez-se um teste-t como apresentado na tabela 13.

Tabela 13 - Diferenças entre o Género e Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	Feminino		Masculino		t(101)	Sig.	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Físico	26.3485	4.45660	26.1081	4.46458	.794	.972	4.45945
Psicológico	21.1515	4.41063	20.3784	4.68657	.406	.554	4.51092
Social	11.4242	2.45614	11.0541	2.78833	.486	.370	2.57946

Entre o género e a qualidade de vida não existiram diferenças estatisticamente significativas.

Um teste de Mann-Whitney foi realizado para avaliar se os níveis de ansiedade durante e após o período de confinamento obrigatório diferiam nos jovens portugueses e timorenses, como apresentado na tabela 14.

Tabela 14 - Diferenças entre os níveis de Ansiedade no durante e no pós confinamento obrigatório e a Nacionalidade

	Portuguesa	Timorense	Sig.	U de Mann-Whitney
	MD	MD		
Nível de Ansiedade durante confinamento	56.70	46.61	.076	1061.500
Nível de Ansiedade pós confinamento	59.95	42.89	.003	882.500

Os resultados indicaram que não existiram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade durante o confinamento obrigatório e na nacionalidade.

Já no que diz respeito aos níveis de ansiedade no período após o confinamento obrigatório, os participantes portugueses mostraram maiores níveis de ansiedade (MD=59.95) do que a amostra de jovens Timorenses (MD=42.89), $U=882.500$, $Sig.=.003$.

Um teste de Mann-Whitney foi realizado para analisar se o sentimento no período pré covid e durante a pandemia diferiam nos jovens portugueses e timorenses, como apresentado na tabela 15.

Tabela 15 - Diferenças entre o sentimento no pré e durante a pandemia e a Nacionalidade

	Portuguesa	Timorense		
	MD	MD	Sig.	U de Mann-Whitney
Sentimento pré covid	50.23	54.03	.490	1222.500
Sentimento durante o covid	53.90	49.82	.474	1215.500

Os resultados indicaram que não existiram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis.

Um teste de Mann-Whitney foi realizado para analisar se os níveis de ansiedade se distinguem do facto de quem testou positivo e negativo ao teste de covid-19, como apresentado na tabela 16.

Tabela 16 - Diferenças entre os níveis de Ansiedade e no teste Covid

	Positivo	Negativo		
	MD	MD	Sig.	U de Mann-Whitney
Nível de ansiedade durante o confinamento	54.30	40.98	.014	791.000
Nível de ansiedade após o confinamento	53.92	41.34	.021	808.500

Os resultados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas tanto no período durante o confinamento obrigatório, como no período de pós confinamento.

No que concerne aos níveis de ansiedade no período durante o confinamento obrigatório, os participantes que testaram positivo à Covid-19 mostraram maiores níveis de ansiedade (MD=54.30) do que aqueles que testaram negativo (MD=40.98), $U=791.000$, $Sig.=.014$.

Também no que diz respeito aos níveis de ansiedade no período de tempo após o confinamento obrigatório, os participantes que tiveram Sars-Cov-2 apontam maiores níveis de ansiedade (MD=53.92) do que os participantes que nunca tiveram a doença (MD=41.34), $U=808.500$, $Sig.=.021$.

Um teste de Mann-Whitney foi realizado para analisar se os níveis de ansiedade se distinguem do tipo de sintomas dos participantes que testaram positivo à Covid-19, como apresentado na tabela 17.

Tabela 17 - Diferenças entre os níveis de Ansiedade e no tipo de Sintomas da Covid-19

	Ligeiros	Graves	Sig.	U de Mann-Whitney
	MD	MD		
Nível de ansiedade durante o confinamento	25.94	36.23	.046	151.500
Nível de ansiedade após o confinamento	28.08	27.68	.939	238.500

Os resultados indicaram que não existiram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade no pós confinamento obrigatório e no tipo de sintomas testados à Covid-19.

Relativamente aos níveis de ansiedade no período durante o confinamento obrigatório, os participantes que tiveram sintomas graves mostraram maiores níveis de ansiedade (MD=36.23) do que a amostra que teve sintomas ligeiros (MD=25.94), $U=151.500$, $Sig.=.046$.

De forma a perceber se existiam diferenças entre o tempo de escolaridade online e os níveis de ansiedade fez-se uma correlação de Spearman, como apresentado na tabela 18.

Tabela 18 - *Correlação de Spearman entre os níveis de Ansiedade e o tempo de EAD*

		Sentimento durante o período de EAD	Nível de Ansiedade durante o confinamento
Sentimento durante o período de EAD	Coefficiente de Correlação	1.000	.023
	Sig.		.814
Nível de Ansiedade durante o confinamento	Coefficiente de Correlação	.023	1.000
	Sig.	.814	

Conclui-se que não existe uma correlação entre as variáveis (Sig.=.814).

De forma a perceber se existiam diferenças entre o sentimento de pré e durante pandemia e a idade fez-se uma correlação de Spearman, como apresentado na tabela 19.

Tabela 19 - *Correlação de Spearman entre o sentimento no pré e durante a pandemia e a idade*

		Idade	Sentimento pré covid	Sentimento durante a pandemia
Idade	Coefficiente de Correlação	1.000	.079	.004
	Sig.		.429	.968
Sentimento pré covid	Coefficiente de Correlação	.079	1.000	-.138
	Sig.	.429		.165
Sentimento durante a pandemia	Coefficiente de Correlação	.004	-.138	1.000
	Sig.	.968	.165	

Conclui-se que não existe uma correlação entre as variáveis (Sig.=.429; .968).

De forma a entender se existe uma relação entre o sentimento de pré pandemia e a profissão dos participantes neste estudo, procedeu-se a um teste de Kruskal-Wallis, como apresentado na tabela 20.

Tabela 20 - *Teste de Kruskal-Wallis entre o sentimento no pré pandemia e a profissão*

	Profissão	MD	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Sentimento pré covid	Estudante	52.05		
	Estudante	45.50		
	Trabalhador		.748	.862
	Trabalhador	55.44		
	Desempregado (a)	60.25		

Conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis (Sig.=.862).

De forma a entender se existe uma relação entre o sentimento durante pandemia e a profissão dos participantes neste estudo, procedeu-se a um teste de Kruskal-Wallis, como apresentado na tabela 21.

Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre o sentimento no durante a pandemia e a profissão

	Profissão	MD	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Sentimento durante o covid	Estudante	49.24	6.033	.110
	Estudante	66.69		
	Trabalhador	67.83		
	Trabalhador	38.00		

Conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis (Sig.=.110).

Resultados Qualitativos

Foi realizada uma análise de conteúdo de entrevistas em grupos focais realizadas a alguns jovens com nacionalidade portuguesa e timorense, para complementar a informação obtida através dos resultados quantitativos e a literatura.

Os resultados, quer das características sociodemográficas quer das respostas à entrevista, encontram-se abaixo no quadro 1 para os entrevistados de nacionalidade portuguesa e no quadro 2 para os participantes de nacionalidade timorense.

As respostas da entrevista estão organizadas por 4 categorias chave que são:

- Consequências Psicológicas – Que tipo de dificuldades e desafios sentiram a nível psicológico;
- Fatores de risco/stress – Quais foram os principais pontos que os jovens sentiram como desafios dentro do período de pandemia;
- Fatores protetores – De que forma conseguiram e quais as estratégias que os participantes arranjaram para ultrapassar as adversidades deste período.
- Qualidade de vida e perceção de saúde – a perceção que os jovens têm sobre estes conceitos e de que forma ficaram comprometidas ou não, durante o período de COVID-19.

Quadro 2 - *Características sociodemográficas do grupo de nacionalidade portuguesa*

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Idade	25	25	24	23	23	18	17	23
Sexo	M	F	F	M	M	F	M	F
Escolaridade	Mestrado	Mestrado	CTESP	Mestrado	12ºAno	12ºAno	12ºAno	Licenciatura
Tive COVID	S	S	S	S	N	S	N	S
Gravidade da COVID	Média	Grave	Leve	Grave	_____	Leve	_____	Muito Grave
Sintomas	Perda de paladar, Dores musculares	Tosse, Dores musculares, Febre, Perda paladar	Dores de garganta, Tosse	Febre, Tosse, Dores musculares	_____	Dores de garganta, Tosse	_____	Dificuldades respiratórias, Tosse, Febre, Fadiga, Dores musculares, Diarreia, Vômitos, Perda de Paladar e Olfato
Qualidade de Vida (Geral, durante o período de pandemia)	Desafiante. A nível físico e social ficou afetado com a pandemia	Muito desafiante. A nível físico ficou bastante afetada, foi para o hospital. No entanto, a nível social teve um grande suporte	Razoável. Sentiu alguma preocupação, poucas alterações nas atividades diárias	Desafiante. A nível físico, psicológico e social, ficou um pouco afetado com a pandemia	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral, e algumas alterações a nível social	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral	Muito desafiante. A nível físico ficou bastante afetada, foi internada no hospital. Teve um bom suporte social
Perceção de Saúde (Geral, durante o período de pandemia)	Sentiu alterações nas suas atividades diárias	Sentiu alterações nas suas atividades diárias, foi internada no hospital, com dificuldades respiratórias	Sentiu dores sintomáticas, mas sem que afetasse o seu dia a dia	Sentiu alterações nas suas atividades diárias	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Sentiu dores sintomáticas, mas sem que afetasse o seu dia a dia	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Sentiu muitas alterações nas suas atividades diárias, foi internada no hospital, com dificuldades respiratórias e dores sintomáticas
Consequências Psicológicas COVID	Ansiedade, Perda de apetite, Tristeza	Irritabilidade, Perda de apetite, problemas de sono, Dificuldades de Concentração	Ansiedade	Ansiedade, Irritabilidade, Tristeza	Ansiedade	Irritabilidade, Tristeza, Dificuldades de Concentração	Irritabilidade, Tristeza, Dificuldades de Concentração	Ansiedade, Revolta, Irritabilidade, Perda de Apetite, Problemas de sono
Fatores de Risco/ Stress	Isolamento, Sequelas, Notícias	Medo da morte, Medo de contágio, Falta de cuidados, Sequelas, Notícias	Medo de ficar doente, Medo de contágio, Notícias	Isolamento, Medo de contágio, Notícias	Medo de ficar doente, Solidão, Resignação, Notícias	Medo de contágio, Isolamento, Resignação	Medo de ficar doente, Resignação, Notícias	Sensação de sufoco, Medo da morte, Medo de contágio, Isolamento, Sequelas, Notícias
Fatores de Proteção/ Resiliência/ Enfrentamento	Religião, Suporte familiar	Suporte familiar e social, Suporte hospitalar e SNS, Otimismo	Otimismo, Ignorar o problema	Otimismo, Ignorar o problema, SNS	Suporte familiar, Ignorar o problema	Religião, Suporte familiar, Ignorar o problema, Dançar	Ignorar o problema, Otimismo	Religião, Suporte familiar e social, Suporte hospitalar e SNS, Foco no Presente

Quadro 3 - *Características sociodemográficas do grupo de nacionalidade timorense*

Participante	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
Idade	21	19	22	19	18	21	20	25
Sexo	F	F	M	M	M	F	F	M
Escolaridade	12ºAno	12ºAno	12ºAno	12ºAno	12ºAno	Licenciatura	12ºAno	Mestrado
Tive COVID	N	N	N	N	N	S	S	S
Gravidade da COVID				Leve		Média	Leve	Muito Grave
Sintomas				Tosse, Dores de garganta		Febre, Fadiga, Tosse, Dores musculares	Tosse, Dores de garganta	Dificuldades respiratórias, Febre
Qualidade de Vida (Geral, durante o período de pandemia)	Desafiante. A nível social ficou afetada com a pandemia	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral	Razoável. Sentiu alguma preocupação, poucas alterações nas atividades diárias, Acessos facilitados (fora de Timor)	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral	Desafiante. A nível social ficou afetada com a pandemia	Desafiante. Sentiu alterações nas atividades diárias	Razoável. Sentiu preocupação a nível geral	Muito desafiante. A nível físico ficou bastante afetado, foi internado no hospital, na UCI. Acessos facilitados (fora de Timor) Sentiu muitas alterações nas suas atividades diárias, foi internado no hospital, com dificuldades respiratórias e dores sintomáticas
Perceção de Saúde (Geral, durante o período de pandemia)	Sentiu alterações nas suas atividades diárias, pois passou a ter muito mais cuidados	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Sentiu alterações nas suas atividades diárias, pois passou a não estar com os amigos	Sentiu dores sintomáticas, e alterações nas atividades diárias	Não sentiu quaisquer alterações nas suas atividades diárias	Sentiu muitas alterações nas suas atividades diárias, foi internado no hospital, com dificuldades respiratórias e dores sintomáticas
Consequências Psicológicas COVID	Ansiedade, Problemas de sono, Tristeza, Abandono	Ansiedade, Tristeza, Abandono	Ansiedade, Dificuldades de Concentração	Ansiedade, Abandono	Ansiedade, Tristeza, Abandono	Ansiedade, Irritabilidade, Problemas de sono	Ansiedade	Ansiedade, Revolta, Abandono
Fatores de Risco/ Stress	Medo de contágio, medo de ficar doente, medo de não voltar a ver os amigos, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC	Medo de ficar doente, Preocupação, isolamento, solidão, medo de não voltar a ver os amigos, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC	Medo de ficar doente, Solidão, medo de não voltar a ver os amigos, Estar fora do país, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC	Medo de ficar doente, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC, Solidão, Isolamento, medo de não voltar a ver os amigos	Medo de ficar doente, medo de contágio, Solidão, medo de não voltar a ver os amigos, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC	Falta de cuidados, Medo de contágio, medo de ficar doente, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC	Medo de contágio, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC, Isolamento, Solidão, medo de não voltar a ver os amigos	Sensação de sufoco, Medo da morte, Medo de contágio, Isolamento, Sequelas, Estar fora do país, Sem suporte familiar, medo de não voltar a ver os amigos, Pouco sinal de internet para poder comunicar através das TIC
Fatores de Proteção/ Resiliência/ Enfrentamento	Religião, Suporte familiar, Otimismo, Esperança, Foco nos estudos, Dançar	Religião, Otimismo, Esperança, Suporte familiar	Religião, Suporte familiar	Religião, Esperança, Suporte familiar, Otimismo, Ignorar o problema	Religião, Ignorar o problema, Otimismo	Religião, Ignorar o problema	Religião, Suporte familiar, Ignorar o problema	Religião, Esperança, Suporte hospitalar

Consequências Psicológicas Covid

A maioria dos entrevistados do primeiro grupo (Quadro 1) identifica a ansiedade como principal consequência (n=5; 62.50%), com relatos de ansiedade generalizada. A segunda consequência psicológica mais exposta pelos jovens foi a irritabilidade (n=4; 50%). De seguida, são apresentadas a perda de apetite e a tristeza (n=3) com uma percentagem de 37.50% cada uma. Os problemas de sono e a dificuldade de concentração foram identificados em 2 participantes (25%) e com pequena expressão (n=1; 12.50%) surge o sentimento de revolta. Por fim, apenas o entrevistado P7 revela que não sentiu qualquer consequência devido à pandemia (n=1; 12.50%).

No caso do segundo grupo (Quadro 2), a totalidade dos participantes revelam alguns indícios de também sentir ansiedade generalizada. A maioria relata também o sentimento de abandono como uma das principais consequências da COVID (n=5; 62.50%). 3 pessoas (37.50%) referem ter sentido tristeza e 2 participantes mencionam ter tido problemas de sono durante o período da Sars-Cov-2. Apenas 1 jovem (T3) menciona ter tido dificuldades de concentração, também 1 caso (T6) irritabilidade, assim como 1 outro participante (T8) sentimento de revolta.

Fatores de Stress/Risco

As principais causas de stress identificadas no grupo de nacionalidade portuguesa foram: as notícias (n=7; 87.50%) e o medo de contágio (n=5; 62.50%). Também foi relatado o isolamento, as sequelas, o medo de ficar doente e a resignação como alguns fatores de risco (n=3; 37.50%) e ainda o medo da morte (n=2; 25%). Por fim, foram ainda apresentadas como desafios, a preocupação com a falta de cuidados dos outros (P2), a solidão (P5) e o medo e sensação de sufocar (P8), esta última resposta advém de uma participante com asma, e sendo

que cada uma destas dificuldades é dada apenas por um participante, representam 12.50% da amostra.

No caso dos participantes do grupo de nacionalidade timorense, todos sentiram como sendo uma grande dificuldade a pouca internet existente para comunicar com os familiares ou amigos (n=8; 100%). Por consequência deste desafio, a maioria dos participantes identifica também como principais medos: receio em não voltar a ver os amigos (n=7; 87.50%), medo de ficar doente (n=6; 75%), medo do contágio (n=5; 62.50%) e a solidão (n=5; 62.5%). Para além destes fatores, também alguns dos entrevistados revelam preocupação com o isolamento (n=3; 37.50%) e com o facto de estarem fora do país (n=2; 25%). Finalmente, com pouca manifestação, são ainda relatados como sendo desafios: preocupação (T2), a falta de cuidados dos outros (T6), o medo e sensação de sufocar, medo da morte, sequelas e a falta de suporte familiar. Estas últimas descrições são feitas pelo participante T8, todas elas representando 12.50% do grupo com n=1.

Fatores de Proteção/ Resiliência/ Enfrentamento

As principais “estratégias” para enfrentar o período desafiante devido à COVID-19 identificadas no primeiro grupo foram o recurso ao suporte (emocional) familiar (n=5; 62.50%) e “ignorar” o problema (por exemplo, não ouvir notícias sobre os casos) (n=5; 62.50%). Metade dos entrevistados revelam que apesar do tempo conturbado que viveram, sentiram otimismo em que as coisas melhorassem (n=4; 50%). Com menor expressão foram identificadas a religião e a confiança no SNS (n=3; 37.50%) e ainda o suporte hospitalar (n=2; 25%). Por último, apenas 1 pessoa (12.50%) referiu atividade física e lazer (P6) e o foco no presente (P8) como fatores de resiliência.

No grupo de jovens de nacionalidade timorense, todos revelam que a religião foi a principal “técnica de confronto” (n=8; 100%) e com uma maioria dos entrevistados, é

mencionado o recurso ao suporte familiar (por exemplo o convívio). Metade dos participantes dizem que ignorar o problema e “ter pensamentos bons” ajuda a enfrentar o problema (n=4; 50%). Já a minoria revela ainda alguns fatores de superação: esperança de que as coisas voltem ao que eram (n=2; 25%), foco nos estudos (T1), atividades físicas e de lazer (T1) e suporte hospitalar (T8), todos com uma resposta (12.50%).

Qualidade de Vida e Perceção de Saúde

Metade dos entrevistados do primeiro grupo (Quadro 1), consideram que a sua qualidade de vida e saúde ficaram comprometidas durante o período de pandemia, tendo em conta que a sua autonomia, bem-estar e autorrealização, assim como a saúde física, psíquica e social não seria a melhor. “Não muito boa durante o período de pandemia, mas podia ter sido pior...”, “Tendo em conta o facto de ter ido para o hospital, diria que ficou comprometida, principalmente a nível físico.”, “Mais ou menos (...) Muitas dores, foi o que senti. Estive quase 1 mês de baixa devido às sequelas (...)”, “Para mim, foi péssima! (...) Tive muito medo de morrer!”

Para além destes relatos, existem 2 casos que percecionaram tanto a qualidade de vida como a saúde como “muito boa”, tendo as condições para satisfazer as suas necessidades. “Estive durante este período de tempo bem, graças a Deus”, “Estive sempre bem, nunca tive qualquer problema (...) portanto acho que foi boa”.

Por fim, também 2 participantes “avaliaram” estes fatores como sendo “razoáveis”. “Diria que foi razoável (...) Tive COVID 1 vez, acabou por não afetar de forma drástica o meu dia a dia.”, “De uma forma geral (...) foi minimamente satisfatória.”

No que diz respeito ao segundo grupo (Quadro 2), metade dos jovens consideraram que durante o período de pandemia, a sua qualidade de vida e saúde foram “razoáveis”, sendo que o maior desafio mencionado foi a nível social. “Assim no geral, eu estive bem e não tive

COVID (...) os meus ais ficaram doentes e como eu estava fora do país, fiquei com muito medo e preocupado (...) felizmente passou rápido, eles estão bem e na altura também consegui voltar facilmente para Timor para cuidar e ajudar eles.”, “Tive algumas dores de garganta, mas o teste dava sempre negativo, por isso estava tudo bem (...)”, “(...) não senti nada, os meus pais e amigos estavam todos bem, graças a Deus (...) só senti um pouco triste por não os ver. Mas estava tudo bem graças a Deus!”, “Tive COVID, mas estive sempre bem, graças a Deus (...) Só tinha tosse, mas fazia tudo normal no meu dia.”.

Somente 1 pessoa (T2) acredita que manteve uma qualidade de vida e saúde “muito boa”: “No geral senti-me bem (...) não estive doente e ninguém da minha família ficou doente também, graças a Deus.”.

Para finalizar, 3 entrevistados sentiram que os fatores, qualidade de vida e saúde, mencionados ficaram prejudicadas devido à COVID-19. “Apesar de não ter a doença, tive medo da vacina, da doença, dos meus pais ficarem doentes (...) e comecei a ter muitos cuidados (...) o medo que tive, acho que fazia com que não conseguisse ter um dia normal como tinha antes (...)”, “Estive algum tempo doente, e apesar de não ter ido ao hospital, estava com bastante medo que piorasse (...) os nossos médicos em Timor, não confiamos muito (...)”, “Foi mesmo horrível! Nunca tive tanto medo como no dia em que fui internado no hospital (...) achava que ia morrer.”.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo comparar os impactos da pandemia da Covid-19 na qualidade de vida e saúde de jovens residentes em Portugal e em Timor-Leste. Este propósito foi atingido com sucesso, revelando diferenças estatisticamente significativas no domínio psicológico do instrumento WHOQOL-BREF em função da nacionalidade. Os resultados quantitativos indicaram que os jovens timorenses relataram níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio psicológico, quando comparados com os jovens portugueses, o que se apresenta como um dado particularmente interessante, tendo em conta as conhecidas limitações estruturais e socioeconómicas de Timor-Leste.

Estes dados podem ser interpretados à luz de fatores culturais, sociais e comunitários que influenciam a perceção de bem-estar psicológico, conforme salientado por Bronfenbrenner (1979) na sua Teoria Bioecológica do Desenvolvimento. A importância dos contextos próximos – como a família, a escola e a comunidade – e a sua inter-relação com os fatores mais amplos do sistema social e cultural, ajudam a compreender como, mesmo perante adversidades significativas, os jovens timorenses podem desenvolver estratégias de resiliência que sustentam uma perceção mais positiva do seu bem-estar psicológico.

No que respeita à análise qualitativa dos grupos focais, os dados convergem com os resultados quantitativos, mas oferecem uma camada interpretativa mais rica. Jovens de ambas as nacionalidades relataram que o período pandémico foi marcado por desafios significativos à sua qualidade de vida, com ênfase em sentimentos de solidão, incerteza, alterações na rotina e um aumento generalizado da ansiedade. A ansiedade surgiu como a consequência psicológica mais comumente referida pelos participantes dos dois grupos, reforçando as evidências já encontradas na literatura científica (Fegert et al., 2020; Marques de Miranda et al., 2020), que apontam para o impacto transversal da pandemia na saúde mental da população jovem.

Janssen et al. (2020) demonstram que a pandemia foi experienciada pelas famílias como um evento estressor, com impacto negativo nas relações entre cuidadores e adolescentes, especialmente devido ao aumento do afeto negativo diário por parte dos pais. Por outro lado, Stracke et al. (2023), numa revisão sistemática, evidenciam que os problemas de saúde mental dos cuidadores durante a pandemia estiveram associados a pior qualidade das interações familiares e maior conflito parental. Neste estudo, a informação não vai de encontro à literatura, tendo em conta que o suporte familiar foi considerado como um fator protetor.

Um estudo internacional evidenciou os malefícios da desorganização nas rotinas das famílias para o adolescente, como por exemplo, o desenvolvimento de sintomas de estresse (Prime et al., 2020). Em relação a isso, a rotina dos adolescentes se conceitua como um contexto do desenvolvimento, que tangencia diferentes sistemas, tais como o microssistema familiar e o mesossistema familiar e escolar. Em virtude disso, a manutenção da rotina dos adolescentes se mostrou importante como estratégia de enfrentamento para amenizar os impactos emocionais do distanciamento social, pois mantém a harmonia entre os diferentes sistemas do contexto do adolescente. Corroborando o que o autor nos diz, a rotina foi bastante importante e considerada um fator protetor, como demonstrado no grupo focal timorense (T1) em que a jovem já dançava no período pré-covid-19 e manter esta rotina foi importante para ela. Também um outro fator que se pode considerar, é o facto de na amostra de portugueses, a jovem P6, começou uma rotina nova durante o período de quarentena e permitiu também que conseguisse autorregular as suas emoções a partir de uma nova rotina.

Um estudo de Van Beveren (2018) permitiu observar que as competências ao nível da autorregulação e da resolução de problemas se relacionam com a sintomatologia depressiva e de ansiedade, na medida em que podem funcionar como um fator protetor relativamente ao desenvolvimento de problemáticas relacionadas com este tipo de sintomas. As dificuldades ao

nível da gestão emocional constituem-se como um fator de risco no que diz respeito à sintomatologia depressiva e de ansiedade (Fiorilli et al., 2019). Deste modo, as evidências apontam no sentido de que menos competências sociais e emocionais se relacionarem com a existência de mais sintomas depressivos e de ansiedade (Garaigordobil et al., 2017; Lacomba-Trejo et al., 2020). Corroborando com os estudos dos vários autores mencionados, a amostra presente nos dois grupos focais demonstram que o medo, as falsas notícias e desinformação constituem fatores de risco para que os jovens não conseguissem lidar tão bem com as suas emoções e como consequência, aumentar a sua ansiedade generalizada. Por outro lado, o otimismo que se relaciona com a autorregulação, foi mencionado por vários dos participantes como sendo um fator de proteção.

No que diz respeito à ansiedade, esta constitui uma resposta emocional que tem uma função ativadora e facilitadora e, por sua vez, cumpre um papel adaptativo em situações percebidas como ameaçadoras (Castillo et al., 2016). Além disso, afirma-se que os estudantes ansiosos sofrem de dificuldades de aprendizagem e incapacidade de resolver problemas. Os sintomas psicológicos e físicos incluem calafrios nas mãos e lábios, boca seca, micção frequente e distúrbios do sono (Asif et al., 2020). É necessário especificar que a ansiedade ocasional é comum, mas quando se trata de medos e preocupações intensas, persistentes e excessivas, pode ser exacerbada e causar um transtorno de ansiedade. No caso do estudo presente, principalmente nos dados qualitativos, sabendo que todos os jovens são estudantes ou trabalhadores estudantes está presente como a principal consequência no domínio psíquico o aumento da ansiedade, em ambas as nacionalidades, no período pandémico, o que corrobora a informação da literatura.

Um estudo realizado por Hafstad et al. (2021) conclui que de 2019 para 2020 os níveis clínicos de ansiedade e depressão dos adolescentes aumentaram. Sendo que ser rapariga, com problemas de saúde mental pré-existent, e vivendo numa família monoparental, previu níveis

mais elevados de ansiedade e sintomas depressivos. Os níveis de sintomas foram desigualmente distribuídos por grupos demográficos antes e durante o surto pandémico, indicando que persistem disparidades de saúde para adolescentes em grupos de risco durante uma pandemia. As desigualdades de saúde relacionadas com as condições de vida têm de ser abordadas em planos de ação futuros, e são necessárias medidas intensificadas para mitigar as desigualdades. No presente estudo, não se encontram diferenças significativas quanto ao género e no que toca ao domínio psicológico do instrumento quantitativo.

O estudo desenvolvido por Cohen et al. (2021) demonstrou grandes aumentos de depressão e ansiedade em adolescentes que eram saudáveis antes da pandemia de COVID-19, enquanto os adolescentes expostos a eventos stressantes em idade precoce evidenciaram sintomas elevados, mas estáveis ao longo do tempo. Os autores identificaram que manter relação com os amigos mesmo que online e dar prioridade ao sono teve um efeito protetor contra a ansiedade dos adolescentes saudáveis. Também no que toca a estes dados, o presente trabalho corrobora as informações, sendo que são identificados como fatores de proteção nos jovens que participaram no estudo, o contacto com os amigos, mesmo que fosse via online.

Um estudo revela que, durante a pandemia de COVID-19, as jovens — especialmente aquelas com perceção negativa da sua saúde, elevado nível de preocupações, histórico de autolesão ou tristeza profunda e impacto nas suas expectativas futuras — apresentaram um aumento significativo dos sintomas depressivos, superando os rapazes e grupos com risco familiar mais elevado (Racine et al., 2020). Apesar do que a literatura nos diz, os resultados qualitativos deste estudo não vão encontro a estas informações. Nas duas nacionalidades, as jovens do sexo feminino não demonstraram sentir maior ansiedade que os rapazes.

A pandemia COVID-19 conduziu a diversas mudanças na vida dos adolescentes, nomeadamente ao nível dos relacionamentos interpessoais (e.g. família e amigos) e do desenvolvimento ou agravamento de sintomatologia do foro da saúde mental (Rogers et al.,

2021). Um estudo de Magson et al. (2021) permitiu observar que a sintomatologia ansiosa e depressiva dos adolescentes sofreu um aumento durante a pandemia da COVID-19 e, no sentido inverso, a satisfação com a vida sofreu uma diminuição significativa. Os autores verificaram, também, que estes resultados estavam mais pronunciados nas raparigas comparativamente com os rapazes. Mais uma vez, apesar de não existirem diferenças significativas, tanto no instrumento quantitativo como no instrumento qualitativo, no que toca ao sexo mais afetado como diz a literatura, o estudo vai de encontro à informação do estudo de Magson et al. (2021) onde um dos maiores desafios que os jovens sentiram foi a nível social, ou seja, foi um dos maiores fatores de proteção, mas também um dos maiores fatores de risco na amostra deste estudo.

Conclusão

O presente estudo teve como propósito central comparar os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a qualidade de vida e a saúde mental de jovens de Portugal e Timor-Leste. Por meio da combinação de dados quantitativos e qualitativos, foi possível aprofundar a compreensão destas experiências vividas em contextos culturais distintos.

Nos resultados quantitativos, observou-se que a maioria da amostra nunca foi infetada pela COVID-19, embora muitos tivessem familiares que contraíram a doença — circunstância que potencializou o medo de contaminação. Apesar de o sentimento negativo ter aumentado ligeiramente durante a pandemia, o aumento não foi substancial. Em contrapartida, o sentimento positivo apresentou-se significativamente reduzido no mesmo período, evidenciando uma alteração significativa na perceção subjetiva de bem-estar.

Ao analisar níveis de ansiedade em diferentes fases (pré-pandemia, durante o confinamento obrigatório e posteriormente), não se registaram diferenças relevantes entre o período pré-pandemia e o durante o confinamento. Contudo, após o confinamento obrigatório, observou-se que os participantes portugueses demonstraram níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os timorenses. Igualmente, tanto durante como após o confinamento, os participantes infectados com SARS-CoV-2 apresentaram níveis significativamente maiores de ansiedade do que aqueles não infetados — reforçando achados relatados em estudos como Cohen et al. (2021) e Magson et al. (2021), que associam a infeção direta à piora emocional.

Os dados provenientes do WHOQOL-BREF evidenciaram que apenas a dimensão psicológica apresentou diferenças estatisticamente significativas entre nacionalidades, com os jovens timorenses a relatar uma qualidade de vida psicológica mais elevada do que os portugueses. As diferenças de género quanto à qualidade de vida não foram estatisticamente significativas.

Na dimensão qualitativa, os grupos focais português e timorense confirmaram que a pandemia foi experienciada como um período desafiante, marcado por ansiedade, medo e tristeza. Entre os fatores de risco identificados destacam-se o isolamento, o medo e a desinformação; enquanto os fatores de proteção mais mencionados foram o otimismo, a espiritualidade e o suporte familiar — elementos que, segundo Bermejo, Andrés-Pueyo & Hofer (2023), atuam como recursos fundamentais na resiliência espiritual e emocional em contextos adversos.

Para além disso, o modelo ecológico destaca a importância de intervenções multilaterais e contextualizadas para apoiar os jovens durante e após a pandemia. Estratégias focadas apenas no indivíduo são insuficientes se não considerarem as múltiplas camadas de influência que afetam seu desenvolvimento. Assim, intervenções que envolvam família, escola, comunidade e políticas públicas são essenciais para promover a resiliência e o bem-estar psicossocial dos jovens (Masten & Motti-Stefanidi, 2020).

Além disso, o enfoque da teoria em processos bidirecionais – em que o jovem também influencia o seu contexto – reforça a necessidade de empoderar os adolescentes para que participem ativamente na construção de ambientes mais favoráveis e adaptativos (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Este olhar é crucial para compreender as experiências e necessidades específicas dos jovens em tempos de crise e para formular respostas efetivas e inclusivas.

Os resultados sugerem que intervenções clínicas devem considerar a persistência de sintomas ansiosos, especialmente entre jovens diagnosticados com COVID-19 e em Portugal. Estratégias que promovam suporte familiar, cultivo do otimismo e da espiritualidade, e o reforço de redes comunitárias podem atuar como proteções eficazes.

Este estudo apresenta limitações inerentes: a dimensão restrita da amostra e a natureza transversal da recolha de dados comprometem a generalização. Além disso, o peso da percepção

subjetiva pode limitar a objetividade dos achados — fatores que futuras pesquisas poderiam compensar com amostras mais amplas e delineamentos longitudinais.

Futuras investigações deveriam explorar trajetórias longitudinais da ansiedade e qualidade de vida pós-pandemia, com enfoque em adolescentes infetados com COVID-19. A inclusão de indicadores culturais e socioeconómicos específicos, bem como instrumentos multilíngues validados localmente, pode enriquecer a análise comparativa entre Portugal e Timor-Leste.

Em síntese, este estudo confirma a relevância de uma abordagem biopsicossocial para compreender os impactos da COVID-19 na juventude — revelando que a cultura, os contextos familiares e as condições de saúde influenciam diretamente a perceção de bem-estar psicológico. Assim, torna-se imperativo que futuras intervenções sejam culturalmente sensíveis, amplas e sustentadas em evidências, com vista à promoção da saúde mental e qualidade de vida entre os jovens, em especial nos contextos lusófonos que enfrentam desafios estruturais e sociodemográficos específicos.

Referências Bibliográficas

- Adchidamini, I. M., & Saupe, R. (2004). *Focus group – qualitative methodology strategy: A theoretical essay*. *Cogitare Enfermagem*, 9(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700>
- Baig, A. M. (2020). Neurological manifestations in COVID-19 caused by SARS-CoV-2. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 26(5), 499–501. <https://doi.org/10.1111/cns.13372>
- Bermejo, S., Andrés-Pueyo, A., & Hofer, N. B. (2023). Family resilience and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: Stress perception as mediator and meta-mood as moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4801. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084801>
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1–2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Borges, C. S., & Santos, M. D. (2005). O uso crescente dos grupos focais na pesquisa em saúde e educação. In *Colaboração em produções científicas de saúde pública*
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). Wiley.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid

- review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brüggen, E. (2019). *A critical comparison of offline focus groups, online focus groups and e-Delphi*. Maastricht University. https://www.researchgate.net/profile/Debi-Saini/post/How_effective_are_focus_groups/attachment/59d61dcd79197b8077979e4a/AS%3A273533299560448%401442226829142/download/Focus%2BGroup.pdf
- Buonsenso, D., Munblit, D., De Rose, C., Sinatti, D., Ricchiuto, A., Carfi, A., ... & Lazzerini, M. (2021). Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatrica*, 110(7), 2208–2211. <https://doi.org/10.1111/apa.15870>
- Cabrera, N. J., & Volling, B. L. (2019). Parenting and family systems in early child development. In M. H. Bornstein & T. Leventhal (Eds.), *Ecology of child development: Research and practice* (pp. 69–95). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000120-004>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carvalho-Barreto, A. M. (2016). Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. *Psicologia USP – Revista*, 27(1), 65–83
- Chen, P., Mao, L., Nassis, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E., & Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science*, 9(2), 103–104.
<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001>

- Child & Youth Care Forum. (2023). Multilevel impacts of the COVID-19 pandemic: A bioecological systems perspective of parent and child experiences. *Child & Youth Care Forum*. <https://doi.org/10.1007/s10566-023-09761-w>
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., et al. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Cohen, Z. P., Cosgrove, K. T., DeVille, D. C., Akeman, E., Singh, M. K., White, E., Stewart, J. L., Aupperle, R. L., Paulus, M. P., & Kirlic, N. (2021). The impact of COVID-19 on adolescent mental health: Preliminary findings from a longitudinal sample of healthy and at-risk adolescents. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 622608. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.622608>
- Czeisler, M. É., Marynak, K., Clarke, K. E., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. M., ... & Rajaratnam, S. M. W. (2020). Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns — United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1250–1257. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>
- Darling, N. (2007). Ecological systems theory: The person in the center of the circles. *Research in Human Development*
- Dias, Joana Angélica Andrade, et al. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da covid 19. Revista de enfermagem do centro oeste Mineiro, 2020 Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3795/2424>
- Dunton, G. F., Do, B., & Wang, S. D. (2020). Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. *BMC Public Health*, 20(1), 1351. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09429-3>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432

- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLOS ONE*, 13(3), e0202080.
- Eiser, C., & Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European Journal of Pediatrics*, 172(10), 1299-1304.
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177–187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- 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), 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Fiorilli, C., Grimaldi Capitello, T., Barni, D., Buonomo, I., & Gentile, S. (2019). Predicting adolescent depression: The interrelated roles of self-esteem and interpersonal stressors. *Frontiers in psychology*, 10, 565. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00565>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817–818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J., & Machimbarrena, J. M. (2017). Childhood depression: Relation to adaptive, clinical and predictor variables. *Frontiers in psychology*, 8, 821. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821>

- Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*, 72(3), 226–235. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>
- Governo de Timor-Leste. História, s.d.. Disponível em <https://timor-leste.gov.tl/?p=29>
- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T., & Augusti, E. M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the COVID-19 outbreak: A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Regional Health – Europe*, 5, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100093>
- Haider, M. A., Yadav, H., Simkhada, P., & Van Teijlingen, E. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102156. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102156>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hussong, A. M., Cai, L., Cheong, J., & Sinha, R. (2021). Understanding changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: Findings from a longitudinal sample. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 513–523. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.003>
- Janssen, L. H. C., Kullberg, M. L., Verkuil, B., van Zwieten, N., Wever, M. C. M., van Houtum, L. A. E. M., Wentholt, W. G. M., & Elzinga, B. M. (2020). Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect

- and parenting. *PLOS ONE*, 15(10), e0240962.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240962>
- Janssen, L. H. C., van Zwieten, L., Meijer, A., Taliaferro, L. A., & Elzinga, B. (2021). Development of parent–adolescent relationships during the COVID-19 pandemic: The role of stress and coping. *Developmental Psychology*, 57(10), 1582–1595.
<https://doi.org/10.1037/dev0001208>
- Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2283–2290.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302630>
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), 124–136.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 397–406.
- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemic: A review of clinical and psychological traits. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 491–505. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0161>
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 1–2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>

- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Frontiers in psychology*, 11, 2529. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568941>
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., ... & Saussez, S. (2020). *Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277(8), 2251–2261. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Leitão, A. (2015). *As relações entre Portugal e Timor-Leste: da descolonização aos desafios no pós-intervencionismo*. In Consolidação da paz e a sua sustentabilidade: as missões da ONU em Timor-Leste e a contribuição de Portugal (Cap. 3). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316.2/36617>
- Lerner, R. M. (2006). Developmental science, developmental systems, and contemporary theories of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., Vol. 1, pp. 1–17). Wiley.
- Li, J., Huang, D., Qian, W., Zhang, Y., Jiang, Z., & Cao, Y. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 812–820. <https://doi.org/10.1002/cpp.2493>
- Lima, C. K. T., Silva, M. T. T., Oliveira, N. S., et al. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Ludvigsson, J. F. (2020). Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*, 109(6), 1088–1095. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C., & Silva, A. C. S. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
- Martins, N. (2020, December 19). *Estrategia ba prevensaun no mitigasaun surtu COVID-19 iha Timor-Leste* [Apresentação oral, Universidade da Paz, Díli, Timor-Leste]. Transcrição disponível em https://www.researchgate.net/publication/350006753_Estrategia_ba_Prevensaun_no_Mitigasaun_Surtu_Covid-19_iha_Timor_Leste

- Masten, A. S. (2014). *Global perspectives on resilience in children and youth*. Child Development, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem resilience for children and youth in disaster: Reflections in the context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*, 1(2), 95–106. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w>
- Melman, C. (2010). *La nouvelle économie psychique: la façon de penser et de jouir aujourd'hui* (1.^a ed.). Érès. França
- Mental Health Foundation. (2014). *Mental health: A state of well-being*. <https://www.mentalhealth.org.nz/publications/mental-health-state-well-being>
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. (s.d.). *Timor-Leste: Relações diplomáticas*. Portal Diplomático. <https://portaldiplomatico.mne.gov.pt/relacoesbilaterais/historia-diplomatica?view=article&id=446:timor-leste&catid=119:relacoes-diplomaticas>
- Moore, S. A., Faulkner, G., Rhodes, R. E., Brussoni, M., Chulak-Bozzer, T., Ferguson, L. J., ... & Tremblay, M. S. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1998). **WHOQOL user manual**. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Panuccio, A., Biondo, D., Picerni, E., Genovesi, B., & Laricchiuta, D. (2022). Trauma-Related Internalizing and Externalizing Behaviors in Adolescence: A Bridge between

- Psychoanalysis and Neuroscience. *Adolescents*, 2(4), 413-423.
<https://doi.org/10.3390/adolescents2040032>
- Pera, A. (2020). Cognitive, behavioral, and emotional disorders in populations affected by the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*, 11, 2263.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02263>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pierce, M., McManus, S., Hope, H., Hotopf, M., Ford, T., Hatch, S. L., & Abel, K. M. (2021). Mental health responses to the COVID-19 pandemic: A longitudinal UK study. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 389–398. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00089-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00089-4)
- Pietrobelli, A., Pecoraro, L., Ferruzzi, A., Heo, M., Faith, M., Zoller, T., ... & Heymsfield, S. B. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity living in Verona, Italy: A longitudinal study. *Obesity*, 28(8), 1382–1385.
<https://doi.org/10.1002/oby.22861>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., et al. (2020). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reiss, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A

- systematic review. *PLoS ONE*, 14(3), e0213700.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
- Rogers, A. A., Ha, T., & Ockey, S. (2021). Adolescents' perceived socio-emotional impact of COVID-19 and implications for mental health: Results from a US-based mixed-methods study. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 43–52.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.039>
- Rosa, E. M., & Tudge, J. R. H. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (2022). **Hyperexcitability: From normal fear to pathological anxiety and trauma.** *Frontiers in Systems Neuroscience*, 16, Article 727054.
<https://doi.org/10.3389/fnsys.2022.727054>
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433.
<https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Sarmiento, J. (2007). *Paisagem e identidade na construção da nação timorense*. Edições Afrontamento. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/60141/1/2007%20Geografias%20P%C3%B3s-coloniais%20-%20Timor.pdf>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). *The age of adolescence*. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2013). Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *American Psychologist*, 68(4), 325–338.

- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Relatório de acesso aos cuidados de saúde durante a pandemia COVID-19*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt>
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., ... & Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: Evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S003329172000241X>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Silva, S. M. B.-A., & Assis, J. R. de S. (2010). Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 10(1), 146–152.
- Silva, V. L., & Silva, V. L. (2021). Situação epidemiológica da Covid-19 em Portugal no ano de 2020. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 11535-11542.
- SimplyPsychology (s.d.). Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. Recuperado de <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html>
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Stracke, M., Heinzl, M., Müller, A. D., Gilbert, K., Thorup, A. A. E., Paul, J. L., & Christiansen, H. (2023). Mental Health Is a Family Affair: Systematic review and meta-analysis on associations between mental health problems in parents and children during

- the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4485. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054485>
- Struyf, T., Deeks, J. J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeftang, M. M. G., ... & Davenport, C. (2021). *Signs and symptoms to determine if a patient is infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD013665. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013665>
- Tandon, R. (2020). COVID-19 and mental health: Preserving humanity, maintaining sanity, and promoting health. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(xxxx). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102256>
- Tudge, J. R. H., & Hogan, D. M. (2005). How the ecological and bioecological models conceptualize families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 2, pp. 253–278). Lawrence Erlbaum Associates.
- Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner’s bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*, 1(4), 198–210. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x>
- Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today’s super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy—and completely unprepared for adulthood—and what that means for the rest of us*. Atria Books.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- United Nations. (1981). *Resolution A/RES/36/28: Definition of youth in the context of the International Youth Year* (International Youth Year). **United Nations General Assembly**. Disponível em UN Year documentação estatística e sistema de informação

estatística

da

ONU

https://unevoc.unesco.org/home/%2BTVEtipedia%2BGlossary/lang%3Den/show%3Dterm/term%3DYouth?utm_source=chatgpt.com

United Nations. (2021). *Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health*.
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

Van Beveren, M. L., Harding, K., Beyers, W., & Braet, C. (2018). Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptive emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 18-41.
<http://doi.org/10.1111/bjc.12151>

Van Lancker, W., & Parolin, Z. (2020). COVID-19, school closures, and child poverty: A social crisis in the making. *The Lancet Public Health*, 5(5), e243-e244.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30084-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0)

Verdoni, L., Mazza, A., Gervasoni, A., Martelli, L., Ruggeri, M., Ciuffreda, M., ... & D'Antiga, L. (2020). An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: An observational cohort study. *The Lancet*, 395(10239), 1771–1778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31103-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31103-X)

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2021). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2260.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052260>

World Health Organization (WHO). (2013a). **Mental health action plan 2013–2020**. Geneva: WHO. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

World Health Organization (WHO). (2013b). **Mental health: strengthening our response.**

Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak* (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1).

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>

World Health Organization. (2020a, March 11). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020.** <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

World Health Organization. (2020b, January 12). **Novel Coronavirus – China.** <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>

World Health Organization. (2022). *Adolescent and young adult health – Fact sheet.* https://www.publichealth.com.ng/who-and-united-nations-definition-of-adolescent/?utm_source=chatgpt.com

World Health Organization – UHC Partnership. (2022). *A more inclusive health reform process in Timor-Leste.* WHO. <https://extranet.who.int/uhcpartnership/news/more-inclusive-health-reform-process-timor-leste>

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., et al. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Questionário Sociodemográfico
- Anexo B** - Questionário WHOQOL-Bref
- Anexo C** - Autorização para entrevista – Grupos Focais
- Anexo D** - Tabela de Fidelidade do Questionário WHOQOL-BREF
(Versão Portuguesa)
- Anexo E** - O Projeto CAFE

ANEXO A

Questionário Sociodemográfico

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

1.	Nacionalidade*	☐	Portuguesa
		☐	Timorense
2.	Sexo*	☐	Feminino
		☐	Masculino
		☐	Outra Opção
3.	Idade*	<input type="text"/>	anos
4.	Estado Civil*	☐	Solteiro(a)
		☐	a Namorar
		☐	Casado(a)
		☐	União de Facto
		☐	Separado(a)
		☐	Divorciado(a)
		☐	Viúvo(a)
5.	Ano de Escolaridade*	<input type="text"/>	
6.	Já repetiste o ano?	☐	Sim
		☐	Não
7.	Profissão*	☐	Estudante
		☐	Estudante Trabalhador
		☐	Trabalhador
		☐	Desempregado(a)

8.	No caso de teres um emprego, qual é?							
9.	Já tiveste COVID-19?*	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr><tr><td></td><td>Não Sei</td></tr></table>		Sim		Não		Não Sei
	Sim							
	Não							
	Não Sei							
10.	Tiveste Sintomas (Ex. Tosse, Febre, Dores de corpo, ...)	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							
11.	Se sim, foram ligeiros ou graves?	<table border="1"><tr><td></td><td>Ligeiros</td></tr><tr><td></td><td>Graves</td></tr></table>		Ligeiros		Graves		
	Ligeiros							
	Graves							
12.	Tens algum problema de saúde?	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							
13.	Se sim, qual?							
14.	Já alguma vez fizeste algum teste de COVID-19?	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							
15.	Alguém da tua família já teve COVID-19?	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							
16.	Se sim, quem?							
17.	Se sim, essa(s) pessoa(s) vive(m) contigo?	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							
18.	Tiveram sintomas?	<table border="1"><tr><td></td><td>Sim</td></tr><tr><td></td><td>Não</td></tr></table>		Sim		Não		
	Sim							
	Não							

☐ Não sei

18.	Se sim, foram ligeiros ou graves?	☐	Ligeiros
		☐	Graves

20.	Estiveste em quarentena por contacto direto com alguém que teve COVID-19?	☐	Sim
		☐	Não
		☐	Não sei

21.	Como avalias a tua saúde ao longo do confinamento obrigatório, de 1 a 5?	
	Considera esta resposta se e apenas se respondeste “Sim” à pergunta anterior Pontuação = 1- Muito Mal; 2- Mal; 3- Nem Bem Nem Mal; 4- Bem; 5- Muito Bem	
	1 2 3 4 5	

22.	Já alguém da tua família ou amigo morreu devido à doença de COVID-19?	☐	Sim
		☐	Não

23. Se sim, como te sentiste? _____

24.	Como te sentias antes da existência da doença de COVID-19?	
	Pontuação = 1- Muito Mal; 2- Mal; 3- Nem Bem Nem Mal; 4- Bem; 5- Muito Bem	
	1 2 3 4 5	

25.	Como te sentes agora?	
	Pontuação = 1- Muito Mal; 2- Mal; 3- Nem Bem Nem Mal; 4- Bem; 5- Muito Bem	
	1 2 3 4 5	

26.	Quando a tua escola esteve fechada, como te	☐	Bem
-----	---	--------------------------	-----

	sentiste?	
		Mal

27. Porquê? _____

28.	Desde o início da pandemia, quanto tempo estiveste sem aulas presenciais?		Sempre tive aulas presenciais
			Fiquei 1 mês sem aulas presenciais
			Fiquei entre 2 a 4 meses sem aulas presenciais
			Fiquei entre 4 a 6 meses sem aulas presenciais
			Fiquei mais de 6 meses sem aulas presenciais

29.	Como te sentiste quando estiveste sem aulas?
	Pontuação = 1- Muito Mal; 2- Mal; 3- Nem Bem Nem Mal; 4- Bem; 5- Muito Bem
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

30.	Os teus pais ficaram em teletrabalho?		Nenhum
			Mãe
			Pai
			Ambos

31.	Como avalias o teu nível de ansiedade durante o confinamento obrigatório?
	<p>Ansiedade = Estado emocional. Desconforto físico e/ou psíquico, agonia, aflição, angústia, impaciência.</p> <p>Pontuação = 1- Nível Muito Baixo; 2- Nível Baixo; 3- Nível Nem Baixo Nem</p>

	Alto; 4- Nível Alto; 5- Nível Muito Alto				
	1	2	3	4	5

32.	Como avalias o teu nível de ansiedade atualmente?				
	Pontuação = 1- Nível Muito Baixo; 2- Nível Baixo; 3- Nível Nem Baixo Nem Alto; 4- Nível Alto; 5- Nível Muito Alto				
	1	2	3	4	5

33.	Qual o teu nível de esperança de que tudo volte a ser como antes?				
	Pontuação = 1- Nível Muito Baixo; 2- Nível Baixo; 3- Nível Nem Baixo Nem Alto; 4- Nível Alto; 5- Nível Muito Alto				
	1	2	3	4	5

34. O que sentes que mudou? _____

35. Tens algum comentário a fazer? _____

ANEXO B

Questionário WHOQOL-Bref

Anexo B – Questionário WHOQOL-Bref

Instruções:

Este questionário procura conhecer a tua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da tua vida.

Por favor, responde a todas as questões. Se não tiveres a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolhe a que te parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que te vier primeiro à cabeça.

Por favor, tem em atenção os teus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que tenhas em atenção a tua vida nas duas últimas semanas.

Por favor, lê cada pergunta, vê como te sentes em relação à mesma, e seleciona o número da escala para cada pergunta que te parecer que seja a melhor resposta.

Não existem respostas corretas nem erradas.

Obrigada pela tua participação.

1.	Como avalias a tua qualidade de vida?
	Qualidade de Vida = Perceção que uma pessoa tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. - OMS Pontuação = 1- Muito Má; 2- Má, 3- Nem Boa Nem Má, 4- Boa, 5- Muito Boa
	1 2 3 4 5

2.	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua saúde?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5- Muito Satisfeito
	1 2 3 4 5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiste certas coisas nas duas últimas semanas.

3.	Em que medida as tuas dores (físicas) te impedem de fazeres algo que precises?
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Nem Muito Nem Pouco, 4- Muito, 5- MUITÍSSIMO
	1 2 3 4 5

4.	Em que medida precisas de cuidados médicos para fazeres a tua vida diária?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Nem Muito Nem Pouco, 4- Muito, 5- MUITÍSSIMO				
	1	2	3	4	5

5.	Até que ponto gostas da vida?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Nem Muito Nem Pouco, 4- Muito, 5- MUITÍSSIMO				
	1	2	3	4	5

6.	Em que medida sentes que a tua vida tem sentido?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Nem Muito Nem Pouco, 4- Muito, 5- MUITÍSSIMO				
	1	2	3	4	5

7.	Até que ponto te consegues concentrar?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Nem Muito Nem Pouco, 4- Muito, 5- MUITÍSSIMO				
	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentaste ou foste capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

8.	Tens energia suficiente para a tua vida diária?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Moderadamente, 4- Bastante, 5- Completamente				
	1	2	3	4	5

9.	És capaz de aceitar a tua aparência física?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Moderadamente, 4- Bastante, 5- Completamente				
	1	2	3	4	5

10.	Como avaliarias a tua mobilidade [capacidade para te movimentares e deslocares por ti próprio(a)]?				
	Pontuação = 1- Nada, 2- Pouco, 3- Moderadamente, 4- Bastante, 5- Completamente				
	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se te sentiste **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da tua vida nas duas últimas semanas.

11.	Até que ponto estás satisfeito(a) com o teu sono?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

12.	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua capacidade para desempenhares as atividades do dia-a-dia?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

13.	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua capacidade de trabalho?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

14.	Até que ponto estás satisfeito(a) contigo próprio(a)?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

15.	Até que ponto estás satisfeito(a) com as tuas relações pessoais?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>

16.	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua vida sexual?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17.	Até que ponto estás satisfeito(a) com o apoio que recibes dos teus amigos?
	Pontuação = 1- Muito Insatisfeito, 2- Insatisfeito, 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito, 4- Satisfeito, 5-Muito Satisfeito
	1 2 3 4 5

A última pergunta deste questionário refere-se à **frequência** com que sentiste ou experimentaste certas coisas nas duas últimas semanas.

18.	Com que frequência tens sentimentos negativos, tais como tristeza ou ansiedade?
	Pontuação = 1- Nunca, 2- Poucas Vezes, 3- Algumas Vezes, 4- Frequentemente, 5- Sempre
	1 2 3 4 5

ANEXO C

Autorização para entrevista – Grupos Focais

Anexo C: Autorização para entrevista – Grupos Focais

Secção 1 – Autorização

No âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, e tendo em conta que foste uma das pessoas que aceitou, numa fase inicial responder ao questionário sobre o tema: “Covid-19: Impacto na Saúde e na Qualidade de Vida dos Jovens de Portugal e Timor-Leste”, recrutamos-te, numa segunda etapa deste estudo para fazermos uma entrevista sobre o mesmo tema.

O objetivo desta entrevista é podermos conhecer melhor a tua verdade sobre o período pré, durante e pós covid segundo a tua experiência e opinião acerca deste assunto.

Agradeço a tua participação e lembra-te, não existem respostas corretas ou erradas.

1.	Aceitas ser entrevistado (a)?*	☐	Sim
		☐	Não
2.	Posso gravar esta entrevista com o objetivo de utilizar as tuas respostas no meu trabalho?*	☐	Sim
		☐	Não

Secção 2 – Dados Sociodemográficos

Antes de avançarmos para as perguntas da entrevista, vou pedir-te que me faças uma pequena apresentação sobre ti.

3.	Nome*	_____	
4.	Nacionalidade*	☐	Portuguesa
		☐	Timorense
5.	Género*	☐	Feminino
		☐	Masculino
		☐	Outra Opção
6.	Idade*	_____	
7.	Ano de Escolaridade*	_____	

4.	Estudas ou trabalhas?*	☐	Estudo
		☐	Trabalho

9.	O que estás a estudar ou estudaste?*	_____

10.	Qual é a tua área de trabalho?*	_____

11.	Já alguma vez tiveste Covid desde o início da pandemia?*	☐	Sim
		☐	Não

12.	Quantas vezes tiveste Covid-19 desde o início da pandemia?*	_____
-----	---	-------

13.	Tiveste Algum Sintoma?*	☐	Sim
		☐	Não

14.	Que tipo de Sintomas tiveste?*	☐	Leves
		☐	Médios
		☐	Graves

15.	Que sintomas tiveste?*	_____

ANEXO D

Tabela de Fidelidade do Questionário WHOQOL-BREF (Versão Portuguesa)

Anexo D – Tabela de Fidelidade do Questionário WHOQOL-BREF (Versão Portuguesa)

O instrumento WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

Neste estudo, foi considerado que o domínio de MEIO AMBIENTE não seria tão importante de avaliar como os restantes, e por isso eliminou-se esta categoria.

Domínio	Items	Perguntas (“Nas duas últimas semanas...”)	Opções de Resposta	Avaliadores	Sugestões
Geral	q.1 - Qualidade de vida	Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito Má a Muito Boa		
	q.2 - saúde	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
Físico	q.3 – Dor Física e Desconforto	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impede de fazer o que precisa de fazer?	Nada a Muitíssimo		
	q.4 – Tratamento	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	Nada a Muitíssimo		
	q.10 – Energia	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	Nada a Completamente		
	q.15 – Locomoção/ Mobilidade	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	Muito Má a Muito Boa		
	q.16 – Sono	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		

Domínio	Items	Perguntas (“Nas duas últimas semanas...”)	Opções de Resposta	Avaliadores	Sugestões
Físico	q.17 – Atividades Diárias	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
	q.18 – Capacidade de Trabalho	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
Psicológico	q.5 – Sentimentos Positivos	Até que ponto gosta da vida?	Nada a Muitíssimo		
	q.6 – Sentido da Vida	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	Nada a Muitíssimo		
	q.7 – Concentração	Até que ponto se consegue concentrar?	Nada a Muitíssimo		
	q.11 – Aparência Física	É capaz de aceitar a sua aparência física?	Nada a Completamente		
	q.19 – Autossatisfação	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
	q.26 – Sentimentos Negativos	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	Nunca a Sempre		

Domínio	Items	Perguntas (“Nas duas últimas semanas...”)	Opções de Resposta	Avaliadores	Sugestões
Relações Sociais	q.20 – Relações Pessoais	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
	q.21 – Vida Sexual	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		
	q.22 – Apoio dos Amigos	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito		

ANEXO E
O Projeto CAFE

Anexo E - O Projeto CAFE

No âmbito da cooperação, o uso da Língua Portuguesa, é considerado um instrumento de escolaridade e de formação. Este aspeto esteve subjacente ao protocolo assinado entre a República Portuguesa e a República Democrática de Timor-Leste, a 16/04/2010, promovendo a criação de polos da Escola Portuguesa Ruy Cinatti, nos distritos de Baucau, Same, Maliana e Oe-Cússe, que entraram em funcionamento, no ano escolar de 2010/2011, e o de Gleno que teve início em 2011/2012.

Com a assinatura de um novo protocolo, a 28/09/2011, promoveu-se os polos da escola portuguesa a “Escolas de Referência”, as quais passariam a integrar o sistema de ensino timorense, a partir de 01/01/2013, havendo intenção do Governo de Timor-Leste de criar estas unidades, em todas as 13 capitais de distrito, para a implementação do sistema de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário.

Acordou-se que, nessas escolas, seria lecionado o currículo nacional de Timor-Leste em língua portuguesa, usando os manuais escolares em vigor e a sua atividade seria desenvolvida no período correspondente ao calendário escolar daquele território (coincidente com o ano civil).

A 30/12/2014, foi assinado um novo Protocolo de Cooperação entre a República Portuguesa e a República Democrática de Timor-Leste, para a implementação e funcionamento do Projeto Centros de Aprendizagem e Formação Escolar de Timor-Leste (PCAFÉ), o qual sucedeu ao Projeto Escolas de Referência de 2015, mantendo-se os compromissos anteriormente assumidos.

Atualmente, o projeto encontra-se implementado, em estabelecimentos de ensino dos 13 municípios daquele país, mantendo as linhas condutoras de ação iniciadas com as Escolas de Referência.

O PCAFE tem como objetivo reforçar a vertente de formação de docentes timorenses, estando previstas várias modalidades de apoio, tais como períodos de estágio integrado na formação inicial, de formação complementar - após conclusão da formação inicial - bem como ações de capacitação pontuais em matéria de formação de professores e de quadros da administração e gestão escolar timorenses.

Ao longo dos anos, as escolas do PCAFE foram introduzindo duas turmas do pré-escolar de 4 anos e acrescentando um ano ao último ano de escolaridade que se lecionava.

No ano letivo de 2020/2021, 11 das 13 escolas do PCAFE iniciariam o 12.º ano de escolaridade.

Apesar de se considerar os exames com uma importância relativa no nosso país, há que realçar que em Timor Leste é um momento de alta formalidade e decisivo para a vida dos seus alunos. Desde o ano letivo de 2018, nos exames do 9.º ano, os alunos com melhores resultados, a nível nacional nas disciplinas de Exame Nacional (Português; Inglês; Matemática; Ciências Físico-Naturais e História e Geografia), têm sido atingidos pelos alunos do PCAFE. 2021 foi o primeiro ano em que os alunos do 12.º ano tiveram que fazer os exames de final de secundário. Verificou-se que cerca de 85% dos alunos do 12º ano do PCAFE conseguiram resultados positivos de modo a frequentar os cursos a que se candidataram na Universidade Nacional de Timor-Leste (UNTL).