Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Autorregulação e indicadores de saúde mental: impacto da pandemia de COVID-19 nos indicadores de saúde mental de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico.

Andreia Cordeiro Fernandes

Orientador(es) | Guida Veiga

Évora 2021

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Autorregulação e indicadores de saúde mental: impacto da pandemia de COVID-19 nos indicadores de saúde mental de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico.

Andreia Cordeiro Fernandes

Orientador(es) | Guida Veiga

Évora 2021

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente	|	Gabriela Almeida (Universidade de Évora)
Vogais	|	Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador) Maria João Carapeto (Universidade de Évora)

Évora 2021

Agradecimentos

Este foi um trabalho que envolveu muito esforço e dedicação, aliás como qualquer trabalho, contudo este além de ter sido muito especial para mim e marcar o fim de uma etapa da minha vida, decorreu numa situação algo constrangedora.

A elaboração do projeto de dissertação foi uma aventura, e como em todas as aventuras houve obstáculos e dificuldades, mas fiquei especialmente contente quando depois de vários ajustes, consegui entregá-lo e receber a aprovação por parte da Universidade de Évora.

Assim que comecei a aplicar o projeto pensei, que todo o esforço em torno da pesquisa bibliográfica e pesquisa de instrumentos de avaliação tinha valido a pena, pois não existe nada mais gratificante do que fazer aquilo que realmente nos apaixona.

Entretanto, comecei a aplicar o tão esperado programa de relaxação, no entanto quando já ia na sétima sessão, surgiu algo inesperado de que já se vinha a falar nos meios sociais há algum tempo, o vírus "COVID-19". A partir do dia 15 de março de 2020 dei por finda a minha intervenção, pois como as escolas foram encerradas devido à pandemia, não existiam condições para que eu pudesse continuar.

Este foi um momento difícil e em que eu pensei que não haveria volta a dar, pelo que teria de começar algo do zero. No entanto, surgiu uma hipótese para aproveitar os dados que já tinha recolhido, e assim fiz, meti "mãos à obra" como se costuma dizer e tentei dar o máximo. Claro que não é o trabalho que idealizei, pois preferia mil vezes ter continuado o programa de relaxação, mas perante a situação foi a melhor opção a seguir.

Devido a toda esta situação e à realidade por que passámos e estamos a passar, tenho de agradecer a todos aqueles que contribuíram e que me ajudaram a não desistir quando pensava que não iria conseguir acabar este trabalho e também àqueles que me auxiliaram a ultrapassar os obstáculos e dificuldades que tive durante todo o percurso.

À Professora Doutora Guida Veiga, a minha orientadora da Universidade de Évora, pelos conhecimentos transmitidos e pela prontidão com que esclareceu e me aconselhou em todas as minhas dúvidas e preocupações.

Ao Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo, por me ter recebido de braços abertos, e pelo interesse demonstrado no meu projeto de dissertação de mestrado.

Aos professores titulares de turma, que se mostraram sempre disponíveis e recetivos aos meus pedidos ao longo de todo o processo.

À Professora Margarida Rocha, um especial agradecimento, pois foi um pilar muito importante ao longo da curta aplicação do programa de relaxação. Acompanhou-me em todas as sessões e juntas conseguimos observar ligeiras alterações e modificações no comportamento de todas as crianças.

A todas as crianças que acompanhei, quer apenas no processo de avaliação, mas também àquelas que acompanhei mais de perto, já no programa de relaxação. Vão ficar para sempre na minha memória, assim como todos os momentos por que passámos juntos, sejam eles de gargalhadas, felicidade ou de momentos mais sérios, em que alguém tinha que ser chamado à atenção, mas que no fim da sessão vinha pedir desculpa e se mostrava verdadeiramente arrependido por ter estado a perturbar as atividades. Tenho um pedacinho de todos no meu coração.

A toda a minha família, que me apoiou sempre e sem a qual não teria chegado aqui. Obrigada pela paciência e, por vezes, não ter estado tão presente como devia. No entanto, valeu a pena o investimento e sem o carinho e amor de todos, não teria chegado tão longe.

Às três grandes mulheres da minha vida, um agradecimento muito especial. À minha mãe por me ter acompanhado sempre e por me ter apoiado em tudo aquilo que eu ao longo da minha curta vida fui escolhendo para mim, é certo que nem tudo foram boas decisões, mas a seu tempo tudo acaba por encarrilhar e eu não sou diferente, não tenho um feitio nada fácil, e sei que às vezes dei algum trabalho, por isso tenho que agradecer pela pessoa em que me tornei, porque sem ti isso não seria possível, espero que tenhas sempre orgulho em mim. À minha madrinha que infelizmente já não está entre nós, mas está e vai estar sempre presente na minha vida, no meu coração, nunca me vou esquecer do nosso último telefonema, disseste “és uma menina e peras, nunca desistas dos teus sonhos” e olhando para aquilo que tenho à minha frente e por aquilo que já passei, eu sei que estou a cumprir aquilo que te prometi. À minha avó que é uma força da natureza, que apesar de todos os obstáculos

continua em frente, por mais dificuldades que tenha, não desiste daquilo que quer e eu só quero um dia chegar a essa idade e poder dizer que nunca desisti daquilo que queria.

Aos três grandes homens da minha vida, um agradecimento igualmente especial. Ao meu pai que sempre me apoiou e apesar de termos as nossas picardias nunca me abandonou quando eu precisei. Ao meu avô que é como um segundo pai para mim, está sempre lá e tem sempre uma palavra amiga para dizer ou uma piada para nos entreter, és um avô como não há muitos, nunca te esqueças disso. Ao meu irmão, que por mais zangas e chatices que tenhamos vai ser sempre o meu "tidinho", gosto de ti como nunca vou gostar de ninguém.

Tenho ainda de agradecer a duas pessoas muito importantes para mim, à Joana e à Maria, pelos momentos que tivemos e temos tido ao longo de todo o percurso académico, sem vocês este trilho não seria a mesma coisa. Vocês são aquilo que de melhor levo em cinco anos de Universidade de Évora e neste projeto tão importante não faria sentido não vos mencionar, pois estiveram sempre disponíveis para me ajudar e ouvir, mas também quando precisei de desanuviar e aliviar um pouco o stress que todo este processo acarreta.

Por último, mas não menos importante tenho de agradecer a uma outra pessoa, ao João, "não surgiste no início do projeto é certo, não me acompanhaste durante o período de alterações, ajustes, reestruturação, mas surgiste numa fase igualmente crucial, a fase final" e, por isso, pelas palavras de compreensão, carinho e apoio que nunca vou esquecer eu tenho também de te mencionar neste que é o ponto de partida para uma nova fase da minha vida.

Muito Obrigada por Tudo!

Autorregulação e indicadores de saúde mental: impacto da pandemia de COVID-19 nos indicadores de saúde mental de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico

Resumo

Introdução: A capacidade de autorregulação parece influenciar os indicadores de saúde mental, particularmente no período de pandemia COVID-19.

Objetivo: Analisar a associação entre autorregulação e indicadores de saúde mental e a relação entre indicadores de saúde mental e vivência na pandemia COVID-19.

Método: Trinta e três crianças (M_{idade} = 6,1 $\pm$ 0,3 anos), foram avaliadas em dois momentos: em janeiro (i.e., autorregulação, indicadores de saúde mental), e em junho (i.e., indicadores de saúde mental, vivência na pandemia COVID-19).

Resultados: A autorregulação correlacionou-se negativamente com os sintomas internalizados e externalizados, e positivamente com a competência social. No período de pandemia, as estratégias de *coping* correlacionaram-se, essencialmente, com os sintomas internalizados e externalizados. Comparando, o período pré-pandemia e pandemia, verificou-se um aumento de sintomas internalizados.

Conclusão: A capacidade de autorregulação está associada a uma melhor saúde mental. A pandemia COVID-19 trouxe repercussões negativas ao nível dos indicadores de saúde mental.

Palavras-Chave: regulação; funcionamento socioemocional; bem-estar; coronavírus; escola

Self-regulation and mental health indicators: impact of the COVID-19 pandemic on the mental health indicators of children in the 1st Cycle of Basic Education

Abstract

Introduction: The capacity for self-regulation seems to be linked to mental health indicators, particularly in the COVID-19 pandemic period.

Objective: Analyze the association between self-regulation and mental health indicators and the relationship between mental health indicators and living in the COVID-19 pandemic.

Method: Thirty-three children (M_{age} = 6.1 $\pm$ 0.3 years), were evaluated in two moments: in january (i.e., self-regulation, mental health indicators), and in june (i.e., mental health indicators, experience in pandemic COVID-19).

Results: Self-regulation was negatively correlated with internalized and externalized symptoms, and positively correlated with social competence. In the pandemic period, coping strategies were essentially correlated with internalized and externalized symptoms. Comparing the pre-pandemic and pandemic periods, there was an increase in internalized symptoms.

Conclusion: The capacity for self-regulation is associated with better mental health. The COVID-19 pandemic had negative repercussions in terms of mental health indicators.

Keywords: regulation; socioemotional functioning; well-being; coronavirus; school

Índice Geral

Agradecimentos i

Resumo iv

Abstract v

Índice Geral vi

Índice de Tabelas ix

Índice de Figuras x

Lista de Abreviaturas xi

1. Introdução 1

2. Revisão de Literatura 4

2.1. Período escolar 4

2.1.1. Autorregulação 6

2.1.1.1. Autorregulação emocional 7

2.1.1.2. Autorregulação comportamental 7

2.1.2 Indicadores de saúde mental 8

2.1.2.1. Sintomas internalizados 10

2.1.2.2. Sintomas externalizados 10

2.1.2.3. Competência social 11

2.1.3. As capacidades de autorregulação e os indicadores de saúde mental 12

2.2. A pandemia de COVID-19 12

2.2.1. A saúde mental das crianças na pandemia de COVID-19 14

3. Metodologia 16

3.1. Objetivos do estudo 16

3.2. Desenho do estudo 16

3.3. Participantes 16
3.4. Instrumentos de avaliação 20
3.4.1. Autorregulação emocional 20
3.4.1.1. Prova Projetiva para Crianças – "Era uma vez" 20
3.4.2. Autorregulação comportamental 24
3.4.2.1. Tarefa Head-Toes-Knees-Shoulders 24
3.4.2.2. Bateria NEPSY – Prova de Atenção Visual e Prova da Estátua 25
3.4.2.3. Torre de Londres 27
3.4.3. Indicadores de saúde mental 28
3.4.3.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades 28
3.4.4. Vivências na pandemia COVID-19 30
3.4.4.1. Questionário "Vivências em Tempos de Pandemia COVID-19" 30
3.5. Procedimentos 32
3.5.1. Recolha de dados 32
3.5.2. Tratamento estatístico e análise de dados 33
4. Resultados 35
4.1. Relação entre a capacidade de autorregulação e os indicadores de saúde mental e a relação entre as estratégias de *coping* e os indicadores de saúde mental 38
4.2. Comparação dos indicadores de saúde mental, no período pré-pandemia e no período de pandemia 43
5. Discussão de Resultados 45
5.1. Autorregulação emocional e indicadores de saúde mental 45
5.2. Autorregulação comportamental e indicadores de saúde mental 46
5.3. Estratégias de *coping* e indicadores de saúde mental 48
5.4. Indicadores de saúde mental, no período pré-pandemia e no período de pandemia 49

6. Limitações do Estudo 51

7. Implicações para a Prática e para a Investigação Futura 52

8. Conclusões 54

Referências Bibliográficas 55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos alunos do 1º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo, no período pré-pandemia e no período de pandemia 18

Tabela 2. Resumo e descrição das temáticas abordadas pelos cartões-estímulo (Fagulha, 1997) 21

Tabela 3. Estatísticas descritivas da autorregulação (T1) e dos indicadores de saúde mental (T1 e T2) 36

Tabela 4. Estatísticas descritivas da vivência na pandemia (T2) 37

Tabela 5. Associações entre a autorregulação emocional e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T1) 38

Tabela 6. Associações entre a autorregulação emocional e os indicadores de saúde mental (SDQ professores) (T1) 39

Tabela 7. Associações entre a autorregulação comportamental e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T1) 40

Tabela 8. Associações entre a autorregulação comportamental e os indicadores de saúde mental (SDQ professores) (T1) 41

Tabela 9. Associações entre as estratégias de coping e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T2). 42

Tabela 10. Comparação dos indicadores de saúde mental antes e durante a pandemia de COVID-19 (SDQ pais) (T1 - T2) 43

Tabela 11. Comparação do índice de ansiedade e de preocupação antes e durante o período de confinamento (T2) 44

Tabela 12. Comparação do índice de ansiedade e de preocupação durante e após o período de confinamento (T2) 44

Tabela 13. Comparação do índice de ansiedade e de preocupação antes e após o período de confinamento (T2) 44

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma da seleção da amostra 17

Figura 2. Classificação das estratégias de coping, em menos e mais adaptativas 31

Lista de Abreviaturas

COVID-19 – *COrona VIrus Disease* (Doença de Coronavírus), 19 (referência ao ano em que surgiram os primeiros casos)

EAO – Estratégia Adaptativa Operacional

EEE – Estratégia com Equilibração Emocional

HTKS – *Head-Toes-Knees-Shoulders*

I – Impossibilidade

IOE – Incapacidade de Organização Emocional

N – Negação

NEPSY – *Neuropsychological Battery* (Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicológico)

SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*

1. Introdução

A presente dissertação tem por base a realização de um estudo intitulado *"Autorregulação e indicadores de saúde mental: impacto da pandemia de COVID-19 nos indicadores de saúde mental de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico"*, com vista à obtenção do grau mestre em Psicomotricidade, na Universidade de Évora.

Os seres humanos têm a capacidade única de se autorregularem e de usarem essa capacidade para influenciar o modo como se sentem, pensam e comportam. De acordo com Wickstrom e Pelletier (2019), a literatura sobre a autorregulação está repleta de inconsistências, no entanto apesar da variabilidade da definição concorda-se que a autorregulação não é um construto único, mas sim um construto que consiste em aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais com o intuito de controlar ou regular o comportamento de alguém. A autorregulação compreende assim um processo de perceção, avaliação e ação, que ocorre do ponto de vista emocional, comportamental e cognitivo, podendo ser caraterizado como um processo básico relacionado com a adaptação ao longo do desenvolvimento (Linhares, & Martins, 2015).

A autorregulação emocional consiste na capacidade de a criança regular adequadamente as suas emoções (i.e., medo, alegria, raiva), mas também os comportamentos influenciados por tais reações emocionais. A autorregulação emocional desenvolve-se em função dos múltiplos processos dinâmicos que ocorrem em todos os níveis do sistema relacional pessoa-contexto, desde o nível neuronal até ao nível da socialização. Este tipo de autorregulação surge nas primeiras relações sociais e assume diferentes formas em determinados pontos do desenvolvimento (McClelland, Geldhof, Cameron, & Wanless, 2015). Ao longo do desenvolvimento torna-se um processo automático, melhorando com a prática e permitindo à criança gerir ambientes cada vez mais complexos, exigentes e stressantes.

A autorregulação comportamental requer operações de base cognitiva que se enquadram no amplo construto de autorregulação, sendo assim a autorregulação comportamental é definida como a manifestação de habilidades das funções executivas em respostas evidentes e observáveis na forma de ações motoras das crianças, envolvendo várias componentes das funções executivas (Ponitz, McClelland, Mathews, & Morrison, 2009), tais

como a memória de trabalho (i.e., habilidade de representar e manipular mentalmente informações), o controlo inibitório (i.e., habilidade de suprimir as respostas dominantes ou estímulos irrelevantes) e a flexibilidade atencional (i.e., capacidade de mudar o foco para novos estímulos enquanto ignora distrações ambientais) (Wickstrom & Pelletier, 2019). A autorregulação comportamental está no início do desenvolvimento associada a competências e habilidades sociais posteriores (Linhares, & Martins, 2015), esta desenvolve-se tendo em conta a primazia do desenvolvimento maturacional das estruturas límbicas associadas à emoção, pelo que a autorregulação emocional tem uma forte influência ao nível da autorregulação comportamental (Edossa, Schroeders, Weinert, & Artelt, 2018).

A autorregulação é importante ao longo de todo o desenvolvimento da criança, sendo uma competência fundamental nos diferentes contextos de vida da mesma, quer em casa na sua relação com os pais, quer na escola na relação com os pares, com os professores e com a aprendizagem. A autorregulação tem sido apontada como um fator protetor na entrada para o 1º Ciclo (Linhares, & Martins, 2015), um período particularmente exigente para o ajustamento da criança, quer em termos cognitivos, quer em termos sociais.

A autorregulação pode também ser considerada como um indicador de saúde mental. Uma autorregulação bem-sucedida ao nível dos estados emocionais é importante para o ajuste social e para o bem-estar geral (Hu, Zhang, Wang, Mistry, Ran, & Wang, 2014), sendo a saúde mental a base para o bem-estar e para o funcionamento eficaz de um indivíduo e de uma comunidade (OMS, 2005), podemos dizer que a capacidade de autorregulação parece contribuir para uma melhor saúde mental.

O ano de 2020 ficará para sempre marcado pela pandemia de COVID-19. A vida dos adultos mudou drasticamente, assim como a vida das crianças. O vírus COVID-19 interrompeu a vida como a conhecemos, trazendo repercussões que ainda agora estamos a começar a compreender. O clima de tensão, insegurança, desconhecimento e imprevisibilidade parece ter afetado a saúde mental dos adultos e das crianças, sendo, no entanto, ainda pouco estudado este impacto. Assim, o presente estudo surge da necessidade de compreender a relação entre a autorregulação e os indicadores de saúde mental de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico, bem como estudar a associação entre os indicadores de saúde mental e a vivência na pandemia COVID-19.

A dissertação encontra-se dividida em oito partes distintas, que refletem os temas e assuntos respetivos à elaboração da mesma. Na primeira parte será apresentado um enquadramento teórico do estudo, bem como a pertinência e os objetivos do mesmo. Na segunda parte encontra-se uma revisão de literatura, onde estará exposto o enquadramento teórico que serviu de suporte à elaboração da dissertação de mestrado. Tendo em conta, a temática do projeto é pertinente abordar as capacidades de autorregulação e os indicadores de saúde mental no período escolar e qual a relação existente entre estes dois conceitos. Não obstante, deverá também ser mencionada a pandemia COVID-19 e quais as repercussões da mesma ao nível da saúde mental infantil. Na terceira parte está exposta a metodologia utilizada na elaboração da dissertação, aqui serão descritos os objetivos, o desenho do estudo, os participantes, os instrumentos de avaliação e os procedimentos. Na quarta parte são apresentados os resultados obtidos com as análises estatísticas dos dados recolhidos e na quinta parte é feita a discussão dos mesmos. Na sexta parte são mencionadas as limitações do estudo, na sétima parte as implicações para a prática e para a investigação futura e, na oitava parte são descritas as conclusões. Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas e os documentos (anexos) que serviram de suporte à elaboração da presente dissertação de mestrado.

2. Revisão de Literatura

A transição entre o ensino pré-escolar e o ensino escolar, que ocorre por volta dos 5-6 anos de idade, assume-se como um marco significativo na vida e no desenvolvimento de todas as crianças (Silva, & Melo, 2012). Este acontecimento é experienciado e vivenciado pelas crianças de uma forma diferente (Silva, & Melo, 2012), ou seja, cada uma terá a sua forma de lidar e de se adaptar à situação, em termos emocionais e comportamentais. Assim sendo, enquanto psicomotricistas importa-nos perceber como é a capacidade de autorregulação da criança aos 6-7 anos de idade, mas também nos interessa perceber qual a relação que a mesma tem com os sintomas internalizados, com os sintomas externalizados e com a competência social. Derivado da situação epidemiológica atual será também pertinente compreender quais as repercussões da pandemia COVID-19, ao nível das experiências e vivências das crianças.

2.1. Período escolar

O desenvolvimento de uma criança é um processo de alteração no nível do funcionamento, sendo considerado um processo sequencial e contínuo (Campos, Figueiredo, Mazer-Gonçalves, Santos, & Maronesi, 2017), interrelacionando-se. Noutras palavras, as competências adquiridas nos mais variadíssimos domínios, influenciam-se mutuamente (Leitão, 2019). O desenvolvimento funcional é então a base fundamental para o processo de aprendizagem da criança, existindo uma estreita relação com aquilo que a criança é capaz de aprender cognitivamente (Campos et al., 2017).

A criança entre os 6 e os 11 anos de idade apresenta um crescimento menos rápido do que o observado até aos 6 anos de idade. As raparigas irão apresentar maior peso e altura em relação aos rapazes. Existem mudanças na estrutura e funcionamento cerebral que sustentam os avanços cognitivos. As habilidades motoras continuam a melhorar, sendo que as brincadeiras das crianças tendem a ser informais e organizadas de forma espontânea, enquanto os rapazes são fisicamente mais ativos, as raparigas preferem brincadeiras mais relacionadas com expressão verbal. Este tipo de atividades durante o recreio promove não só o desenvolvimento da agilidade, mas também favorece a competência social (Papalia, & Feldman, 2013).

O desenvolvimento cognitivo irá permitir às crianças desenvolver conceitos mais realistas e mais complexos acerca delas próprias e do seu valor pessoal (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). De acordo com Leitão (2019), ao nível do domínio cognitivo, as crianças entre os 6 e os 10 anos de idade irão apresentar uma maior capacidade de concentração, a qual terá sempre tendência para aumentar ao longo do desenvolvimento. Nesta fase surge também o raciocínio abstrato e o adiar da recompensa. Posteriormente, cada criança irá ter capacidade de delinear uma visão de si própria, dos outros e do meio que a rodeia, bem como aumentar a sua capacidade de focar a atenção (Leitão, 2019).

Em termos emocionais, as crianças à medida que crescem tornam-se mais conscientes dos seus próprios sentimentos e dos sentimentos dos outros. É também nesta fase que têm mais conhecimento das regras sociais. A autoestima, tal como a autoconfiança é influenciada pela visão que a criança tem da sua capacidade de trabalho produtivo, pelo que é nesta fase da vida que as crianças devem aprender habilidades que sejam valorizadas na sua comunidade (Papalia, & Feldman, 2013). Entre os 6 e os 11 anos de idade, as crianças começam a internalizar a vergonha e o orgulho e conseguem compreender e controlar melhor as suas emoções. A expressividade emocional tende a estar ligada à empatia e também ao comportamento pró-social. O grupo de pares tem várias funções desenvolvimentais positivas, tais como ajudar a desenvolver competências sociais, o que lhes permite valores independentes aos dos seus pais, dando-lhes um sentimento de pertença, o que contribui para o autoconceito (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

As competências sociais remetem para a capacidade de estabelecer relações interpessoais e empatia, sendo esta a capacidade de lermos as emoções dos outros, pode considerar-se que a mesma é uma aptidão inata e necessária que conduz aos comportamentos pró-sociais (Leitão, 2019).

O ato de brincar é algo muito importante no desenvolvimento de uma criança, sendo uma atividade do quotidiano das crianças, que aperfeiçoa as habilidades cognitivas, sociais, emocionais (Campos et al., 2017) e psicomotoras. O brincar é também algo muito importante para a capacidade de socializar da criança, proporcionando à mesma novas descobertas e aprendizagens no contexto em que está inserida (Campos et al., 2017).

2.1.1. Autorregulação

Segundo Linhares e Martins (2015), a autorregulação consiste nos mecanismos utilizados pelo indivíduo para controlar as suas reações emocionais e comportamentais face a fontes de estimulação positiva ou negativa. A autorregulação envolve um controlo voluntário das emoções, da atenção e do comportamento, com o intuito de atingir um determinado objetivo e/ou para que o indivíduo se adapte em termos cognitivos e sociais (i.e., cumprimento de regras e padrões sociais), a situações específicas. Desta forma, o controlo externo dá lugar a uma regulação interna decorrente do processo de internalização e controlo voluntário mediado pela própria criança (Linhares, & Martins, 2015). Os processos de autorregulação ocorrem de forma hierarquizada ao longo do desenvolvimento, com o objetivo de atingir uma maior organização, complexidade e intencionalidade. Na fase neonatal, o processo de autorregulação ocorre, essencialmente, ao nível da regulação fisiológica, o que inclui, o ciclo de vigília e sono e o controlo da temperatura corporal. Aos 24 meses de idade, a criança adquire a capacidade de regulação emocional, salientando-se o controlo de emoções básicas, como o medo e a raiva. Entre os 3 e 4 anos de idade, a melhoria dos processos atencionais, promove a emergência da regulação comportamental, esta pode ser observada ao nível da inibição de impulsos, bem como ao nível da habilidade para adiar gratificações. No período pré-escolar (3-5 anos), surge o processo de autorregulação no desenvolvimento das crianças, integrando diferentes processos autorregulatórios, o que favorece a adaptação emocional e comportamental da criança (Linhares, & Martins, 2015).

As crianças que evidenciam um baixo nível de autorregulação tendem a tornar-se visivelmente irritadas ou frustradas quando interrompidas ou impedidas de fazer algo, já crianças com um elevado nível de autorregulação têm maior facilidade em conter os impulsos alusivos à demonstração de emoções negativas, em momentos inadequados. O controlo voluntário baseia-se no temperamento e, geralmente, aumenta com a idade, no entanto um baixo nível de controlo poderá trazer problemas de comportamento no futuro. Na terceira infância, as crianças tendem a tornar-se mais empáticas e mais inclinadas para o comportamento pró-social (Papalia, & Feldman, 2013).

2.1.1.1. Autorregulação emocional

A autorregulação emocional está associada à modificação de emoções e envolve processos extrínsecos e intrínsecos a fim de monitorizar, avaliar e modificar a experiência emocional, principalmente ao nível das caraterísticas intensivas e temporais, para atingir um determinado objetivo (Silkenbeumer, Schiller, Holodynski, & Kärtner, 2016). Existem estratégias de autorregulação emocional, que podem ser propostas para ajudar as crianças a gerir com eficácia as suas emoções e afetos, são elas as estratégias instrumentais (i.e., tentar mudar de situação), as estratégias de conforto (i.e., tentar acalmar-se sem mudar de situação), as estratégias de distração (i.e., redirecionar a atenção para outra situação) e as estratégias cognitivas (i.e., negociar ou reformular a situação através de uma perspetiva diferente). Em crianças será menos provável a utilização de estratégias cognitivas, pois as suas habilidades metacognitivas são ainda reduzidas (McClelland, Geldhof, Cameron, & Wanless, 2015).

As crianças aprendem desde cedo a modelar as suas respostas emocionais, para que sejam socialmente aceites pela sociedade, daí que o processo de autorregulação emocional seja importante para o funcionamento social adaptativo (Veiga, & Rieffe, 2015). A autorregulação emocional tem um importante papel nas primeiras relações sociais (McClelland, Geldhof, Cameron, & Wanless, 2015), pois está associada aos relacionamentos positivos com os pares e com os professores e conduz à diminuição de comportamentos desadequados (Graziano et al., 2007; Silkenbeumer, Schiller, Holodynski, & Kärtner, 2016), constituindo um essencial requisito para o desenvolvimento da autorregulação comportamental (Montroy, Bowles, Skibbe, McClelland, & Morrison, 2016).

2.1.1.2. Autorregulação comportamental

A autorregulação comportamental é definida pela capacidade que as crianças têm de manipular e controlar o seu próprio comportamento (Linhares, & Martins, 2015). Esta é observada e aprendida na vida quotidiana a partir do contexto familiar sendo mais tarde, colocada em prática num universo relacional mais vasto (Martins, 2001), ou seja, as crianças aprendem a regular o seu comportamento através de experiências e vivências familiares, que por sua vez irão servir de base para que a criança saiba em determinada situação como agir

e adequar as suas reações emocionais e comportamentais. A autorregulação comportamental envolve assim aspetos cognitivos, como a flexibilidade atencional e o controlo inibitório (McClelland, Geldhof, Cameron, & Wanless, 2015). A flexibilidade atencional diz respeito à capacidade voluntária de concentração numa tarefa, enquanto o controlo inibitório se refere à capacidade de inibir uma resposta e ativar a que, normalmente, é mais adaptativa. O controlo inibitório desenvolve-se até ao início da vida adulta e inclui o controlo de interferências de pensamento, atenção, memórias e também a inibição de comportamentos (McClelland, Geldhof, Cameron, & Wanless, 2015).

O desenvolvimento exponencial da autorregulação comportamental nos primeiros anos de infância, pode ser visto em parte como o resultado da maturação fisiológica e das mudanças na organização estrutural das regiões pré-frontais do cérebro. Tendo como base esta afirmação é possível dizer que ao longo do desenvolvimento a capacidade de a criança regular o seu comportamento aumenta (von Suchodoletz et al., 2013). É então possível referir que com a transição do ensino pré-escolar para o ensino escolar, as crianças terão cada vez mais tendência para se autorregular em termos comportamentais, pois a maturação quer em termos fisiológicos, emocionais, psicológicos e sociais irá permitir e possibilitar o desenvolvimento dessa competência.

Uma boa capacidade de autorregulação comportamental exige que a criança coordene e controle diversos aspetos das funções executivas, tais como a flexibilidade atencional e o controlo inibitório, mas também as funções motoras e verbais (Montroy, Bowles, Skibbe, McClelland, & Morrison, 2016). Crianças com uma melhor autorregulação comportamental têm mais facilidade em ajustar o seu comportamento às regras e padrões sociais, evidenciando, por isso, um funcionamento mais adaptativo (von Suchodoletz et al., 2013), pelo que o facto de a criança ter uma boa autorregulação emocional e comportamental poderá conduzir a uma influência positiva ao nível da competência social e do funcionamento adaptativo da criança.

2.1.2 Indicadores de saúde mental

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde como um estado de bem-estar e funcionamento eficaz no qual um indivíduo percebe as suas próprias habilidades,

é resiliente ao *stress* e é capaz de dar uma contribuição positiva à sua comunidade (Lubans et al., 2016). Este conceito, de acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013), é mais do que a ausência de sintomas, de sofrimento ou de perturbações mentais. A saúde mental é um recurso essencial para a vida quotidiana e é influenciada pelas vivências dos indivíduos nos diversos contextos em que estes se inserem (i.e., família, escola, comunidade, trabalho).

A infância representa um período de rápido crescimento e desenvolvimento caraterizado pela plasticidade neuronal, formulação do autoconceito e pelo estabelecimento de padrões de comportamento que podem melhorar ou diminuir a saúde mental (Lubans et al., 2016; Rodriguez-Ayllon et al., 2019). Os primeiros sinais da maioria das perturbações mentais ocorrem na infância e na adolescência, persistindo na vida adulta, pelo que manter e melhorar a saúde mental das crianças é algo de extrema relevância (Suchert, Hanewinkel, & Isensee, 2015). Contudo, as trajetórias desenvolvimentais não são tão lineares assim. De acordo com estudos anteriores (Szilagyi, & Halfon, 2015, Cadima, Ferreira, Guedes, Vieira, Leal, & Matos, 2016), a experiência com eventos de vida stressantes (i.e., maus-tratos infantis) na infância podem ter efeitos profundos ao longo da vida, mas as crianças experienciam e vivenciam estes acontecimentos de forma diferente, pelo que nem todas são afetadas da mesma maneira, logo é importante perceber quais os fatores protetores existentes, que irão moderar o impacto dos eventos de vida stressantes, ao longo do desenvolvimento das crianças, e que, por sua vez, irão conduzir a uma superação das adversidades e à consequente alteração da trajetória desenvolvimental. A saúde mental infantil enfatiza assim a importância de relações de cuidado como tendo repercussões ao nível da experiência social e emocional das crianças (Zeanah, & Zeanah, 2009). Estas relações promovem a competência social, que está associada a resultados emocionais, cognitivos e comportamentais adaptativos, sendo assim a saúde mental infantil remete para a capacidade de a criança sentir, regular e expressar emoções, formar relacionamentos íntimos e seguros, explorar o ambiente e aprender. Estas capacidades desenvolvem-se e consolidam-se melhor quando ocorrem num ambiente de cuidado, o que inclui a família, a comunidade e as expectativas culturais (Zeanah, & Zeanah, 2009).

2.1.2.1. Sintomas internalizados

Os sintomas internalizados são definidos como comportamentos de *acting in* que se manifestam através de ansiedade e depressão (Papalia, & Feldman, 2013). O sexo feminino evidencia uma maior tendência para apresentar sintomas internalizados, contrariamente ao sexo masculino (Levesque, 2011).

Um bom relacionamento mãe-bebé e um elevado contacto e calor materno durante a primeira infância, pode ser considerado como um fator protetor contra o desenvolvimento de sintomas internalizados, pois níveis elevados de uma maternidade e paternidade positiva (i.e., *holding, handling*) parecem conduzir a um menor índice de sintomas internalizados ao longo da infância (Davis, Votruba-Drzal, & Silk, 2015).

A emocionalidade negativa indica formas diferentes de as crianças experimentarem e exibirem emoções negativas como o medo, a raiva e a ansiedade. Elevados níveis de emocionalidade negativa estão associados a níveis mais altos de sintomas internalizados (Davis, Votruba-Drzal, & Silk, 2015).

2.1.2.2. Sintomas externalizados

Os sintomas externalizados são definidos como "comportamentos subcontrolados que se manifestam sob a forma de agressão, de desafio, de hiperatividade e de impulsividade" (Pinquart, 2017, p. 1). Os sintomas externalizados são a forma mais comum e persistente de desajustamento infantil com resultados psicossociais negativos a longo prazo (Pinquart, 2017).

O temperamento das crianças também influencia as interações familiares e é de referir que os rapazes evidenciam mais sintomas externalizados do que as raparigas (Murphy, Jacobvitz, & Hazen, 2016). O efeito da manifestação de sintomas externalizados difere consoante o género, pois a manifestação de sintomas externalizados nos rapazes é considerada mais aceitável do que nas raparigas (Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan, & Steinberg, 2009).

Os comportamentos dos pais parecem contribuir para o desenvolvimento de sintomas externalizados nas crianças (Pinquart, 2017), sendo que o contrário também se verifica. De acordo com Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan e Steinberg (2009), os sintomas externalizados

no sexo feminino e masculino, afetam de forma diferente o comportamento dos pais. Os sintomas externalizados, no sexo feminino, são encarados de uma forma mais problemática do que no sexo masculino, pelo que esse tipo de comportamentos tem uma maior influência em manifestação de sintomatologia depressiva nas mães ou leva a esforços parentais mais coordenados com o objetivo de diminuir os sintomas externalizados entre as raparigas, apesar de estes serem mais frequentes nos rapazes (Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan, & Steinberg, 2009).

2.1.2.3. Competência social

A competência social define-se como a capacidade de desenvolver interações positivas com os outros e atingir os seus próprios objetivos, esta é uma competência de extrema importância pelo facto de permitir a adaptação a situações e circunstâncias diferentes, o desenvolvimento de amizades, o desenvolvimento do respeito pelos outros, a autorregulação emocional, a capacidade de colaboração e manifestação de comportamentos pró-sociais, o que irá conduzir à promoção de uma boa reputação entre os pares, mas também a uma aceitação por parte dos mesmos (Camodeca, Caravita, & Coppola, 2014).

O estatuto social da criança dentro do grupo de pares encontra-se associado à competência social, sendo de referir que crianças com um baixo estatuto social, têm um maior risco de desenvolver sintomas internalizados e, principalmente, sintomas externalizados. Logo pode dizer-se que as crianças que tenham as habilidades sociais pouco desenvolvidas têm uma maior probabilidade de sofrer rejeição pelos pares, bem como evidenciar uma maior dificuldade em estabelecer relacionamentos de apoio com os professores (Camodeca, Caravita, & Coppola, 2014). Através deste estudo (Camodeca, Caravita, & Coppola, 2014) é ainda possível perceber a importância e a influência dos indicadores de saúde mental ao nível do funcionamento adaptativo da criança, pelo que é essencial perceber como se podem colmatar as necessidades das crianças ao nível da autorregulação e indicadores de saúde mental, para que dessa forma o seu funcionamento seja em qualquer circunstância, situação e contexto o mais adequado e adaptativo possível.

2.1.3. As capacidades de autorregulação e os indicadores de saúde mental

A infância é uma fase importante para a aprendizagem e para o desenvolvimento do indivíduo. É durante este período que as crianças começam a construção da sua relação com o próprio corpo e com o mundo exterior, através de vivências pessoais, familiares e sociais (Oliveira, Amorim, Alves, Dias, Silveira, & Enumo, 2018).

O desenvolvimento das competências socioemocionais (i.e., comunicação, resolução de problemas, autorregulação), funcionam como um fator protetor em relação à saúde mental (Gaspar et al., 2019). Os problemas de saúde mental na infância são cada vez mais comuns, estimando-se que uma em cada cinco crianças evidenciam problemas relacionados com a saúde mental. A promoção da saúde mental nas escolas, quando é implementada de forma eficaz, pode produzir benefícios a longo prazo, o que inclui um bom funcionamento emocional e social (Tomé, Matos, Gomes, Camacho, & Gaspar, 2017).

A concetualização dos problemas ao nível da saúde mental requer uma visão holística e multidimensional que inclui não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar psicológico, mental, social e funcional (Gaspar et al., 2019). A autorregulação (i.e., emocional, comportamental), o relacionamento com a família e com os pares, o contexto social, as competências pessoais e sociais são consideradas fatores protetores da saúde mental (Tomé, Matos, Gomes, Camacho, & Gaspar, 2017), logo se algum destes fatores não estiver inteiramente desenvolvido, consolidado, ou se por algum motivo é inadequado, como a presença de eventos de vida stressantes, é provável que haja uma maior manifestação de sintomas internalizados e externalizados, o que acaba por conduzir também a uma menor competência social.

2.2. A pandemia de COVID-19

O coronavírus (COVID-19), identificado na China no final de 2019, tem um alto potencial de contágio e a sua incidência aumentou exponencialmente, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) acabou por reconhecer o mesmo como uma pandemia (Ornell, Schuch, Soordi, & Kessler, 2020). Esta é uma doença infeciosa causada por um coronavírus recém-descoberto. A maioria das pessoas infetadas experienciará a doença respiratória leve a moderada e conseguirá recuperar sem a existência de tratamento especial.

As pessoas idosas e as pessoas com condições clínicas subjacentes têm uma maior probabilidade de desenvolver o vírus numa vertente mais grave (OMS, 2020).

O vírus COVID-19 espalha-se, principalmente, através de gotículas de saliva ou secreção nasal, quando uma pessoa infetada tosse ou espirra, daí a importância das regras de higienização e prevenção, pois no presente momento ainda não existe qualquer tipo de vacina ou tratamento específico (OMS, 2020). Este é um vírus que pode afetar as pessoas de maneiras diferentes, e tal como já foi referido a maioria dos indivíduos irá apenas apresentar uma vertente leve a moderada da doença, pelo que não será necessária a hospitalização (OMS, 2020).

Os principais sintomas são a febre, a tosse seca e o cansaço, contudo podem ainda surgir sintomas menos comuns, tais como dor de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda de paladar ou olfato e erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Nos casos mais graves podemos observar dificuldade em respirar ou falta de ar, dor ou pressão no peito e perda de fala ou movimento. Normalmente, e em média, o período que decorre desde que a pessoa é infetada até que os primeiros sintomas surjam, é de cinco a seis dias, no entanto pode levar até 14 dias, para que os sintomas se façam sentir no indivíduo (OMS, 2020).

Esta é uma doença com sintomas a nível fisiológico, operando, principalmente, no sistema respiratório. Contudo, não podemos descurar a "segunda" pandemia que se faz sentir, pois esta afeta todos os outros domínios do ser humano, seja a nível cognitivo, emocional ou social. De acordo com Finset e colaboradores (2020), o COVID-19 é algo assustador, sendo os dois principais motivos para o clima de medo e ansiedade que se vive atualmente, a elevada taxa de contágio e letalidade que a pandemia aparenta ter, especialmente em faixas etárias mais avançadas. E ainda, o facto de o vírus ter um período de incubação sem sintomas de, em média, quase uma semana para a maioria dos infetados, no qual a taxa de contágio é talvez mais proeminente, aumentando assim a noção de que se trata de um inimigo invisível, o que induz à sensação de perda de controlo sobre a própria vida.

O facto de circularem informações dúbias, ou por vezes, falsas sobre o vírus, leva a que haja uma instauração de insegurança e medo na população (Ornell, Schuch, Soordi, & Kessler, 2020). Segundo Ornell, Schuch, Soordi e Kessler (2020) é importante perceber as

repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, bem como as emoções envolvidas (i.e., medo, raiva). O medo é um mecanismo de defesa animal adaptável que é fundamental para a sobrevivência e envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores. Contudo, quando é algo crónico ou desproporcional, acaba por se tornar prejudicial e pode mesmo ser uma componente essencial no desenvolvimento de várias perturbações mentais.

Em período de pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e *stress* em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles que já têm perturbações mentais pré-existentes. Durante uma epidemia, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infeção. Os pacientes infetados com COVID-19 (ou com suspeita de infeção) podem ainda sofrer intensas reações a nível emocional e comportamental (i.e., medo, tédio, solidão, ansiedade, insónia, raiva) (Ornell, Schuch, Soordi, & Kessler, 2020).

2.2.1. A saúde mental das crianças na pandemia de COVID-19

A pandemia COVID-19 terá elevadas repercussões ao nível da saúde e bem-estar das crianças. O fecho das escolas prejudicou substancialmente a vida das crianças e das suas famílias, o que poderá trazer consequências ao nível da saúde infantil. Tendo em conta a afirmação podemos então supor que a saúde mental infantil poderá também vir a ser influenciada, devido à situação epidemiológica que se vive atualmente (Golberstein, Wen, & Miller, 2020).

Segundo Jiao e colaboradores (2020), as crianças não são indiferentes ao impacto da COVID-19, experienciando também elas medo constante, incertezas e um isolamento físico e social, devido ao encerramento das escolas. Mesmo as famílias que não foram diretamente expostas ao vírus, é provável que experienciem e vivenciem os efeitos indiretos da pandemia COVID-19 (Brown, Doom, Lechuga-Peña, Watamura & Koppels, 2020). A própria quarentena pode ter efeitos psicológicos adversos em crianças, contudo o facto de estarem em casa com os seus pais, pode ser favorável no sentido em que é mais fácil atenuar o *stress* advindo de uma mudança tão acentuada no seu meio ambiente, caso isso não se verifique a probabilidade

de desenvolver problemas do foro psicológico ou até psiquiátrico é mais elevada (Liu, Bao, Huang, Shi & Lu, 2020).

É muito importante proteger as crianças, apoiá-las e ajudá-las a ultrapassar esta fase difícil, daí que os pais devam prestar muita atenção às necessidades dos seus filhos, bem como às dificuldades e pesadelos que ocorrem durante o sono, evitando o aumento do sono diurno e sugerindo métodos de higiene e relaxação, que possibilitem a modelação de uma atitude psicológica mais positiva para reduzir o *stress* e desviar a atenção para algo mais produtivo e positivo (Jiao, et al., 2020). Estimular a capacidade de resiliência em crianças promove uma diminuição das consequências da pandemia COVID-19, ao nível psicológico (Jiao et al, 2020). Estratégias como o aumento da comunicação com as crianças para lidar com os seus medos e preocupações; jogos colaborativos para aliviar a sensação de solidão; estimulação de atividades que promovam a atividade física e que recorram a musicoterapia (i.e., através do canto), podem ajudar a diminuir a preocupação, o medo e o *stress* que a criança possa sentir (Jiao et al., 2020).

De acordo com a revisão de literatura, verificou-se que a maioria dos estudos sobre a autorregulação se centravam mais na idade pré-escolar, sendo menos frequente os estudos na idade escolar, essencialmente entre os 6 e os 10 anos de idade. Além disto, os estudos que procuram analisar as associações entre a capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental) e os indicadores de saúde mental (i.e., sintomas internalizados, sintomas externalizados, competência social), em crianças do 1º ciclo do ensino básico são ainda menos frequentes. Neste sentido é pertinente aprofundar o conhecimento sobre as relações entre a autorregulação e a saúde mental das crianças do 1º ciclo. É também importante compreender as repercussões da pandemia covid-19 ao nível dos indicadores de saúde mental, bem como compreender as relações entre os indicadores de saúde mental das crianças e a vivência na pandemia covid-19.

3. Metodologia

3.1. Objetivos do estudo

O presente estudo apresenta como objetivos principais: analisar (i) a associação entre a capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental) e os indicadores de saúde mental; e examinar (ii) a relação entre os indicadores de saúde mental e a vivência na pandemia COVID-19.

3.2. Desenho do estudo

O estudo apresenta um plano descritivo, com base numa investigação quantitativa e correlacional (Coutinho, 2014). Este tipo de estudo envolveu a recolha de dados, em dois momentos distintos, por amostragem não probabilística de conveniência (Coutinho, 2014), junto de um grupo de crianças que se encontrava a frequentar o 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico, com recurso a um protocolo de avaliação composto por diversos instrumentos de avaliação (i.e., provas, testes, questionários), que avaliaram a autorregulação emocional, a autorregulação comportamental, os indicadores de saúde mental e a vivência na pandemia COVID-19. Posto isto, e através do tratamento de dados foi possível proceder à caraterização detalhada da amostra em estudo, e também à análise descritiva, correlacional e comparativa das variáveis em estudo, seguindo-se a discussão dos resultados obtidos e as respetivas conclusões.

3.3. Participantes

Os critérios de inclusão da amostra do estudo contemplaram (i) crianças com idades compreendidas entre os seis e os dez anos de idade; e (ii) crianças que possam participar nos momentos de avaliação. Já os critérios de exclusão visam (iii) crianças com diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento ou de saúde mental, comprovada por um médico especialista.

Inicialmente, a amostra do estudo era constituída por 44 crianças. Tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão, apenas foram avaliadas 40 crianças, com idades compreendidas entre os seis e os sete anos de idade, no primeiro momento. Contudo

ao realizarmos o segundo momento de avaliação, houve uma perda de 17,5% da amostra, sendo que apenas foram avaliadas 33 crianças. (Figura 1).

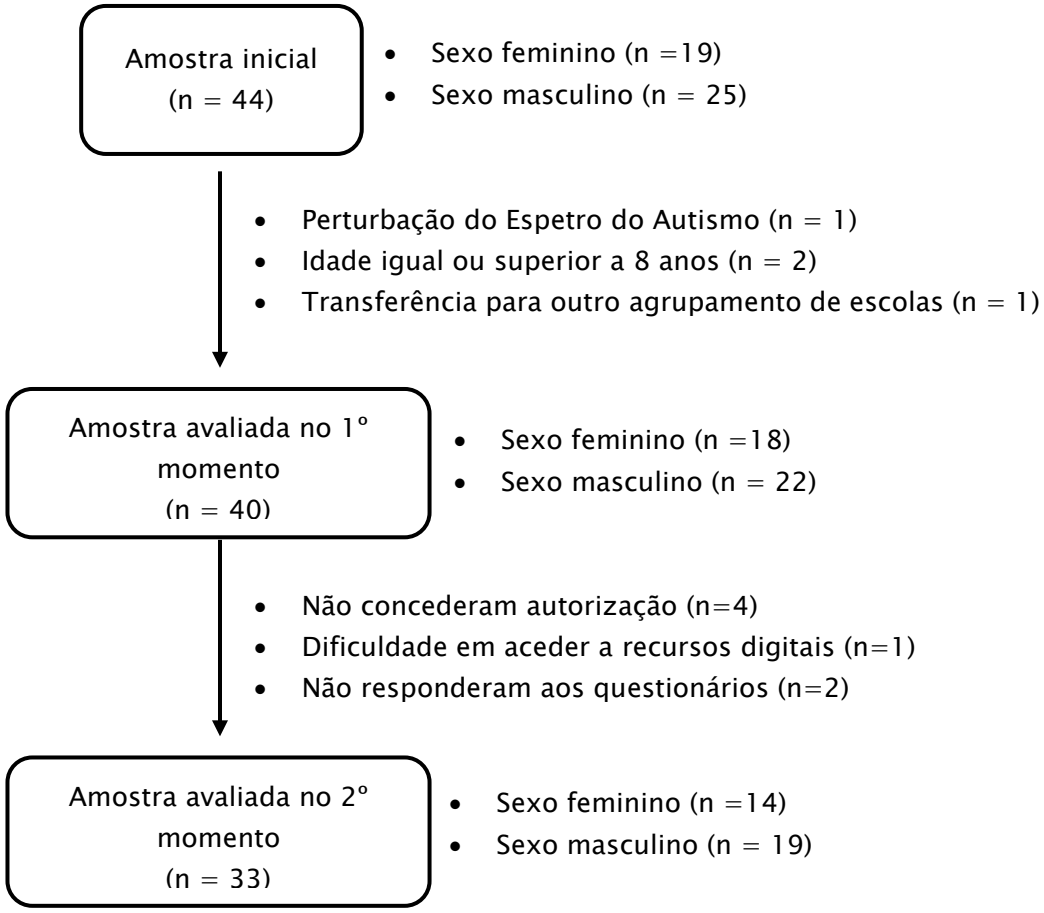

Figura 1. Fluxograma da seleção da amostra

As crianças encontravam-se a frequentar o 1º ano de escolaridade, no momento da investigação. Através do questionário sociodemográfico I (Anexo IV), foi possível recolher informações para caraterizar a amostra em estudo, tal como é apresentado na Tabela 1. Relativamente ao questionário sociodemográfico II (Anexo V), este permitiu-nos perceber e recolher informações alusivas às alterações das condições laborais dos pais das crianças, bem como as alterações ao nível das rotinas das mesmas.

Tabela 1. *Caraterização sociodemográfica dos alunos do 1º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo, no período pré-pandemia e no período de pandemia*

	Amostra total (n = 33)
PERÍODO PRÉ-PANDEMIA	
Crianças	
Idade [a]	6.1 (0.3)
Género [b]	
Feminino	14 (42.4)
Masculino	19 (57.6)
Atividades e terapias [b]	
Não frequenta atividades e terapias	15 (45.5)
Frequenta atividades	17 (51.5)
Frequenta atividades e terapias	1 (3.0)
Número de irmãos [a]	1.1 (0.8)
Quarto [b]	
Partilha	12 (36.4)
Não partilha	21 (63.6)
Mãe	
Idade da mãe [a]	36.5 (5.0)
Habilitações literárias [b]	
2º ciclo	1 (3.0)
3º ciclo	10 (30.3)
Ensino secundário	16 (48.5)
Ensino superior	6 (18.2)
Situação atual [b]	
Empregada	27 (81.8)
Desempregada	6 (18.2)
Pai	
Idade do pai [a]	39.5 (7.1)
Habilitações literárias [b]	
1º ciclo	1 (3.0)
2º ciclo	4 (12.1)
3º ciclo	15 (45.5)
Ensino secundário	10 (30.3)
Ensino superior	3 (9.1)
Situação atual [b]	
Empregado	31 (93.9)
Desempregado	1 (3.0)
Reformado	1 (3.0)
PERÍODO DE PANDEMIA	
Mãe	
Condição laboral [b]	
Empregada - a trabalhar a tempo inteiro	18 (54.5)

	Amostra total (n = 33)
Empregada – a trabalhar a tempo parcial	3 (9.1)
Desempregada	7 (21.2)
Lay off	1 (3.0)
Outra	4 (12.1)
Regime de teletrabalho [b]	
Não	29 (87.9)
Parcialmente	2 (6.1)
Sim	2 (6.1)
Pai	
Condição laboral [b]	
Empregado – a trabalhar a tempo inteiro	27 (81.8)
Desempregado	2 (6.1)
Reformado	2 (6.1)
Lay off	1 (3.0)
Outra	1 (3.0)
Regime de teletrabalho [b]	
Não	29 (87.9)
Parcialmente	1 (3.0)
Sim	3 (9.1)

Nota: [a] dados expressos em média (desvio-padrão); [b] dados expressos em frequência (percentagem).

Conforme pode ser observado na Tabela 1, os pais têm uma média de idade de 36,5 $\pm$ 5,0 anos (sexo feminino) e 39,5 $\pm$ 7,1 anos (sexo masculino). As habilitações literárias dos progenitores centram-se com maior frequência no 3º Ciclo do Ensino Básico e no Ensino Secundário, no entanto é de referir que as progenitoras evidenciam um maior nível de literacia face aos progenitores masculinos, especialmente ao nível do Ensino Superior. No que diz respeito à situação atual de emprego, a maioria dos progenitores encontra-se empregado(a), mas é importante salientar que existe uma maior percentagem de progenitoras desempregadas e que um dos progenitores está reformado. Aquando do início da pandemia, é de salientar que na condição laboral dos progenitores existem algumas alterações, apesar de a grande maioria continuar empregada(o) a tempo inteiro, existem condições de trabalho diferentes. No caso das progenitoras, 9,1% estavam empregadas a tempo parcial, 21,2% encontravam-se desempregadas, 3,0% estavam em *lay off* e 12,1% encontravam-se a dar apoio aos filhos devido ao encerramento das escolas. No caso dos progenitores, 6,1% estavam desempregados, 6,1% encontravam-se em *lay off*, e 3,0% estavam reformados. Relativamente

ao regime de teletrabalho, a maioria não se encontra a trabalhar segundo este regime, no sexo feminino 6,1% encontravam-se parcialmente e as restantes 6,1% estavam a trabalhar a tempo inteiro. No caso do sexo masculino, 3,0% encontravam-se a trabalhar parcialmente e os restantes 9,1% estavam a trabalhar a tempo inteiro.

3.4. Instrumentos de avaliação

Relativamente aos instrumentos de avaliação, foram avaliadas as seguintes variáveis: *autorregulação emocional*, *autorregulação comportamental*, *indicadores de saúde mental* e a *vivência na pandemia COVID-19*.

3.4.1. Autorregulação emocional

3.4.1.1. Prova Projetiva para Crianças – "Era uma vez"

A Prova Projetiva para Crianças – "Era uma vez" (Anexo VI e VII) foi desenvolvida por Teresa Fagulha (1994), com o intuito de fornecer um meio de observação sobre o modo como as crianças lidam com a ansiedade e o prazer, emoções que refletem aspetos fundamentais para a organização da mente e para o processo de desenvolvimento. Este instrumento compreende assim o interesse na compreensão da reação emocional das crianças face aos estímulos apresentados, pelo que foi essencial para a perceção da capacidade de autorregulação emocional no presente estudo.

Esta é uma prova aplicada, de forma individual, a crianças entre os cinco e os 11/12 anos e dura cerca de 20 a 30 minutos a aplicar. Este instrumento foi escolhido com o propósito de compreender e perceber como é que os participantes lidavam com a ansiedade e o prazer, isto é, como é que conseguiam ao longo da prova autorregular as suas emoções, para lidar com os estímulos que lhe eram apresentados, em cada uma das situações ansiogéneas ou agradáveis (Fagulha, 1997).

Durante a prova são apresentados oito cartões-estímulo, sendo que o primeiro funciona como um exemplo, para que as crianças saibam o que têm de fazer. Os cartões são apresentados com a indicação de que se trata de uma história "que ainda não está acabada". As crianças deverão, por isso, dar continuidade à história escolhendo três cenas desenhadas, entre nove possíveis. Após a sequência estar definida, é solicitado às crianças que "contem" a história (Fagulha, 1994). Os episódios propostos representam acontecimentos comuns na

vida de qualquer criança associadas, quer a vivência de situações ansiogéneas, quer a experiência de situações agradáveis. Esta prova é constituída por cinco situações ansiogéneas (i.e., passeio com a mãe, doença, pesadelo, briga dos pais, escola) e por duas situações agradáveis (i.e., passeio à praia, dia dos anos). As situações com que somos confrontados constantemente podem fazer-nos sentir a dor ou a ameaça de perdas, materiais e imateriais, pelo que se consideram que as situações ansiogéneas escolhidas para esta prova darão informação sobre como as crianças lidam com a ansiedade (Fagulha, 1997).

Tabela 2. *Resumo e descrição das temáticas abordadas pelos cartões-estímulo (Fagulha, 1997)*

Situação ansiogénea	Resumo	Situação-problema
I. Passeio com a mãe	Ao passear com a mãe, a personagem fica sozinha e perdida.	Medo do abandono e/ou certeza da consistência da presença da mãe, enquanto figura sólida e securizante.
II. Doença	A personagem fica doente e inspira cuidados médicos.	A confrontação com ansiedade despertada pelo medo da perda da integridade física, ou até mesmo da vida, medo do sofrimento físico e da separação.
III. Passeio à praia	A personagem vai passear à praia com os pais e encontra um grupo de meninos com quem pode brincar.	A reação ao convívio com os pares, é essencial para o desenvolvimento pessoal, bem como a possibilidade de estes facilitarem ou dificultarem, a integração da própria identidade da criança nas experiências que esta vivencia.
IV. Pesadelo	O sono da personagem é interrompido por um sonho mau.	O medo do escuro, os terrores noturnos e os pesadelos constituem outro tipo de experiências ansiogéneas comuns no desenvolvimento infantil.
V. Dia dos anos	No aniversário da personagem, família e amigos juntam-se para lhe dar os parabéns e há um bolo com velas.	O dia de aniversário, os domingos e as festas familiares, fornecem a possibilidade de renovação e recomeço, logo importa perceber a expressão de prazer e de desejo, ou a reação de frustração face à expectativa da mesma.
VI. Briga dos pais	A personagem está à mesa com os pais quando estes iniciam uma discussão.	O conflito entre o medo e o desejo de separação dos pais, naturalmente vivenciado quando a criança se confronta com a relação especial que existe entre o casal, da qual se sente, de certa forma, excluída.
VII. Escola	Numa aula, a professora faz uma pergunta a que todos os colegas sabem responder, exceto a personagem.	O testemunho por parte dos colegas, das dificuldades da criança, que podem ser vividas como um ataque à autoestima, despertando um sentimento de ansiedade, relacionado com a insegurança face à sua imagem pessoal.

Tendo em conta que a prova confronta as crianças com situações ansiogéneas, pensou-se que seria pertinente estabelecer um espaço de transição entre a prova e a sua finalização, devido a isso criou-se um cartão que representa unicamente a personagem, onde a criança terá de dar um nome à personagem, indicar a cena de que mais gostou e que menos gostou. Posto isto, é ainda perguntado à criança se gostaria ou não de inventar uma outra história, que tivesse acontecido àquela personagem (Fagulha, 1997).

A análise das respostas da Prova Projetiva resulta de quatro principais fontes de informação, sendo elas a atitude; a seleção e sequenciação das cenas; a verbalização da história; e as estratégias de elaboração da ansiedade (Guedes, Fernandes, Luz, Fagulha, & Pires, 2019).

Segundo Pires e Fagulha (2004a), definiu-se uma estratégia que traduz o não reconhecimento da ansiedade (i.e., estratégia de negação) e três estratégias em que a ansiedade é reconhecida (i.e., estratégia adaptativa operacional, estratégia com equilibração emocional, estratégia de impossibilidade), no entanto é de referir que as duas primeiras estratégias indicam formas adaptativas, mas distintas de elaborar a ansiedade, enquanto que a impossibilidade corresponde ao insucesso na elaboração adaptativa da ansiedade.

A Estratégia Adaptativa Operacional (EAO) traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade e tentativa de resolução da situação ansiogénea com recurso a estratégias de ação, envolvendo escolhas orientadas para a realidade, que, por sua vez, visam uma resolução pragmática e eficaz das situações (i.e., RRR, ARR, AAR) (Pires, & Fagulha, 2004a). Deste modo, as sequências conduzem à procura de uma estratégia de ação adequada (Pinto, Carvalho, & Sá, 2014), sendo iniciadas por cenas de realidade ou aflição e concluídas predominantemente por cenas de realidade (Guedes, Fernandes, Luz, Fagulha, & Pires, 2019).

A Estratégia com Equilibração Emocional (EEE) representa um movimento interno de reconhecimento da ansiedade, onde a fantasia interpreta um papel mediador, ou seja, é utilizada para equilibrar, de um modo flexível e criativo, a experiência dolorosa. Desta forma, a elaboração da ansiedade é facilitada, pelo recurso à fantasia, numa área transacional da experiência, onde a fantasia e a realidade se integram para proporcionar uma vivência criativa (i.e., ARF, AFR) (Pires, & Fagulha, 2004a; Guedes, Fernandes, Carvalho, Luz, Fagulha, & Pires,

2019). Esta estratégia compreende sequências que englobam as três categorias de cenas, aflição, fantasia e realidade, regra geral tendo na última posição uma cena de realidade ou de fantasia (Pinto, Carvalho, & Sá, 2014).

A Incapacidade de Organização Emocional (IOE) é verificada quando o reconhecimento da ansiedade não conduz a uma possibilidade de solução adaptativa, isto é, existe incapacidade para uma resolução adequada. Perante esta incapacidade podemos distinguir outras duas estratégias de ação: a impossibilidade e a negação. Estas estratégias englobam cenas de aflição, fantasia e realidade, sendo que as sequências terminam por norma com cenas de aflição (podendo terminar também com cenas de realidade, quando estas traduzem cenas dolorosas). A Estratégia de Impossibilidade (I) diz respeito à incapacidade de resolução adaptativa e de elaboração da ansiedade desencadeada. O confronto com a experiência ansiogénea leva a uma inadequação da estratégia de ação, que conduz a um impasse e à permanência numa situação sem resolução (Pinto, Carvalho, & Sá, 2014), ou seja, denota-se alguma dificuldade para encontrar soluções adaptativas (i.e., AAA, AFA) (Guedes, Fernandes, Luz, Fagulha, & Pires, 2019; Pires, & Fagulha, 2004a). A Estratégia de Negação (N) traduz-se por movimentos internos que têm a finalidade de impedir a tomada de consciência dos aspetos dolorosos, defendendo assim o ego da experiência de ansiedade. Desta forma, a criança consegue evitar a dor psicológica, pois nega a existência do problema. A fantasia é utilizada nesta estratégia como fuga face às situações dolorosas, o que não permite o reconhecimento da ansiedade, nem da experiência emocionalmente dolorosa (Pinto, Carvalho, & Sá, 2014). Pode dizer-se então, que a Negação corresponde a sequências em que a fantasia é utilizada como uma manobra de evasão face à dimensão emocional da situação (i.e., FFF, RFF, AFF) (Guedes, Fernandes, Luz, Fagulha, & Pires, 2019; Pires, & Fagulha, 2004a).

A identificação das estratégias de elaboração de ansiedade facilita o processo de interpretação da prova, contribuindo para a identificação de caraterísticas de resposta que refletem dificuldades na elaboração das emoções dolorosas, quer pela sua natureza defensiva, quer por se manifestarem em fases de desenvolvimento em que já não são esperadas. A interpretação desta prova não dispensa, portanto, a análise das histórias verbalizadas pelas crianças, pois a análise das narrativas proporciona informação complementar e enriquecedora dos dados obtidos através da análise das sequências de cenas,

isto é, funciona como um segundo momento para a elaboração das emoções suscitadas pelo cartão (Pires, & Fagulha, 2004b).

Tendo em conta o presente estudo, irão ser analisadas as seguintes variáveis: aflição, fantasia, realidade, estratégia adaptativa operacional, estratégia com equilibração emocional, estratégia de impossibilidade e estratégia de negação, dado que através destas variáveis iremos conseguir ter informação não só sobre a autorregulação emocional das crianças, mas também sobre a forma como as mesmas lidam com a ansiedade.

3.4.2. Autorregulação comportamental

3.4.2.1. Tarefa Head-Toes-Knees-Shoulders

A Tarefa Head-Toes-Knees-Shoulders (HTKS, Anexo XIII) foi desenvolvida por Ponitz, McClelland, Matthews e Morrison (2009) como uma versão mais complexa da Tarefa Head-to-Toes, sendo uma medida válida e confiável de autorregulação comportamental, que requer flexibilidade atencional, memória de trabalho e controlo inibitório (Becker, Miao, Duncan, & McClelland, 2014), tendo sido por esse motivo escolhida para aplicar no presente estudo.

O HTKS evidencia resultados mais consistentes em crianças dos quatro aos oito anos de idade e a sua aplicação leva cerca de cinco a sete minutos (The Kindergarten Readiness Research Program, 2020), sendo que exige que as crianças integrem três habilidades: (a) prestar atenção às instruções do avaliador, (b) usar a memória de trabalho para se lembrar e executar novas regras durante o processamento dos comandos e (c) utilizar o controlo inibitório para restringir a resposta natural ao comando de teste ao iniciar a resposta correta e não natural (McClelland, & Cameron, 2011).

Os comandos são dados de uma forma consistente e não aleatória (Ponitz, McClelland, Matthews, & Morrison, 2009). Estão então envolvidas nesta tarefa quatro comandos: "toca na cabeça", "toca nos pés", "toca nos ombros" e "toca nos joelhos". As crianças respondem primeiro naturalmente e, em seguida, são instruídas a mudar as regras, respondendo de forma oposta apenas com dois comandos (i.e., tocar na cabeça quando é solicitado que toque nos pés) (McClelland, & Cameron, 2011). Na segunda parte, são adicionados os comandos "toca nos ombros" e "toca nos joelhos", sendo que as crianças terão que de forma emparelhada responder ao oposto daquilo que é solicitado, como acontece anteriormente

(i.e., tocar nos pés quando é pedido que toque na cabeça e vice-versa; tocar nos joelhos quando é pedido que toque nos ombros e vice-versa). Na última parte da tarefa, as regras mudam todas, de modo que as crianças devem reter as novas parelhas de comandos e fazer o oposto do comando verbal (i.e., a cabeça emparelha com os joelhos e os ombros emparelham com os pés) (Becker, Miao, Duncan, & McClelland, 2014).

Relativamente à pontuação, sempre que a criança responder adequadamente recebe dois pontos, as respostas incorretas são pontuadas com zero pontos. Contudo, se a criança fizer um movimento que leve a uma resposta incorreta, mas autocorrige-se e termina com ação correta, recebe um ponto (Ponitz, McClelland, Matthews, & Morrison, 2009). A autocorreção é definida por qualquer movimento percetível em direção a uma ação errada, seguido da ação correta (Puranik, Boss, & Wanless, 2018). Existem um total de 30 itens, sendo 10 itens por cada parte. A pontuação poderá assim variar entre 0 e 60 pontos (Becker, Miao, Duncan, & McClelland, 2014). Quanto mais alta for a pontuação, maior é o nível de autorregulação comportamental (Ponitz, McClelland, Matthews, & Morrison, 2009). É ainda de salientar que apesar de não existirem dados normativos estabelecidos, o HTKS demonstra ter alta confiabilidade entre avaliadores, ser confiável e válido em diferentes culturas, mas também ser significativamente preditivo do desempenho académico (Becker, Miao, Duncan, & McClelland, 2014).

De acordo com o presente estudo, iremos ter em consideração para análise, a pontuação total, pois esta fornece-nos informação sobre a autorregulação comportamental das crianças.

3.4.2.2. Bateria NEPSY – Prova de Atenção Visual e Prova da Estátua

A Bateria NEPSY foi desenvolvida por Korkman, Kirk e Kemp (1998) e avalia o desenvolvimento neuropsicológico de crianças em idade pré-escolar e escolar (dos 3 aos 12 anos de idade), dividindo-se em cinco domínios funcionais: (a) atenção/funções executivas, (b) linguagem, (c) funções sensoriomotoras, (d) processamento visuoespacial e (e) aprendizagem e memória. Desta bateria foram utilizadas apenas duas provas (Anexo VIII, IX e X), sendo elas a Prova de Atenção Visual e a Prova da Estátua, pois o intuito seria perceber a capacidade de concentração, atenção contínua, rapidez percetiva, e ainda a capacidade de

controlo inibitório das crianças. Ambas as provas estão integradas no domínio Atenção/Funções Executivas (Brooks, Sherman, & Strauss, 2010).

A Prova de Atenção Visual fornece-nos a velocidade e acuracia com que uma criança consegue analisar uma matriz e localizar um alvo (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998). Nesta prova, a criança é instruída para selecionar os itens correspondentes aos estímulos alvo, na folha de respostas que contém os alvos e os distratores (Visu-Petra, Cheie, Benga, & Miclea, 2012). De acordo com Korkman, Kirk e Kemp (1998), para as crianças entre os cinco e os 12 anos de idade, o primeiro item é um arranjo aleatório com gatos e o segundo item é um teste de atenção visual seletiva complexa, na qual a criança localiza e compara duas faces-alvo rapidamente num arranjo linear. A criança deverá, por isso, estar visualmente vigilante devido às muitas permutações das caraterísticas faciais na matriz para fazer as escolhas corretas.

A realização da prova implica materiais como a folha de respostas, um cronómetro, um lápis de cor ou de cera vermelho e o modelo de pontuação de atenção visual. Ao explicar à criança como deve realizar a prova, devemos referir que esta terá de a executar o mais rápido que conseguir. Cada matriz tem uma pontuação total de 20 pontos, logo a acuracia irá corresponder à soma da pontuação das duas matrizes, esta, por sua vez, obtém-se subtraindo ao número de alvos visuais corretos, o número de erros por comissão (ou seja, o número de alvos assinalados incorretamente), sendo que quanto mais elevada for a pontuação, melhor será a capacidade de concentração e atenção contínua da criança. A prova dá-nos ainda o tempo de execução, sendo que este é obtido através da soma do tempo despendido em ambas as matrizes, contudo quanto menor for o tempo de execução, melhor será a rapidez percetiva da criança (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998).

Para as crianças mais velhas (5-12 anos de idade), um desempenho pobre apenas no primeiro item pode indicar que o problema subjacente pode ser devido a problemas de atenção visual ou impulsividade. Uma alta frequência de comportamentos fora da tarefa, nesta prova pode dar suporte à hipótese de atenção e impulsividade. O mau desempenho no segundo item pode estar relacionado com a atenção prejudicada quando a carga cognitiva aumenta, ou à incapacidade de manter todos os vários aspetos das caraterísticas faciais na memória de trabalho ao tentar localizar os alvos. O desempenho insatisfatório em ambas as partes da prova para crianças mais velhas pode ser o resultado de variáveis como problemas

de atenção, dificuldade de manutenção do conjunto e défices de memória de trabalho (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998).

A Prova da Estátua avalia a inibição e a persistência motora (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998), durante a mesma é solicitado à criança que fique parada numa posição, como se fosse uma "estátua" a segurar uma bandeira, por um intervalo de 75 segundos (Visu-Petra, Cheie, Benga, & Miclea, 2012), sendo que para isso é necessário um lápis, um cronómetro e uma folha de registo (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998).

Em intervalos pré-definidos, são introduzidos distratores (i.e., deixar cair lápis, tossir uma vez, bater na mesa duas vezes, dizer "hum hum") e em cada intervalo de cinco segundos, a criança recebe dois pontos por ausência de respostas inadequadas, um ponto por uma resposta inadequada ou 0 pontos por duas ou três respostas inadequadas (Visu-Petra, Cheie, Benga, & Miclea, 2012). A tosse involuntária, o sorriso silencioso e pequenos movimentos dos dedos não são consideradas respostas inadequadas, no entanto, comportamentos como deixar cair a mão ou o braço direito mais de 45 graus, rodar a cabeça, levantar ou deslizar um pé no chão, vocalizar e rir, são consideradas respostas inadequadas. Caso a criança pare de realizar a tarefa e não mostre disponibilidade para continuar, deverá anotar-se o tempo e marcar zero pontos para todos os intervalos de cinco segundos restantes. Nesta prova, a análise do erro pode revelar que a criança respondeu impulsivamente aos ruídos perturbadores ou não inibiu os impulsos durante os períodos de silêncio, pelo que o mau desempenho fornece evidências de uma falta de controlo impulsivo e inibitório (Korkman, Kirk, & Kemp, 1998). A pontuação máxima poderá perfazer até um total de 30 pontos (Visu-Petra, Cheie, Benga, & Miclea, 2012).

Para o presente estudo, irão ser analisadas a acuracia e o tempo de execução da Prova de Atenção Visual, o que nos irá fornecer informação sobre a atenção visual (i.e., capacidade de concentração, atenção contínua, rapidez percetiva); e também a pontuação total da Prova da Estátua, que nos dá informação sobre o controlo inibitório das crianças.

3.4.2.3. Torre de Londres

A Torre de Londres (Anexo XI e XII) foi desenvolvida por Shallice (1982), esta é uma tarefa que avalia a capacidade de decisão estratégica e de resolução de problemas, bem como

a velocidade de processamento (Vio, Fancello, & Cianchetti, 2006). A Torre de Londres tem uma importante componente de planeamento, contudo pode também ser considerada uma tarefa visuomotora (Shallice, 1982).

Esta prova consiste num dispositivo de madeira, com uma base de 26 x 4,5 x 3,5 cm, três hastes de diferentes alturas (4,5, 9 e 15 cm) e três bolas de 5 cm de diâmetro de cores diferentes (azul, vermelho e verde). O procedimento desta prova incorpora uma adaptação e simplificação dos problemas contidos na Torre de Hanói, num formato que permite o gradual aumento da dificuldade dos problemas. O nível de dificuldade aumenta, consoante o aumento do número mínimo de movimentos necessários para resolver as situações-problemas, logo a carga antecipatória também aumenta. É de salientar ainda que o nível de atenção e de sequenciação da tarefa é diretamente proporcional ao aumento da dificuldade durante a realização da tarefa. É definida a mesma posição inicial para todos os problemas, o problema é considerado resolvido quando a posição final é alcançada no número de movimentos indicados. No que diz respeito à pontuação, são concedidos três pontos para cada problema concluído com êxito à primeira tentativa, dois pontos para cada problema concluído à segunda tentativa, um ponto para cada problema concluído à terceira tentativa. A pontuação varia entre 0 e 36 pontos (Krikorian, Bartok, & Gay, 1994).

Para o presente estudo, foi bastante pertinente a aplicação da Torre de Londres, pois esta é uma tarefa que nos permite recolher informação sobre o planeamento e a resolução de problemas, contudo irá somente ser tido para análise o planeamento (i.e., pontuação total, tempo de planeamento, tempo de execução). Apesar de não existir dados normativos para a população portuguesa, outro dos aspetos importantes a ter em conta, é o facto de o procedimento ser facilmente compreendido mesmo por crianças pequenas, podendo ser administrado de forma fácil e breve (Krikorian, Bartok, & Gay, 1994).

3.4.3. Indicadores de saúde mental

3.4.3.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ, Anexo XIV, XV e XVI) foi desenvolvido por Goodman (1997), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005), com o objetivo de rastrear problemas de saúde

mental infantil em crianças dos quatro aos 16 anos de idade (Croft, Stride, Maughan, & Rowe, 2015).

O SDQ é um questionário de 25 itens, compostos por cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com os pares e comportamento pró-social. Quando as pontuações das quatro subescalas que relatam dificuldades são mais altas, é sinal de que existem problemas mais significativos, enquanto pontuações mais altas na subescala de comportamento pró-social revelam um melhor comportamento social. As pontuações das primeiras quatro subescalas são somadas para se perceber qual a pontuação geral de dificuldades, podendo variar entre 0 e 40 pontos. As distribuições de pontuação em grandes populações foram utilizadas para derivar limiares de pontuação para cada subescala, bem como para a pontuação total de dificuldades. Estes limiares são usados para classificar as dificuldades das crianças e jovens como normais, limítrofes ou anormais. É ainda de referir que o SDQ pode incluir um suplemento de impacto onde é questionado se as dificuldades relatadas causam sofrimento à criança (1 item) ou prejuízo na sua vida diária (4 itens para pais e jovens e 2 itens para os professores) (Kersten, Czuba, McPherson, Dudley, Elder, Tauroa, & Vandal, 2015).

De acordo com Croft, Stride, Maughan e Rowe (2015), este questionário é amplamente utilizado em pesquisas, clínicas e ambientes comunitários para rastrear problemas de internalização, externalização e a competência social de crianças e jovens. As cinco subescalas são avaliadas cada uma com 5 itens (Croft, Stride, Maughan, & Rowe, 2015), cuja pontuação poderá variar entre 0 (não é verdade), 1 (é um pouco verdade) e 2 (é muito verdade). Para crianças em idade escolar existem três versões disponíveis: uma versão para pais (4-16 anos), uma versão para professores (4-16 anos) e uma versão de autorrelato (11-17 anos), sendo que as versões preenchidas pelos pais e professores poderão ainda ter um suplemento de impacto no reverso da página do questionário (Croft, Stride, Maughan, & Rowe, 2015).

Segundo Goodman, Lamping e Ploubidis (2010), existe suporte empírico teórico e preliminar para combinar as subescalas de sintomas emocionais e relacionamento com os pares do SDQ, numa subescala de sintomas internalizados e as subescalas de problemas de comportamento e hiperatividade, numa subescala de sintomas externalizados, considerando

a subescala de comportamento pró-social, como a subescala de competência social. Os autores ao examinarem estas variáveis através de dados recolhidos de pais, professores e até jovens, perceberam que estas novas subescalas mostravam uma boa validade convergente e discriminante e que existe vantagem em utilizar as subescalas mais amplas de internalização e externalização do SDQ para análises em amostras de baixo risco.

Para o presente estudo, o Questionário de Capacidades e Dificuldades foi aplicado em dois momentos, sendo que somente foram tidos em consideração para análise os sintomas internalizados, os sintomas externalizados e a competência social. O primeiro momento ocorreu antes do início da pandemia COVID-19, em Portugal. O segundo momento decorreu quando a pandemia já estava instaurada no país, mas após o período de confinamento decretado pelo estado de emergência. Tendo em conta as circunstâncias em que o estudo foi realizado, o primeiro momento de avaliação foi realizado de forma presencial e o questionário foi aplicado aos encarregados de educação e aos professores titulares de turma. Já no segundo momento, o preenchimento foi efetuado apenas pelos encarregados de educação, em formato digital, através da plataforma Google Forms.

3.4.4. Vivências na pandemia COVID-19

3.4.4.1. Questionário "Vivências em Tempos de Pandemia COVID-19"

O Questionário "Vivências na Pandemia COVID-19" (Anexo XVII) foi desenvolvido, especialmente para o presente estudo, tendo por base um outro estudo (specialneedscovid.org, 2020). Este foi um instrumento pensado e adaptado para tentar compreender qual o impacto da Pandemia COVID-19 nas crianças do 1º ano de escolaridade a nível emocional, comportamental, mas também social, pois a rotina destas crianças mudou completamente após o encerramento dos estabelecimentos de ensino. Daí que se tenha procurado uma forma de tentar recolher como todas essas mudanças influenciaram a saúde mental destas crianças.

Este instrumento permite recolher informações sobre as vivências das crianças durante a pandemia e também perceber quais as alterações emocionais e comportamentais que se fizeram sentir entre o período pré-pandemia e o período de pandemia. As variáveis avaliadas foram, essencialmente, a ansiedade, a preocupação e as estratégias de *coping*.

Através deste questionário é então possível construir um índice de ansiedade e um índice de preocupação antes, durante e após o período de confinamento, que varia entre 1 (nem um pouco) e 5 (extremamente), segundo uma escala de likert. É ainda possível criar uma escala relacionada com as estratégias de *coping*. De acordo com Lima, Lemos e Guerra (2002), em crianças não faz tanto sentido diferenciar entre estratégias de *coping* focadas no problema e focadas na emoção, logo recorreu-se e utilizou-se uma listagem de estratégias constante no presente artigo, onde entre outras estavam as seguintes estratégias: comportamento agressivo, comportamento de isolamento, distração cognitiva, distração comportamental, evitamento cognitivo, evitamento comportamental, reestruturação cognitiva e resolução de problemas. É de salientar que as estratégias de *coping* foram ainda classificadas em menos adaptativas e mais adaptativas (Figura 2).

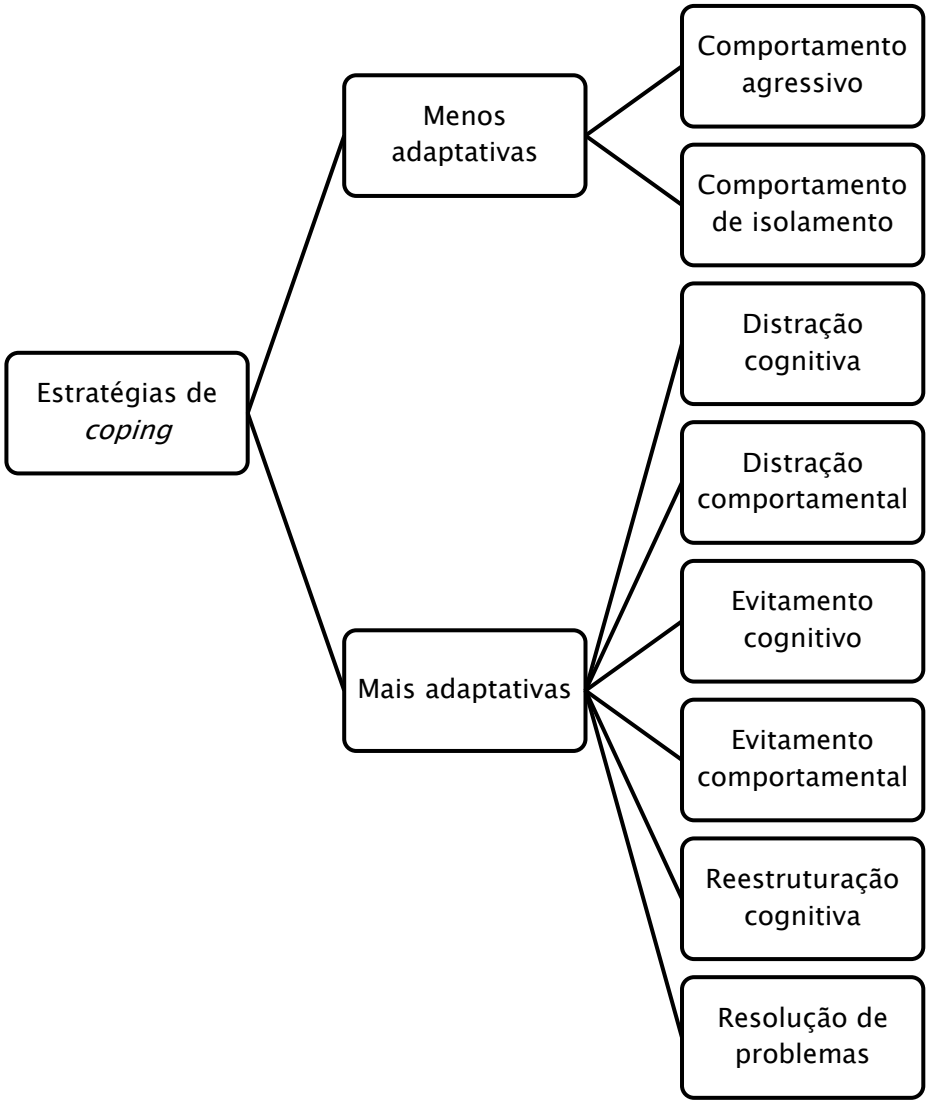

Figura 2. Classificação das estratégias de *coping*, em menos e mais adaptativas

As escalas referentes às estratégias de *coping* variam também, entre 1 (muito raramente) e 5 (muito frequentemente). A construção das escalas encontra-se mais detalhada e pormenorizada em anexo (Anexo XVIII). O presente questionário, por ter sido aplicado aos encarregados de educação, durante a pandemia COVID-19, foi realizado, em formato digital, através da plataforma Google Forms.

De acordo com os objetivos do presente estudo foram analisados os índices de ansiedade e de preocupação, e ainda as estratégias de *coping* (i.e., comportamento agressivo, comportamento de isolamento, distração cognitiva, distração comportamental, evitamento cognitivo, evitamento comportamental, reestruturação cognitiva e resolução de problemas).

3.5. Procedimentos

3.5.1. Recolha de dados

O projeto de investigação foi submetido à consideração do Conselho Científico da Escola de Ciências e Tecnologia e à Comissão de Ética da Universidade de Évora. Após o aval de ambas as entidades, realizou-se o contacto com o Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo (Anexo I).

Após a receção do parecer positivo por parte do Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo, foram distribuídos um total de 44 pedidos de consentimentos informados aos encarregados de educação (Anexo II), sendo que apenas um não foi devolvido, devido ao facto de a criança estar em processo de transferência para outro Agrupamento de Escolas, foi assim obtido o aval de 43 encarregados de educação, face à participação das crianças no estudo.

Em seguida, procedeu-se à recolha de dados propriamente dita, junto dos encarregados de educação e das crianças, com a aplicação do protocolo de avaliação (Anexo III), composto pelo questionário sociodemográfico (Anexo IV e V) e pelos instrumentos de avaliação da autorregulação emocional, da autorregulação comportamental, dos indicadores de saúde mental e da vivência na pandemia COVID-19. O primeiro momento de avaliação decorreu entre 14 e 28 de janeiro de 2020 e o segundo momento de avaliação decorreu entre 12 de junho e 3 de julho de 2020. No primeiro momento, cada criança foi avaliada de forma individual, aproximadamente durante 45 a 60 minutos, sendo que foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Prova Projetiva para Crianças – "Era uma vez", Tarefa

HTKS, Prova de Atenção Visual, Prova da Estátua, Torre de Londres e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (i.e., pais, professores). O segundo momento de avaliação ocorreu de uma forma atípica devido à situação epidemiológica atual, pelo que foi realizado através de recursos digitais (i.e., questionários), tendo uma duração aproximada de 10 a 15 minutos, tendo sido aplicados somente o Questionário de Capacidades e Dificuldades (i.e., pais) e o Questionário "Vivências em Tempos de Pandemia COVID-19".

De acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a utilização dos dados será somente para fins académicos. Para assegurar a privacidade da informação fornecida e recolhida junto dos participantes, foi atribuído a cada criança um código aleatório, os dados obtidos foram tratados com confidencialidade e armazenados num computador seguro.

3.5.2. Tratamento estatístico e análise de dados

A análise estatística foi realizada com o auxílio do *sofware* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 (IBM, SPSS, Chicago IL).

Inicialmente, foi criada a base de dados com as variáveis em estudo e estudada a sua distribuição. Em particular, realizou-se o estudo da normalidade da distribuição das variáveis da autorregulação emocional, da autorregulação comportamental, dos indicadores de saúde mental e das vivências na pandemia COVID-19, para a amostra total e por género, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, dado o tamanho da amostra ($n > 30$).

Em seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis, com base nas frequências, médias e desvios-padrão, na amostra total e por género. A maioria das variáveis não apresentava uma curva de distribuição normal, pelo que se realizaram testes não paramétricos (Teste de *Mann-Whitney*) para comparar a distribuição das variáveis por género. Uma vez que apenas se verificaram diferenças de género estatisticamente significativas em seis das variáveis (autorregulação comportamental (PT), sintomas internalizados (professores), sintomas externalizados (professores), comportamento de isolamento, índice de preocupação (antes do confinamento) e índice de preocupação (durante o confinamento)), optou-se por fazer as restantes análises estatísticas para a amostra total.

Posteriormente, procedeu-se ao estudo das correlações entre a autorregulação e os indicadores de saúde mental e ao estudo das correlações entre os indicadores de saúde mental e as estratégias de *coping*, através do teste *Ró de Spearman*.

Por último, foram analisadas as comparações dos indicadores de saúde mental, no período pré-pandemia e no período de pandemia, através do Teste de *Wilcoxon*.

4. Resultados

Em seguida serão apresentados os resultados provenientes da aplicação dos instrumentos de avaliação no primeiro (T1) e segundo (T2) momento de avaliação.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3, podemos referir que existem diferenças de género, nomeadamente ao nível da autorregulação comportamental (PT), sendo que os rapazes evidenciam uma pontuação mais elevada, quando em comparação com as raparigas (p = .024). Ao nível dos sintomas internalizados e externalizados recolhidos junto dos professores titulares de turma, também se verificam diferenças de género, sendo que as raparigas evidenciam mais sintomas internalizados (p = .024), enquanto os rapazes apresentam mais sintomas externalizados (p = .004). Relativamente, às vivências na pandemia COVID-19 são evidenciadas diferenças de género ao nível do comportamento de isolamento (p = .007), sendo que o sexo feminino apresenta uma maior frequência de utilização desta estratégia de *coping*, e também ao nível do índice de preocupação, antes (p = .026) e depois (p = .023) do confinamento, com o sexo feminino a evidenciar valores mais elevados de preocupação em ambos os momentos. Quanto à estratégia de *coping* distração comportamental, ela foi excluída da análise devido à fraca fiabilidade da escala (α =.36).

Tabela 3. *Estatísticas descritivas da autorregulação (T1) e dos indicadores de saúde mental (T1 e T2)*

	Média (DP)		
	Raparigas	Rapazes	Total
AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL			
Estratégia adaptativa operacional	1.0 (0.8)	1.2 (1.1)	1.1 (1.0)
Estratégia com equilibração emocional	2.4 (1.2)	2.5 (1.0)	2.5 (1.1)
Estratégia de impossibilidade	3.0 (1.1)	3.2 (1.5)	3.1 (1.4)
Estratégia de negação	0.6 (1.1)	0.2 (0.4)	0.3 (0.8)
Aflição	3.7 (1.4)	3.7 (1.1)	3.7 (1.2)
Fantasia	2.3 (0.8)	2.3 (1.1)	2.3 (0.9)
Realidade	4.5 (0.9)	4.4 (1.2)	4.4 (1.1)
AUTORREGULAÇÃO COMPORTAMENTAL			
Autorregulação Comportamental			
Pontuação total (PT) [t]	37.4 (11.3)	46.0 (9.9)	42.3 (11.2)
Atenção Visual			
Acuracia (AC)	30.7 (2.0)	27.6 (7.2)	28.9 (5.7)
Tempo de execução (TE)	208.9 (54.7)	196.6 (63.2)	201.9 (59.1)
Controlo Inibitório			
Pontuação total (PT)	23.9 (7.2)	24.4 (3.3)	24.2 (5.2)
Planeamento			
Pontuação total (PT)	26.6 (2.0)	25.0 (3.8)	25.7 (3.2)
Tempo de planeamento (TP)	7.6 (3.5)	7.4 (3.3)	7.5 (3.3)
Tempo de execução (TE)	13.1 (4.1)	12.5 (3.9)	12.7 (3.9)
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL			
Pais (período pré-pandemia)			
Sintomas internalizados	0.4 (0.2)	0.3 (0.2)	0.3 (0.2)
Sintomas externalizados	0.7 (0.3)	0.8 (0.2)	0.7 (0.3)
Competência social	1.8 (0.2)	1.8 (0.3)	1.8 (0.2)
Pais (período de pandemia)			
Sintomas internalizados	0.6 (0.4)	0.4 (0.3)	0.5 (0.3)
Sintomas externalizados	0.7 (0.3)	0.8 (0.3)	0.7 (0.3)
Competência social	1.7 (0.4)	1.7 (0.3)	1.7 (0.3)
Professores (período pré-pandemia)			
Sintomas internalizados [t]	0.4 (0.3)	0.2 (0.1)	0.3 (0.3)
Sintomas externalizados [t]	0.2 (0.2)	0.6 (0.4)	0.5 (0.4)
Competência social	1.4 (0.5)	1.4 (0.5)	1.4 (0.5)

Nota: [t] diferença significativa de género $p < .05$.

Tabela 4. *Estatísticas descritivas da vivência na pandemia (T2)*

	Média (DP)		
	Raparigas	Rapazes	Total
VIVÊNCIAS NA PANDEMIA COVID-19			
Estratégias de *Coping*			
Comportamento agressivo	1.7 (1.1)	1.1 (0.3)	1.4 (0.8)
Comportamento de isolamento [t]	2.2 (1.4)	1.1 (0.3)	1.6 (1.1)
Distração cognitiva	3.5 (1.1)	3.6 (1.5)	3.6 (1.3)
Evitamento cognitivo	3.4 (1.5)	2.5 (1.2)	2.9 (1.4)
Evitamento comportamental	2.8 (1.6)	2.6 (1.3)	2.7 (1.4)
Reestruturação cognitiva	2.4 (1.2)	2.3 (1.2)	2.3 (1.2)
Resolução de problemas	2.7 (1.1)	2.1 (1.0)	2.4 (1.0)
Índice de Ansiedade			
Antes do confinamento	2.1 (1.0)	1.5 (0.6)	1.8 (0.8)
Durante o confinamento	3.4 (1.2)	2.5 (1.2)	2.9 (1.2)
Após o confinamento	3.1 (1.2)	2.4 (1.0)	2.7 (1.1)
Índice de Preocupação			
Antes do confinamento [t]	2.6 (0.9)	1.9 (0.8)	2.2 (0.9)
Durante o confinamento [t]	3.4 (0.9)	2.6 (0.9)	2.9 (1.0)
Após o confinamento	3.2 (0.8)	2.8 (0.9)	3.0 (0.9)

Nota: [t] diferença significativa de género $p < .05$.

4.1. Relação entre a capacidade de autorregulação e os indicadores de saúde mental e a relação entre as estratégias de *coping* e os indicadores de saúde mental

Os dados da análise correlacional serão somente respeitantes à amostra total, no entanto sempre que o coeficiente de correlação não for estatisticamente significativo para a amostra total, mas que o seja entre géneros, irá ser realizada a substituição dos valores.

Como pode ser observado na Tabela 5, verificam-se coeficientes de correlação positivos e significativos entre a estratégia de impossibilidade e os sintomas internalizados das raparigas (r = .61, p = .020), entre a estratégia de impossibilidade e os sintomas externalizados (r = .37, p = .034), e entre a aflição e os sintomas internalizados das raparigas (r = .64, p = .014). Estes resultados indicam-nos que quanto maior é a utilização da estratégia de impossibilidade, mais sintomas internalizados (nas raparigas) e externalizados se verificam, assim como quanto mais cenas de aflição, maior a manifestação de sintomas internalizados nas raparigas. Ainda na Tabela 5, são observáveis coeficientes de correlação negativos e significativos entre a estratégia com equilibração emocional e os sintomas internalizados (r = -.39, p = .026), e entre a realidade e os sintomas externalizados (r = -.42, p = .016). Estas correlações indicam que o uso da estratégia com equilibração emocional é inversamente proporcional à manifestação de sintomas internalizados, e que quanto mais presentes são as cenas de realidade, menor é a manifestação de sintomas externalizados.

Tabela 5. *Associações entre a autorregulação emocional e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T1)*

	Indicadores de Saúde Mental		
	Sintomas internalizados	Sintomas externalizados	Competência social
Prova Projetiva – "Era uma vez"			
Estratégia adaptativa operacional	.10	-.09	.11
Estratégia com equilibração emocional	-.39*	-.27	-.16
Estratégia de impossibilidade	.61[a]*/-.03[b]	.37*	.15
Estratégia de negação	.13	.05	-.27
Aflição	.06	.64[a]*/.07[b]	-.10
Fantasia	-.17	.07	-.06
Realidade	.11	-.42*	.10

Nota: * $p \leq .05$; [a] rapariga; [b] rapaz; valores de p da Correlação de Spearman.

Na Tabela 6 são evidenciados coeficientes de correlação positivos e significativos entre a aflição e os sintomas externalizados das raparigas (r =.57, p = .034), entre a fantasia e os sintomas internalizados das raparigas (r = .60, p = .024), e entre a fantasia e os sintomas externalizados dos rapazes (r = .49, p = .032), o que implica que quanto mais cenas de aflição forem escolhidas maior será manifestação de sintomas externalizados nas raparigas, assim como quanto mais cenas de fantasia forem selecionadas mais sintomas internalizados e externalizados se verificam, nas raparigas e nos rapazes, respetivamente. Na Tabela 6 são também observáveis coeficientes de correlação negativos e significativos, nomeadamente, entre a estratégia adaptativa operacional e os sintomas internalizados das raparigas (r = -.55, p = .044), e entre a estratégia adaptativa operacional e os sintomas externalizados dos rapazes (r = -.47, p = .042), indicando que quanto mais prevalente for a utilização da estratégia adaptativa operacional, menor será a manifestação de sintomas internalizados nas raparigas e externalizados nos rapazes.

Tabela 6. *Associações entre a autorregulação emocional e os indicadores de saúde mental (SDQ professores) (T1)*

	Indicadores de Saúde Mental		
	Sintomas internalizados	Sintomas externalizados	Competência social
Prova Projetiva – "Era uma vez"			
Estratégia adaptativa operacional	-.55[a]*/.09[b]	-.07[a]/-.47[b]*	.05
Estratégia com equilibração emocional	-.21	-.03	.08
Estratégia de impossibilidade	.18	.28	.12
Estratégia de negação	.06	-.12	-.23
Aflição	.03	.57[a]*/-.18[b]	.08
Fantasia	.60[a]*/-.26[b]	-.51[a]/.49[b]*	-.18
Realidade	.03	-.28	.10

Nota: * $p \leq .05$; [a] rapariga; [b] rapaz; valores de p da Correlação de Spearman.

Como é possível observar na Tabela 7, é destacado um coeficiente de correlação positivo e significativo entre a atenção visual (AC) e os sintomas externalizados das raparigas, (r = .68, p = .008), ou seja, quanto mais elevada for AC, maior será a manifestação dos sintomas externalizados das raparigas. É ainda verificado um coeficiente de correlação negativo e significativo entre a atenção visual (TE) e a competência social dos rapazes (r = -.59, p = .008), o que significa que quando TE aumenta, a competência social dos rapazes diminui. Contudo, a correlação entre a capacidade de atenção visual e os sintomas externalizados deverá ser interpretada com cautela, devido ao facto de não ter sido efetuada a análise da fiabilidade (e.g. coeficiente de estabilidade temporal, teste-reteste) da prova de avaliação da atenção visual.

Tabela 7. *Associações entre a autorregulação comportamental e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T1)*

	Indicadores de Saúde Mental		
	Sintomas internalizados	Sintomas externalizados	Competência social
Autorregulação Comportamental			
Pontuação total (PT) [t]	-.11	.08	-.31
Atenção Visual			
Acuracia (AC)	-.02	.68[a]**/-.38[b]	-.26
Tempo de execução (TE)	.00	-.18	.08[a]/-.59[b]**
Controlo Inibitório			
Pontuação total (PT)	.06	-.11	-.05
Planeamento			
Pontuação total (PT)	.24	-.15	.20
Tempo de planeamento (TP)	-.09	-.17	.06
Tempo de execução (TE)	.05	.25	-.06

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$ (two-tailed); [t] diferença significativa de género $p < .05$; [a] rapariga; [b] rapaz; valores de p da Correlação de Spearman.

Na Tabela 8, verificam-se coeficientes de correlação positivos e significativos entre a atenção visual (TE) e os sintomas internalizados das raparigas (r = .58, p = .031), entre o planeamento (PT) e a competência social (r = .40, p = .023), e entre o planeamento (TP) e os sintomas externalizados (r = .36, p = .041). Neste sentido, podemos referir que quando maior for TE, mais sintomas internalizados se verificam nas raparigas, assim como, quanto maior for PT, mais evidente será a competência social e quanto maior TP, maior será a manifestação de sintomas externalizados. Nesta tabela podemos também observar um coeficiente de correlação negativo e significativo entre o planeamento (TE) e a competência social dos rapazes (r = -.46, p = .048), pelo que quanto menor for TE, maior será a evidência de competência social nos rapazes. Todavia, a correlação entre a capacidade de planeamento e os sintomas externalizados deverá ser interpretada com cautela, devido às condições de realização da prova de avaliação da capacidade de planeamento, que poderão ter condicionado a sua prestação.

Tabela 8. *Associações entre a autorregulação comportamental e os indicadores de saúde mental (SDQ professores) (T1)*

	Indicadores de Saúde Mental		
	Sintomas internalizados	Sintomas externalizados	Competência social
Autorregulação Comportamental			
Pontuação total (PT) [t]	-.29	.04	.00
Atenção Visual			
Acuracia (AC)	.08	-.32	.11
Tempo de execução (TE)	.58[a]*/-.27[b]	-.00	-.00
Controlo Inibitório			
Pontuação total (PT)	-.16	-.08	.31
Planeamento			
Pontuação total (PT)	-.08	.13	.40*
Tempo de planeamento (TP)	.25	.36*	.17
Tempo de execução (TE)	.29	.02	.02[a]/-.46[b]*

Nota: * $p \leq .05$; [t] diferença significativa de género $p < .05$; [a] rapariga; [b] rapaz; valores de p da Correlação de Spearman.

Na Tabela 9 podemos observar coeficientes de correlação positivos e significativos entre o comportamento de isolamento e os sintomas internalizados (r = .40, *p* = .023), entre o evitamento comportamental e os sintomas internalizados (r = .40, *p* = .020), entre a resolução de problemas e os sintomas internalizados (r = .45, *p* = .009), entre o comportamento agressivo e os sintomas externalizados dos rapazes (r = .51, *p* = .027), e entre o comportamento de isolamento e os sintomas externalizados dos rapazes (r = .51, *p* = .027), indicando que quanto maior for a utilização destas estratégias de *coping* pelos rapazes, mais se verifica a manifestação de sintomas internalizados e externalizados. É ainda de notar um coeficiente de correlação negativo e significativo entre a distração cognitiva e os sintomas externalizados das raparigas (r = -.74, *p* = .003), o que indica que quanto mais as raparigas utilizam distração cognitiva como estratégia de *coping*, menos sintomas externalizados manifestam.

Tabela 9. *Associações entre as estratégias de coping e os indicadores de saúde mental (SDQ pais) (T2).*

	Estratégias de *Coping* durante a Pandemia COVID-19						
	Menos adaptativas			**Mais adaptativas**			
	Comportamento agressivo	Comportamento de isolamento	Distração cognitiva	Evitamento cognitivo	Evitamento comportamental	Reestruturação cognitiva	Resolução de problemas
Indicadores de Saúde Mental							
Sintomas internalizados	.26	.40*	.14	.31	.40*	.28	.45**
Sintomas externalizados	.27[a]/.51[b]*	.12[a]/.51[b]*	-.74[a]**/.15[b]	.11	.11	.00	.07
Competência social	-.25	-.20	.08	.18	.03	-.12	.19

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$ (two-tailed); [t] diferença significativa de género $p < .05$; [a] rapariga; [b] rapaz; valores de *p* da Correlação de Spearman.

4.2. Comparação dos indicadores de saúde mental, no período pré-pandemia e no período de pandemia

Conforme se observa na Tabela 10, entre o período pré-pandemia e o período de pandemia houve um aumento de sintomas internalizados ($p = .016$), no entanto, estes dados deverão ser interpretados com cautela, dada a fraca fiabilidade da escala de sintomas internalizados avaliados antes da pandemia ($\alpha = .49$).

Tabela 10. *Comparação dos indicadores de saúde mental antes e durante a pandemia de COVID-19 (SDQ pais) (T1 - T2)*

	Antes da pandemia (T1)	Durante a pandemia (T2)	*p-value*
Indicadores de Saúde Mental			
Sintomas internalizados	0.3 (0.2)	0.5 (0.3)	.016*
Sintomas externalizados	0.7 (0.3)	0.7 (0.3)	.819
Competência social	1.8 (0.2)	1.7 (0.3)	.060

Nota: * $p \leq .05$, valores de p do Teste de Wilcoxon.

Como pode ser observado nas Tabelas 11, 12 e 13, verifica-se um aumento do índice de ansiedade (p = .000) e de preocupação (p = .000) entre o período antes e durante o confinamento e entre o período antes e após o confinamento (p = .000; p = .000).

Tabela 11. *Comparação do índice de ansiedade e de preocupação antes e durante o período de confinamento (T2)*

	Antes do confinamento	Durante o confinamento	*p-value*
Vivências na Pandemia COVID-19			
Índice de ansiedade	1.8 (0.8)	2.9 (1.2)	.000*
Índice de preocupação	2.2 (0.9)	2.9 (1.0)	.000*

Nota: * $p \leq .05$, valores de p do Teste de Wilcoxon.

Tabela 12. *Comparação do índice de ansiedade e de preocupação durante e após o período de confinamento (T2)*

	Durante o confinamento	Após o confinamento	*p-value*
Vivências na Pandemia COVID-19			
Índice de ansiedade	2.9 (1.2)	2.7 (1.1)	.237
Índice de preocupação	2.9 (1.0)	3.0 (0.9)	.974

Nota: * $p \leq .05$, valores de p do Teste de Wilcoxon.

Tabela 13. *Comparação do índice de ansiedade e de preocupação antes e após o período de confinamento (T2)*

	Antes do confinamento	Após o confinamento	*p-value*
Vivências na Pandemia COVID-19			
Índice de ansiedade	1.8 (0.8)	2.7 (1.1)	.000*
Índice de preocupação	2.2 (0.9)	3.0 (0.9)	.000*

Nota: * $p \leq .05$, valores de p do Teste de Wilcoxon.

5. Discussão de Resultados

O presente estudo teve como objetivos analisar as relações entre a capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental) e os indicadores de saúde mental (i.e., sintomas internalizados, sintomas externalizados, competência social) e examinar a prevalência dos indicadores de saúde mental (i.e., sintomas internalizados, sintomas externalizados, competência social), durante a pandemia de COVID-19.

A presente dissertação revelou existir uma relação entre a autorregulação e os indicadores de saúde mental. A autorregulação associa-se negativamente aos sintomas internalizados e externalizados e positivamente à competência social. Os resultados evidenciaram que os sintomas internalizados como a ansiedade e a preocupação aumentaram durante a pandemia e que as estratégias de *coping* estão associadas aos sintomas internalizados e externalizados manifestados durante a pandemia. Especificamente, os resultados demonstraram uma associação negativa entre o uso da distração cognitiva e os sintomas externalizados e associações positivas entre estratégias como comportamento agressivo, comportamento de isolamento, evitamento comportamental e a resolução de problemas, e os sintomas internalizados e externalizados.

Em seguida, serão discutidos os resultados com mais detalhe, em função dos objetivos de investigação propostos e com base na literatura atual.

5.1. Autorregulação emocional e indicadores de saúde mental

No geral, os resultados do presente estudo indicam que a autorregulação emocional se relaciona negativamente com os indicadores de saúde mental, corroborando os estudos anteriores quer relativamente aos sintomas internalizados (Loevaas et al., 2018; Lindbloom et al., 2016), quer relativamente aos sintomas externalizados (Zeman, Shipman, & Suveg, 2002). Desta forma, o presente estudo junta-se ao conjunto de estudos que têm demonstrado que a regulação emocional é essencial para o desenvolvimento adaptativo das crianças (Loevaas et al., 2018; Lindbloom et al., 2016).

O presente estudo evidenciou que as estratégias de elaboração de ansiedade adaptativas (i.e., estratégia adaptativa operacional, estratégia com equilibração emocional) estão associadas a uma menor manifestação de sintomas internalizados e externalizados. Em

contrapartida, o recurso a estratégias de elaboração de ansiedade desadequadas (i.e., estratégia de impossibilidade) estão associadas a uma maior manifestação de sintomas internalizados e externalizados. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores (Eisenberg et al, 2001; Loevaas et al., 2018) que demonstraram que as dificuldades de regulação emocional estão associadas à manifestação de sintomas internalizados e externalizados, bem como que sintomas de ansiedade, conforme relatado pelos pais, estão associados a uma fraca autorregulação emocional (Loevaas et al., 2018). É, no entanto, importante ressalvar a inconsistência com outros estudos que, à semelhança do nosso, também analisaram a adaptabilidade das estratégias usadas (e.g., Bouhon, 2017), evidenciando que as estratégias de elaboração de ansiedade adaptativas estão associadas à manifestação de sintomas internalizados e as estratégias menos adaptativas estão associadas à manifestação de sintomas externalizados.

De acordo com os resultados do presente estudo a categoria (i.e., aflição, fantasia, realidade) das cenas escolhidas pela criança está relacionada com a manifestação de sintomas internalizados e externalizados, sendo que na escolha de situações realistas a manifestação de sintomas diminui e na presença de situações de aflição ou de fantasia aumenta. Estes resultados estão em linha com um estudo anterior (Pires, & Fagulha, 2003/2004), que mostra que as situações realistas estão associadas à utilização de estratégias de elaboração de ansiedade adaptativas, enquanto as situações de aflição e de fantasia estão a associadas a estratégias de elaboração de ansiedade menos adaptativas, ou seja, estratégias de elaboração de ansiedade adaptativas refletem uma menor manifestação de sintomas internalizados e externalizados. Os resultados do presente estudo indicam que quando a criança resolve as situações de uma forma positiva e realista, os sintomas internalizados e externalizados manifestam-se menos, por outro lado, quando a criança opta por escolher situações de aflição ou situações de fantasia (i.e., situações impossíveis de concretizar) para resolver o problema, verificaram-se mais sintomas internalizados e externalizados.

5.2. Autorregulação comportamental e indicadores de saúde mental

Globalmente, os resultados do presente estudo, referem que uma boa autorregulação comportamental está associada a uma menor manifestação de sintomas internalizados e

externalizados, mas também a uma melhor competência social. De acordo com alguns estudos (Lindbloom et al., 2016 Corredor, Justicia-Arráez, Romero-López, & Benavides-Nieto, 2017) podemos confirmar que de facto a reduzida manifestação de sintomas internalizados e de sintomas externalizados, confere às crianças uma melhor autorregulação comportamental, fornecendo as ferramentas e os recursos necessários para desenvolver e estabelecer relações positivas com aqueles que as rodeiam.

De acordo com os resultados do presente estudo, a atenção visual está associada positivamente aos sintomas externalizados. Estes resultados não estão em linha com estudos anteriores (Eisenberg et al., 2001) que mostraram que crianças que evidenciam um índice baixo de regulação atencional têm tendência para manifestar mais sintomas externalizados. Esta falta de inconsistência pode estar relacionada com o facto de não ter sido realizada a análise da fiabilidade (e.g. coeficiente de estabilidade temporal, teste-reteste) da prova de avaliação da atenção visual.

A atenção visual relaciona-se positivamente também com os sintomas internalizados e com a competência social. Por outro lado, foi evidenciado que a capacidade de atenção visual está associada a uma menor prevalência de sintomas internalizados, o que vai ao encontro de outros estudos (Eisenberg et al., 2001, Mocan, Stanciu, & Visu-Petra, 2014), que mostraram que as crianças com uma baixa regulação da atenção têm tendência para manifestar sintomas internalizados. Os resultados do presente estudo juntam-se ainda aos de Murphy, Laurie-Rose, Brinkman e McNamara (2007) que mostraram que as crianças com uma melhor capacidade de atenção evidenciam uma melhor competência social.

Segundo os resultados do presente estudo, a capacidade de planeamento está associada de forma positiva aos sintomas externalizados. Tendo em conta um estudo anterior (Papachristou, & Flouri, 2019), crianças com uma baixa capacidade cognitiva (i.e., atenção, planeamento, memória de trabalho, inibição de resposta) tem mais tendência para exibir dificuldades ao nível da saúde mental, como sintomas internalizados e externalizados. No presente estudo, a capacidade de planeamento associa-se positivamente aos sintomas externalizados, no entanto, tendo em conta a literatura (Papachristou, & Flouri, 2019), esta associação deveria ser negativa, pois uma boa capacidade cognitiva (i.e., planeamento) está associada a menos sintomas externalizados. Esta falta de consistência pode dever-se às

condições de realização da prova de avaliação da capacidade de planeamento, que poderão ter condicionado a prestação das crianças.

Conforme os resultados obtidos no presente estudo, a capacidade de planeamento está relacionada, de forma positiva, com a competência social. De acordo com um estudo (Han, & Kemple, 2006), a capacidade de planeamento e de tomada de decisões são descritas como componentes importantes para a competência social, pelo que é possível referir que uma boa capacidade de planeamento está associada a uma melhor competência social. Outro estudo (Papachristou, & Flouri, 2019) refere ainda que crianças socialmente retraídas manifestam uma pior capacidade cognitiva (i.e., planeamento), quando comparadas com as crianças que não tem dificuldades ao nível da competência social. Perante a literatura atual (Han, & Kemple, 2006, Papachristou, & Flouri, 2019) podemos então referir que os resultados são consistentes com o que foi encontrado, pois na presença de uma boa capacidade de planeamento é evidenciada uma melhor competência social.

5.3. Estratégias de *coping* e indicadores de saúde mental

Segundo os resultados obtidos neste estudo, as estratégias de *coping*, durante a pandemia, associaram-se aos sintomas internalizados e aos sintomas externalizados. Em estudos anteriores (Orgilés et al., 2020; Cornell et al., 2017) é possível verificar que as estratégias de *coping* se encontram associadas à saúde mental, estando relacionadas com os sintomas internalizados, externalizados e com a competência social. No presente estudo, não se verificaram quaisquer associações significativas com a competência social, tal poderá dever-se ao facto de apesar de as crianças estarem em confinamento, continuarem em constante relação com os pais, irmãos e outros familiares, pelo que a competência social poderá não ter sido tão afetada, como os sintomas internalizados e externalizados.

De acordo com os resultados do presente estudo, quanto mais adaptativas forem as estratégias de *coping*, menos sintomas internalizados e externalizados são verificados. De facto, quando as estratégias de *coping* se centram mais na experiência emocional, a probabilidade de evidenciar sintomas internalizados e externalizados é maior, contudo sempre que estas forem orientadas para a resolução de problemas ou orientadas para comportamentos de evitamento e distração, a manifestação dos sintomas internalizados e

externalizados tende a ser menor (Orgilés et al., 2020). No presente estudo quando as estratégias de *coping* se baseavam mais na experiência emocional (i.e., comportamento agressivo, comportamento de isolamento) verificaram-se mais sintomas internalizados e externalizados, no entanto quando eram orientadas para comportamentos de evitamento, como a distração cognitiva, os sintomas externalizados verificaram-se menos. Ainda em relação aos resultados do presente estudo, importa referir que para as estratégias de coping, resolução de problemas e evitamento comportamental, existe alguma inconsistência dado o facto de num estudo anterior (Orgilés et al., 2020) ter sido mencionado que na presença de ambas as estratégias os sintomas internalizados teriam uma menor manifestação. No entanto, estes resultados poderão ser explicados devido ao facto de estas estratégias (i.e., resolução de problemas, evitamento comportamental) pressuporem um maior controlo por parte das crianças, em termos emocionais e comportamentais, pois as mesmas tentam encontrar uma solução, através de diálogo interno, (Lima, Lemos, & Guerra, 2002) daí que possam estar mais associadas aos sintomas internalizados, uma vez que estão são caraterizados por comportamentos acting in (Papalia, & Feldman, 2013).

5.4. Indicadores de saúde mental, no período pré-pandemia e no período de pandemia

Entre o período pré-pandemia e o período de pandemia verificou-se um aumento dos sintomas internalizados. Crianças expostas a emergências e desastres podem apresentar resultados psicológicos negativos, entre os quais sintomas internalizados (Crescentini et al., 2020). Estudos anteriores (Crescentini et al., 2020, Whittle, Bray, Lin, & Schwartz, 2020) referiram que durante a pandemia COVID-19 e o confinamento, os sintomas (i.e., ansiedade, depressão) e comportamentos dos pais, bem com o *stress* parental tiveram uma influência direta na manifestação de sintomas internalizados nas crianças. O aumento do tempo de permanência em casa por parte das crianças aliado ao *stress* parental, poderá desencadear um aumento da tensão e de conflitos (Sanar Saúde, 2020). Os resultados obtidos no presente estudo vão então ao encontro da literatura (Crescentini et al., 2020, Whittle, Bray, Lin, & Schwartz, 2020, Sanar Saúde, 2020), pois verificou-se durante a pandemia um aumento de sintomas internalizados, essencialmente, antes e durante o confinamento, e antes e após o confinamento (i.e., ansiedade, preocupação), estes poderão ser explicados devido ao possível

aumento de tensão e conflitos no seio familiar e devido ao encerramento das escolas, pois uma vez em confinamento, existe uma maior convivência entre pais e filhos, o que poderá levar com maior frequência a atritos e conflitos. O facto de não terem sido identificadas diferenças ao nível da manifestação de sintomas internalizados durante e após o período de confinamento sugere que as medidas implementadas no período pós-confinamento não foram suficientes para a saúde mental das crianças. Outros estudos (Crescentini et al., 2020, Jiao et al., 2020) sugerem que a imaturidade socioemocional das crianças limitou a capacidade de compreender e processar o que estava a acontecer durante a pandemia, tornando-as mais vulneráveis. Assim, os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de as escolas pensarem em estratégias que ajudem as crianças a lidar e a gerir a situação atual de uma forma mais adequada, prevenindo assim os problemas de saúde mental associados à situação de pandemia.

6. Limitações do Estudo

O presente estudo tem algumas limitações. A primeira limitação prende-se com o facto de a população em estudo, ser uma amostra por conveniência, recrutada consoante a disponibilidade e necessidade do Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo.

A segunda limitação está relacionada com a reduzida amostra do estudo, tal deveu-se ao facto de existirem alguns encarregados de educação com dificuldade ao acesso a plataformas digitais, mas também à dificuldade em ter tempo, para responder às perguntas dos questionários aplicados no segundo momento de avaliação. O facto de a amostra ser reduzida, essencialmente, ao nível do sexo feminino, poderá ter contribuído para a incoerência e inconsistência de alguns dos resultados obtidos. Teria sido interessante ter feito o estudo em todo o 1º Ciclo, para desta forma perceber como as variáveis avaliadas se expressavam em cada um dos anos de escolaridade.

A terceira limitação está associada à reduzida literatura e bibliografia ao nível da autorregulação e indicadores de saúde mental, em crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico, o que tornou, por vezes, desafiante estabelecer a ligação entre estes dois conceitos, ao nível da faixa etária (6-7 anos) analisada no presente estudo.

7. Implicações para a Prática e para a Investigação Futura

Os resultados da presente dissertação têm implicações pertinentes para a prática psicomotora. O estudo das associações entre a autorregulação e os indicadores de saúde mental torna-se importante para perceber a forma como estes dois conceitos se relacionam entre si. Por outro lado, perceber a relação entre a vivência na pandemia COVID-19 e os indicadores de saúde mental é crucial para entender quais as alterações ao nível da vida e rotina das crianças. A análise e o estudo deste tipo de associações permitem, posteriormente, uma melhor interpretação de casos clínicos que evidenciem problemáticas nestas áreas, pelo que o psicomotricista poderá tornar as suas práticas mais eficientes e eficazes, seja ao nível da avaliação, seja ao nível da elaboração do projeto terapêutico e da intervenção psicomotora.

Relativamente à autorregulação, será de todo essencial que a intervenção psicomotora a tenha em conta, pois de acordo com aquilo que foi obtido no presente estudo, uma melhor capacidade de autorregulação está associada a uma menor manifestação de sintomas internalizados e externalizados, e também a uma melhor competência social. Logo se o psicomotricista tiver em conta esta associação aquando da elaboração de um projeto terapêutico, irá não só contribuir para uma melhor capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental), mas também para uma melhor saúde mental.

No que diz respeito às questões mais ligadas às vivências e experiências na pandemia COVID-19, importa referir que este apesar de ser um tema muito abordado e discutido nos dias de hoje, é completamente desconhecido, pois sabe-se que existem repercussões ao nível da saúde mental, mas não se sabe ao certo a extensão do impacto que lhe está associado. Através deste estudo foi possível entender que existe um aumento dos sintomas internalizados, nomeadamente, ansiedade e preocupação. Aqui o psicomotricista poderá intervir, ajudando as crianças a refletirem sobre a situação atual através de vivências e experiências corporais, esperando que desta forma, seja possível ajudar a atenuar as repercussões da pandemia.

Para investigação futura, é de extrema importância que sejam desenvolvidos mais estudos entre a capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental) e os indicadores de saúde mental, ao nível do 1º Ciclo do Ensino Básico, pois estes são escassos, seria também pertinente uma amostra mais vasta e até englobando outras faixas etárias, para

perceber a influência destas duas variáveis ao nível do desenvolvimento e do funcionamento social adaptativo. Contudo, não pode ser descurada a necessidade de mais investigação ao nível das repercussões da pandemia COVID-19 e as consequências que essas terão ao nível dos indicadores de saúde mental.

8. Conclusões

O desenvolvimento do presente estudo permitiu concluir que uma melhor capacidade de autorregulação (i.e., emocional, comportamental) está associada a uma menor manifestação de sintomas internalizados, de sintomas externalizados e a uma melhor competência social, isto é, a autorregulação associa-se positivamente à saúde mental. Em relação às estratégias de *coping* podemos proferir que com os dados obtidos durante o período da pandemia COVID-19, sempre que as estratégias são adaptativas e adequadas à situação e contexto em que a criança se insere, a manifestação de sintomas internalizados e externalizados é menor. No que diz respeito às diferenças entre o período pré-pandemia e o período de pandemia, podemos afirmar que de facto houve um aumento significativo dos sintomas internalizados, essencialmente, ao nível da ansiedade e da preocupação. Estes intensificaram-se sobretudo no período antes e durante o confinamento, mas também no período antes e após o confinamento.

Concluindo, é de salientar que uma boa capacidade de autorregulação além de promover uma boa saúde mental, poderá também auxiliar as crianças ao nível da experiência e contacto com eventos de vida negativos, preocupantes e *stressantes*, sendo desta forma importante não só ao nível da saúde mental, mas também ao nível do funcionamento social adaptativo das crianças.

Referências Bibliográficas

Becker, D. R., Miao, A., Duncan, R., & McClelland, M. M. (2014). Behavioral self-regulation and executive function both predict visuomotor skills and early academic achievement. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(4), 411-424. doi: 10.1016/j.ecresq.2014.04.014

Blatt-Eisengart, I., Drabick, D. A. G., Monahan, K. C., & Steinberg, L. (2009). Sex differences in the longitudinal relations among family risk factors and childhood externalizing symptoms. *Developmental Psychology*, 45(2), 491-502. doi: 10.1037/a0014942

Bouhon, I. M. C. P. (2017). Elaboração da ansiedade nas respostas à prova "era uma vez..." em crianças com problemas de internalização e externalização (dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Acedido a 24 de novembro de 2020 em https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33270

Brooks, B. L., Sherman, E. M. S., & Strauss, E. (2010). Test review: NEPSY-II: a developmental neuropsychological assessment, second edition. *Child Neuropsychology*, 16, 80-101. doi: 10.1080/09297040903146966.

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

Cadima, J., Ferreira, T., Guedes, C., Vieira, J., Leal, T., & Matos, P. M. (2016). Risco e regulação emocional em idade pré-escolar: a qualidade das interações dos educadores de infância como potencial moderador. Análise Psicológica, 34(3), 235-248. doi: 10.14417/ap.1079

Camodeca, M., Caravita, S. C. S., & Copolla, G. (2015). Bullying in preschool: the associations between participant roles, social competence, and social preference. *Aggressive Behavior*, 41, 310-321. doi: 10.1002/ab.21541

Campos, S., Figueiredo, M., Mazer-Gonçalves, S., Santos, E., & Maronesi, L. (2017). O brincar para o desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal: análise de uma intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25, 275-285. doi: 10.4322/0104-4931.ctoAO0820

Cornell, C., Kiernan, N., Kaufman, D., Dobee, P., Frydenberg, E., & Deans, J. (2017). Developing social emotional competence in the early years. *Social and Emotional Learning in Australia and the Asia-Pacific*, 391-411. doi: 10.1007/978-981-10-3394-0_21

Corredor, G. A., Justicia-Arráez, A., Romero-López, M., & Benavides-Nieto, A. (2017). Longitudinal study of the effects of social competence on behavioral problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 479-485. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.093

Coutinho, C. P. (2014). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas. Coimbra: Almedina.

Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.586074

Croft, S., Stride, C., Maughan, B., & Rowe, R. (2015). Validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics*, 135(5), 1210-1219. doi: 10.1542/peds.2014-2920

Davis, S., Votruba-Drzal, E., & Silk, J. S. (2015). Trajectories of internalizing symptoms from early childhood to adolescence: associationswith temperament and parenting. *Social Development*, 24 (3), 501-520. doi: 10.1111/sode.12105

Edossa, A. K., Schroeders, U., Weinert, S., & Artelt, C. (2018). The development of emotional and behavioral self-regulation and their effects on academic achievement in childhood. International *Journal of Behavioral Development*, 42(2), 192-202. doi: 10.1177/0165025416687412

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337

Fagulha, T. (1994). A prova "Era uma vez": uma nova prova projetiva para crianças. *Análise Psicológica*, 4(12), 511-528.

Fagulha, T. (1997). *Era uma vez – prova projetiva para crianças* (manual). Lisboa: CEGOC-TEA.

Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R. L., Pieterse, A. H., Street, R., Tschoetschel, R., & van Weert, J. (2020). Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 873-876. doi: 10.1016/j.pec.2020.03.027

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. (2005). Questionário de capacidades e de dificuldades (SDQ-Por) [strenghts and difficulties questionnaire, versão portuguesa]. Acedido a 11 de outubro de 2019 em www.sdqinfo.org

Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Borges, A., & Matos, M. G. (2019). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 17-27. Acedido a 10 de setembro de 2020 em http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626/2839

Golberstein, E., Wen, H., & Miller, B. F. (2020). Coronavirus disease 2019 (covid-19) andmental health for children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 819-820. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1456

Goodman, A., Lamping, D., & Ploubidis, G. (2010). "When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children."

Journal of Abnormal Child Psychology, 38(8), 1179-1191. doi: 10.1007/s10802-010-9434-x

Goodman, R. (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic sucess. *Journal of School Psychology*, 45, 3-19. doi: 10.1016/j.jsp.2006.09.002.

Guedes, D., Fernandes, M., Luz, C., Fagulha, T., & Pires, R. (2019). A prova "Era uma vez" na avaliação das altas capacidades, 125-144. Acedido a 30 de junho de 2020 em https://www.researchgate.net/publication/334785077_A_prova_Era_uma_vez_na_avaliacao_das_altas_capacidades

Han, H. S., & Kemple, K. M. (2006). Components of social competence and strategies of support: Considering what to teach and how. *Early Childhood Education Journal*, 34(3), 241-246.

Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Someck, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The Journal Of Pediatrics*, 221, 264-266. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013

Kersten, P., Czuba, K., McPherson, K., Dudley, M., Elder, H., Tauroa, R., & Vandal, A. (2015). A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Internacional Journal of Behavioral Development*, 1-12. doi: 10.1177/0165025415570647

Korkman, M. Kirk, U., & Kemp, S. (1998). *NEPSY – a developmental neuropsychological assessment* (manual). PsychCorp.

Krikorian, R., Bartok, J., & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(6), 840-850. doi: 10.1080/01688639408402697

Leitão, A. (2019). *Desenvolvimento normal* (pp.33-70). In: N. L. Antunes. Sentidos (2ªed.). Lisboa, Portugal: Lua de papel.

Levesque, R. J. R. (2011). Externalizing and internalizing symptoms. *Encyclopedia of Adolescence*, 903-905. doi:10.1007/978-1-4419-1695-2_539

Lima, L., Lemos, M. S., & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 20(4), 555-570.

Lindblom, J., Vänskä, M., Flykt, M., Tolvanen, A., Tiitinen, A., Tulppala, M., & Punamäki, R. L. (2017). From early family systems to internalizing symptoms: The role of emotion regulation and peer relations. *Journal of Family Psychology*, 31(3). doi: 10.1037/fam0000260

Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2015). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia*, 32 (2). 281-293. doi: 10.1590/0103-166X2015000200012

Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30096-1

Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S. P., Holen, S., & Reinfjell, T. (2018). Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8-12 years: does parental gender play a differentiating role? *BMC Psychology*, 6(1), 42. doi: 10.1186/s40359-018-0255-y

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: a systematic review of mechanisms. *Pediatrics*, 138(3). doi: 10.1542/peds.2016-1642

Martins, R. (2001). A relaxação psicoterapêutica no context da saúde mental – o corpo como ponte entre a emoção e a razão (pp. 95-108). In: V. Fonseca, & R. Martins (Eds.). *Progressos em psicomotricidade*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.

McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. In: R. M. Lerner, J. V. Lerner, E. P. Bowers, S. Lewin-Bizan, S. Gestsdottir, & J. B. Urban (Eds.), Thriving in childhood and adolescence: The role of self-regulation processes. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 133, 29-44.

McClelland, M. M., Geldhof, G. J., Cameron, C. E., & Wanless, S. B. (2015). Development and self-regulation. In: R. M. Lerner (Ed.). *Handbook of child psychology and developmental science* (7ª ed.). Nova Jérsia, EUA: John Wiley & Sons.

Mocan, O., Stanciu, O., & Visu-Petra, L. (2014). Relating individual differences in internalizing symptoms to emotional attention set-shifting in children. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(5), 509-526. doi: 10.1080/10615806.2014.888419

Montroy, J. J., Bowles, R. P., Skibble, L. E., McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2016). The development of self-regulation across early childhood. *Developmental Psychology*, 52 (11), 1744-1762. doi: 10.1037/dev0000159.

Murphy, L. M. B., Laurie-Rose, C., Brinkman, T. M., & McNamara, K. A. (2007). Sustained attention and social competence in typically developing preschool-aged children. *Early Child Development and Care*, 177(2), 133-149. doi: 10.1080/03004430500349559

Murphy, S. E., Jacobvitz, D. B., & Hazen, N. L. (2016). What's so bad about competitive coparenting? Family-level predictors of children's externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1684-1690. doi: 10.1007/s10826-015-0321-5

Oliveira, C. M. M., Amorim, J. C., Alves, I. A., Dias, T. L., Silveira, K. A., & Enumo, S. R. F. (2018). Estresse, autorregulação e risco psicossocial em crianças hospitalizadas. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(1), 39-48. doi: 10.18316/sdh.v6i1.4132

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). Saúde mental das crianças e jovens – que futuro? Os novos desafios colocados pelos media e pelas novas tecnologias. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization. Acedido a 8 de outubro de 2020 em https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020). Coronavirus – overview, prevention and symptoms. Acedido a 14 de junho de 2020 em https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Espada, J. P. (2020). Coping behaviors and psychological disturbances in youth affected by the COVID-19 health crisis. *PsyArXiv Preprints*. doi: 10.31234/osf.io/2gnxb

Ornell, F., Schuch, J. B., Soordi, A., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008

Papachristou, E., & Flouri, E. (2019). The codevelopment of internalizing symptoms, externalizing symptoms, and cognitive ability across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 1-15. doi: 10.1017/S0954579419001330

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento psicossocial na terceira infância (pp. 314-353). In: D. E. Papalia, & R. D. Feldman. *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). São Paulo, Brasil: AMGH Editora Ltda.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa, Portugal: McGraw-Hill.

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: an updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53 (5), 873-932. doi: 10.1037/dev0000295

Pinto, H. M., Carvalho, A. R., & Sá, E. N. (2014). Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: estratégias de regulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica*, 4(32), 387-400.

Pires, R., & Fagulha, T. (2003/2004). Estratégias de elaboração da ansiedade nas respostas sequências de cenas na prova projetiva para crianças "Era uma vez…". *Revista Portuguesa de Psicologia*, 37, 185-204.

Pires, R., & Fagulha, T. (2004a). Estratégias de elaboração da ansiedade nas respostas sequências das cenas na prova projetiva para crianças "Era uma vez". Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Pires, R., & Fagulha, T. (2004b). Estratégias de elaboração da ansiedade na prova "Era uma vez": contributos para a diferenciação de crianças com funcionamentos psicológicos distintos. Lisboa: 2º Congresso Hispano-Português de Psicologia.

Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Matthews, J. S., & Morrison, F. J. (2009). A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology*, 45(3), 605-619. doi: 10.1037/a0015365

Puranik, C. S., Boss, E., & Wanless, S. (2018). Relations between self-regulation and early writing: domain specificor task dependent? *Early Childhood Research Quarterly*. doi: 10.1016/j.ecresq.2018.02.006

Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., & Esteban-Cornejo, I. (2019). Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 1-28. doi: 10.1007/s40279-019-01099-5

Sanar Saúde (2020). O impacto da pandemia na saúde mental das crianças. Acedido a 2 de novembro de 2020 em https://www.sanarmed.com/o-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-das-criancas

Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 298, 199-209. doi: 10.1098/rstb.1982.0082

Silkenbeumer, J., Schiller, E.-M., Holodynski, M., & Kärtner, J. (2016). The role of co-regulation for the development of social-emotional competence. *Journal of Self-Regulation and Regulation*, 52. doi: 10.11588/josar.2016.2.34351.

Silva, J, & Melo, M. (2012). Do pré-escolar ao 1º ciclo do ensino básico: experiências e vivências da transição. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 93-101. Acedido a 11 de novembro de 2020 em https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832342009

Specialneedscovid.org. (2020). Acedido a 10 de setembro de 2020 em www.specialneedscovid.org

Suchert, V., Hanewinkel, R., & Isensee, B. (2015). Sedentary behavior and indicators of mental health in school-aged children and adolescents: a systematic review. *Preventive Medicine*, 76, 48-57. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.03.026

Szilagi, M., & Halfon, N. (2015). Pediatric adverse childhood experiences: implications for life course health trajectories. Academic Pediatrics, 15(5), 467-468. doi: 10.1016/j.acap.2015.07.004

The Kindergarten Readiness Research Program. (2020). Head-Toes-Knees-Shoulders (HTKS) - measure of self-regulation. College of Public Health and Human Sciences: Oregon State University. Acedido a 19 de agosto de 2020 em https://health.oregonstate.edu/labs/kreadiness/measure

Tomé, G., Matos, M. G., Gomes, P., Camacho, I., & Gaspar, T. (2017). Promoção da saúde mental nas escolas – Projeto ES´COOL. *Revista de Psicologia da Criança e Adolescente*, 8(1), 173-184. Acedido a 10 de setembro em http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2485

Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção – intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes (pp. 67-80). In: J. Fernandes, & P. Gutierres Filho. *Atualidades da prática psicomotora*. Rio de Janeiro, Brasil: Wak Editora.

Vio, C., Fancello, G. S., & Cianchetti, C. (2006). *Teste TOL – torre de londres (teste de avaliação das funções executivas)*. Erickson International.

Visu-Petra, L., Cheie, L., Benga, O., & Miclea, M. (2012). The structure of executive functions in preschoolers: an investigation using the NEPSY battery. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 33, 627-631. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.197

von Suchodoletz, A., Gestsdottir, S., Wanless, S. B., McClelland, M. M., Birgisdottir, F., Gunzenhauser, C., & Ragnarsdottir, H. (2013). Behavioral self-regulation and relations to emergente academic skills among children in Germany and Iceland. *Early Childhood Research Quarterly*, 28, 62-73. doi: 10.1016/j.ecresq.2012.05.003

Whittle, S., Bray, K., Lin, S., & Schwartz, O. (2020). Parenting and child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. doi: 10.31234/osf.io/ag2r7. Acedido a 24 de novembro de 2020 em https://psyarxiv.com/ag2r7/

Wickstrom, H., & Pelletier, J. (2019). Understanding the relation between behavioral self-regulation, academic learning, and children's drawings in kindergarten. *Early Child Development and Care*, 1-15. doi:10.1080/03004430.2019.1651304

Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (2009). The scope of infant mental health (pp. 5-21). Acedido a 11 de novembro de 2020 em https://www.researchgate.net/publication/303365349_The_Scope_of_Infant_Mental_Health

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 393-398. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103_11.