



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

**Estratégias de  *coping*  e saúde mental de estudantes universitários no contexto da pandemia provocada pela COVID-19**

Ana Margarida Ferreira Fonseca

Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadores:

Professora Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

novembro, 2020

---

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Estratégias de *coping* e saúde mental de estudantes universitários no contexto da pandemia provocada pela COVID-19**

Ana Margarida Ferreira Fonseca

Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadores:

Professora Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

novembro,2020





## Agradecimentos

Foram várias as pessoas que contribuíram para a realização do presente trabalho e que me motivaram, de forma direta ou indireta, para chegar ao fim de mais uma grande etapa da minha vida.

À Prof. Doutora Joana Alexandre, por ter aceitado embarcar comigo nesta viagem que foi a dissertação, sem nunca desistir e duvidar de mim. Obrigada por toda a disponibilidade e pela resiliência em procurar soluções. Obrigada pela sua colaboração, apoio e ajuda nesta viagem atípica que foi este ano letivo.

Aos meus colegas de mestrado, que sempre demonstraram ser unidos e prontos a ajudar. Todas as conversas, todas as dúvidas que tirávamos sem vergonha, e toda a força que demos uns aos outros mesmo com um vírus a mudar os nossos planos, mesmo quando tínhamos razão para duvidar de tudo. Foi um prazer conhecer-vos e partilhar convosco estes dois anos.

A todos os meus amigos e namorado, que mesmo de diferentes formas, todos me apoiaram e me deram forças para realizar este trabalho. A todas as saídas à última hora e a todas as conversas de desabafo. Obrigada por acreditarem em mim.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus pais por tudo aquilo que me permitem alcançar diariamente, por aquilo que são e por aquilo que eu sou. Sem a ajuda e apoio deles não seria possível a realização do mestrado.

O meu muito obrigada a todos os que fizeram parte desta etapa!



### **Resumo**

A pandemia provocada pela COVID-19 é a maior emergência de saúde pública registada nas últimas décadas. Para além das preocupações ao nível da saúde física da população, esta situação parece estar a trazer consequências ao nível da saúde mental e em especial em jovens adultos. O objetivo do presente estudo consiste em avaliar a forma como estudantes universitários portugueses reagiram no início do período de quarentena estipulado em abril de 2020, avaliando os seus níveis de ansiedade, depressão e stress, e as estratégias de *coping* utilizadas nesse período e em que medida existem diferenças em função de algumas variáveis sociodemográficas como o género. Procurou-se também testar de forma exploratória em que medida as estratégias de *coping* medeiam a relação entre género e saúde mental. Dos resultados destaca-se o facto das mulheres reportarem maiores níveis de stress, ansiedade e depressão, sendo que algumas estratégias de *coping* negativas medeiam essa relação: nomeadamente a recusa apresenta-se como uma variável mediadora para a ansiedade e para a depressão e o retraimento para o stress. Os resultados serão discutidos à luz das teorias existentes e serão apresentadas as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: COVID-19, estudantes universitários, pandemia, saúde mental, estratégias de *coping*.

### **Códigos PsycINFO:**

3370 Health & Mental Health Services





**Abstract**

The COVID-19 pandemic is the biggest public health emergency registered in the last decades. In addition to concerns in terms of physical health of the population, the pandemic situation caused by the virus can also have consequences in terms of mental health, especially in young adults. Therefore, the aim of the present study is to assess the way university students reacted to the beginning of the quarantine period caused by COVID-19, evaluating their levels of anxiety, depression and stress, and the coping strategies used in that period, and to what extent there are differences due to some sociodemographic variables such as gender. It also sought to test in an exploratory way the extent to which coping strategies mediate the relationship between gender and mental health. From the results, the fact that women report higher levels of anxiety, depression and stress than men stand out, and some negative coping strategies mediate this relationship: namely, the refusal presents itself as a mediating variable for anxiety and depression and the withdrawal for the stress. The results will be discussed in the light of existing theories and their limitations and suggestions for future studies will be presented.

Keywords: COVID-19, university students, pandemic, mental health, coping strategies.

**PsycINFO codes:**

3370 Health & Mental Health Services



## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução   | 1  |
| Capítulo 1. Enquadramento Teórico                                | 3  |
| 1.1. Pandemia: do vírus ao isolamento                            | 3  |
| 1.1.1. Pandemias na História                                     | 3  |
| 1.1.2. Pandemia COVID-19   | 5  |
| 1.1.3. Quarentena e isolamento social                            | 7  |
| 1.2. Saúde Mental  | 9  |
| 1.2.1. Definição   | 9  |
| 1.2.2. Ansiedade, depressão e stress                             | 11 |
| 1.2.3. Impacto da COVID-19 na saúde mental                       | 13 |
| 1.3. O conceito de <i>coping</i>                                 | 17 |
| 1.3.1. Definição e modelos de <i>coping</i>                      | 17 |
| 1.3.1.1. O Modelo Transacional de Stress e <i>Coping</i>         | 18 |
| 1.3.1.2. Teoria Motivacional do <i>Coping</i>                    | 20 |
| 1.3.1.3. A conceção Toulousiana do <i>coping</i>                 | 22 |
| 1.3.3. Relação entre saúde mental e estratégias de <i>coping</i> | 23 |
| 1.4. Objetivos e hipóteses                                       | 25 |
| Capítulo 2. Estudo empírico                                      | 29 |
| 2.1. Método  | 29 |
| 2.1.1. Amostra   | 29 |
| 2.1.2. Instrumentos  | 30 |
| 2.1.2.1. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress                 | 30 |
| 2.1.2.2. Escala Toulousiana de <i>Coping</i>                     | 32 |
| 2.1.3. Procedimento  | 34 |

|   |    |
|---|----|
| 2.1.3.1. Procedimento de recolha de dados   | 34 |
| 2.1.3.2. Procedimento de análise de dados   | 35 |
| 2.1.4. Resultados   | 36 |
| 2.1.4.1. Análise descritiva dos dados   | 36 |
| 2.1.4.1.1. Ansiedade, depressão e stress  | 36 |
| 2.1.4.1.2. Estratégias de <i>coping</i>   | 36 |
| 2.1.4.2. Ansiedade, stress e depressão em função de variáveis sociodemográficas     | 37 |
| 2.1.4.3. Estratégias de <i>coping</i> em função das variáveis sociodemográficas     | 40 |
| 2.1.4.4. Relação entre ansiedade, depressão e stress e estratégias de <i>coping</i> | 44 |
| 2.1.4.5. Modelos de mediação  | 45 |
| 2.1.4.5.1. Análise da mediação da recusa na relação entre género e ansiedade        | 46 |
| 2.1.4.5.2. Análise da mediação da recusa na relação entre género e depressão        | 47 |
| 2.1.4.5.3. Análise da mediação do retraimento na relação entre género e stress      | 49 |
| 2.1.4.6. Discussão  | 51 |
| Capítulo 3. Conclusão   | 57 |
| Referências Bibliográficas  | 61 |
| Anexos  | 69 |

**Índice de Quadros**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Médias e desvios-padrão para cada uma das dimensões da EADS-21  | 36 |
| Quadro 2: Médias e desvios-padrão para cada uma das dimensões da ETC  | 37 |
| Quadro 3: Médias e Desvios-Padrão das diferenças de género para cada uma das dimensões da EADS-21               | 38 |
| Quadro 4: Médias e Desvios-Padrão das diferenças do grau de escolaridade para cada uma das dimensões da EADS-21 | 39 |
| Quadro 5: Médias e Desvios-Padrão das diferenças da área de estudos para cada uma das dimensões da EADS-21      | 40 |
| Quadro 6: Médias e Desvios-Padrão das diferenças de género para cada uma das dimensões da ETC                   | 41 |
| Quadro 7: Médias e Desvios-Padrão das diferenças do grau de escolaridade para cada uma das dimensões da ETC     | 42 |
| Quadro 8: Médias e Desvios-Padrão das diferenças da área de estudos para cada uma das dimensões da ETC          | 43 |
| Quadro 9: Médias e Desvios-Padrão das diferenças da região de residência para cada uma das dimensões da ETC     | 44 |
| Quadro 10: Correlações entre as dimensões da EADS-21 e as estratégias e <i>coping</i> (R de Pearson)            | 45 |
| Quadro 11: Relação entre género e ansiedade mediada pela recusa   | 46 |
| Quadro 12: Relação entre género e depressão mediada pela recusa   | 48 |
| Quadro 13: Relação entre género e stress mediada pelo retraimento   | 50 |



**Índice de Figuras**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Sistema hierárquico da estrutura do <i>coping</i>      | 21 |
| Figura 2: Modelo de mediação                                     | 27 |
| Figura 3: Relação entre género e ansiedade mediada pela recusa   | 47 |
| Figura 4: Relação entre género e depressão mediada pela recusa   | 48 |
| Figura 5: Relação entre género e stress mediada pelo retraimento | 51 |





**Índice de Anexos**

Anexo A: Questionário



**Glossário de siglas**

CDC: Centro de Controlo e Prevenção de Doenças

DGS: Direção Geral de Saúde

EADS: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ETC: Escala Toulousiana do *Coping*

OMS: Organização Mundial de Saúde







## Introdução

No final do ano de 2019 foi detetado o primeiro caso de infeção pelo novo corona vírus, sendo o vírus considerado a maior emergência de saúde pública que o mundo enfrenta nas últimas décadas (Schmidt et al., 2020). Com a rápida propagação da COVID-19 a nível mundial, alguns países têm vindo a adotar medidas de contingência de forma a diminuir o número de casos de infeção e de óbitos, sendo o foco destas medidas o isolamento social (Afonso, 2020; Afonso & Figueira, 2020; Schmidt et al., 2020).

Para além dos riscos e preocupações ao nível da saúde física, a situação de pandemia gerada pelo vírus tem vindo a trazer um conjunto de consequências negativas relativamente à saúde mental de toda a população (Afonso & Figueira, 2020; Faro et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Alguns estudos indicam já que a quarentena, em particular, veio gerar ou agravar sintomas psicopatológicos, com eventuais consequências a curto e longo-prazo na saúde mental dos indivíduos (Afonso, 2020). Algumas destas pesquisas têm identificado sintomas de depressão, ansiedade, stress (Wang, C. et al., 2020; Zhang et al., 2020), sintomas de stress pós-traumático, confusão e raiva associados à situação de pandemia (Brooks et al., 2020; Shojaei & Masoumi, 2020) e, inclusive, algos casos de suicídio reportados parecem, também, estar relacionados com o impacto psicológico da COVID-19 (Jung & Jun, 2020; Goyal et al., 2020).

Face a esta situação adversa, torna-se importante encontrar estratégias de *coping* adaptativas de forma a diminuir o impacto negativo da pandemia. Estas estratégias, quando positivas, têm um papel fundamental para a redução de sintomas de ansiedade, depressão e stress nos indivíduos, melhorando os níveis de bem-estar (Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984; Mahmoud et al., 2012; Skinner et al., 2003).

Por outro lado, entre os diversos fatores de risco identificados pela literatura, ser estudante universitário/jovem adulto é considerado uma variável de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, podendo o risco aumentar durante a quarentena,

estando associada a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress (Adlaf et al., 2001; Ibrahim et al., 2013; Wang et al., 2020).

Em situações adversas, estratégias de *coping* adaptativas podem, no entanto, diminuir o seu impacto negativo. Estas estratégias, quando positivas, têm um papel fundamental para a redução de sintomas de ansiedade, depressão e stress nos indivíduos, melhorando os níveis de bem-estar (Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984; Mahmoud et al., 2012; Skinner et al., 2003).

Neste sentido, foi desenvolvido o presente estudo com o objetivo de analisar a forma como estudantes universitários residentes em Portugal têm reagido face à situação de pandemia provocada pela COVID-19. Mais detalhadamente, pretende-se estudar os níveis de ansiedade, depressão e stress e sua relação com estratégias de *coping*, positivas e negativas, em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas. Sendo a literatura inconclusiva, no presente estudo procurou analisar-se de forma exploratória o papel mediador das estratégias de *coping* na relação entre género e saúde mental.

A estrutura do presente trabalho encontra-se organizada por três capítulos. No capítulo I, é apresentado o enquadramento teórico do tema em estudo, onde se procurou aprofundar e contextualizar a situação de pandemia, o conceito de saúde mental e de estratégias de *coping*, abrangendo a prevalência, possíveis diferenças encontradas ao nível de dados sociodemográficos e relação entre as variáveis. No final do primeiro capítulo, são apresentados em mais detalhe os objetivos de estudos e as respetivas hipóteses. O capítulo II corresponde ao estudo empírico, no qual se explicita o método. Neste capítulo, está incluída a apresentação dos resultados do estudo, seguidos da discussão dos mesmos. Por fim, no capítulo III, é apresentada a conclusão.



## Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

### 1.1. Pandemia: do vírus ao isolamento

#### 1.1.1. Pandemias na História

Segundo o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), uma epidemia é caracterizada como um aumento não esperado e geralmente súbito do número de casos de uma doença numa população ou área. A pandemia ocorre quando uma epidemia se dissemina por vários países e continentes, atingindo um número elevado de pessoas (CDC, 2012). Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) define pandemia como uma propagação mundial de uma nova doença.

Existem diversos exemplos históricos de pandemias no mundo. No século XIV, entre 1340 e 1400, o caso da peste negra alastrou-se a quase todo o continente europeu, atingindo aproximadamente um terço da população, e ainda hoje afeta diversos países do mundo (Echenberg, 2002; Keeling & Gilligan, 2000; Livi-Bacci, 2017; Rios-Neto, 2007). A bactéria responsável designa-se de *Yersinia pestis*, descoberta em 1894 por Yersin, e é transmitida por pulgas e transportada por ratos e camundongos. Os sintomas associados à peste negra incluem febre alta, coma, insuficiência cardíaca e inflamação de órgãos internos, e aproximadamente dois terços das pessoas infetadas morre (Livi-Bacci, 2017; Rios-Neto, 2007).

O vírus da *influenza* é outro caso de pandemia. Este vírus teve origem de outros vírus aviários, que entraram na população humana através do reagrupamento com estirpes do vírus da gripe humana (Claas et al., 1998; Kawaoka, Krauss & Webster, 1989). Foram identificados três tipos de vírus da *influenza*: o vírus A, que é o que provoca maior contágio em humanos, o vírus B e o C (Rios-Neto, 2007).

Este vírus tem emergido a cada vinte e oito anos e foram registadas três manifestações pandémicas no século XX. A primeira, designada de gripe espanhola (H1N1), ocorreu de 1918 a 1920 e matou cerca de 20 a 40 milhões de pessoas. A segunda, gripe asiática (H2N2), de

1957, causou a morte a cerca de 1 milhão de pessoas infetadas. Por fim, em 1968, a gripe de Hong Kong (H3N2), à semelhança da gripe asiática, matou cerca de um milhão de pessoas (Claas et al., 1998; Pinto, 2011; Rios-Neto, 2007). Em 2009, o vírus *influenza* voltou a emergir no continente americano, e rapidamente se estendeu a nível mundial, afetando setenta e quatro países (Pinto, 2011).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) é outro caso de pandemia registado. Apareceu em 2002 em Guangong, na China, e caracteriza-se por uma doença respiratória viral causada pelo vírus coronavírus (SARS-CoV) (Rios-Neto, 2007; Stadler et al., 2003). Os sintomas incluem febre alta, dor de cabeça, problemas respiratórios e alguns indivíduos infetados podem desenvolver uma pneumonia atípica (Rios-Neto, 2007; Stadler et al., 2003). A OMS contabilizou 8,098 casos de coronavírus e 774 mortes a nível mundial, tendo atingindo 29 países (OMS, 2003).

Outro exemplo histórico é a pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), que foi reconhecida em 1981 nos Estados Unidos da América (Pinto et al., 2007). A sintomatologia do VIH é bastante vasta e inclui condições clínicas como tosse, dificuldade em respirar, febre, diarreia, perda de peso, convulsão e falta de coordenação. O foco principal de transmissão do vírus é por relações sexuais desprotegidas com um(a) parceiro(a) infetado(a), mas também pode ser transmitido pelo contacto com sangue e de mães para os seus filhos durante a gravidez (Rios-Neto, 2007).

Até 2009, cerca de 40 milhões de pessoas encontravam-se infetadas pelo VIH, e desde o início da pandemia já provocou a morte a 20 milhões de pessoas a nível mundial (Barros, 2009; Pinto et al., 2007). No continente Europeu, o número de casos de infeção por VIH tem aumentado tendencialmente, e é considerado um dos principais agentes de doenças sexualmente transmitidas (Barros, 2009). Em Portugal foram registados 59913 casos entre 1983 e 2018, e, no final de 2017, existiam 39820 casos ativos (Ministério da Saúde, 2019).

### **1.1.2. COVID-19**

Em dezembro de 2019 foram identificados vários casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, na China. Mais tarde, em janeiro de 2020, as amostras dos doentes apontaram para a presença do coronavírus. Este vírus é causado pelo novo *betacoronavírus*, designado de Síndrome Respiratória Aguda Grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (Casella et al., 2020; Lake, 2020; Singhal, 2020). Com o elevado número de estudos a serem feitos sobre a doença, já é possível identificar aspetos etiológicos da mesma.

O SARS-CoV-2 é bastante semelhante ao SARS-CoV, que causou um surto em 2002-2003, partilhando uma sequência de genes e um padrão comportamental altamente semelhantes (Casella et al., 2020; Xu et al., 2020). Após contágio, ambas as doenças utilizam a enzima conversora da angiotensina 2 (ACE-2) como recetor para entrar nas células. As características da COVID-19, nome dado para a doença provocada pelo SARS-CoV-2, incluem pirexia, sinais radiológicos, dificuldade respiratória aguda, leucócitos reduzidos ou normais, linfopenia e falha em tratar com antibióticos no tempo normal (3 a 5 dias) (Lake, 2020).

A sua origem ainda está por ser confirmada, mas os dados indicam que é muito provável que o vírus tenha uma origem zoonótica relacionada com o Mercado de Frutos do Mar de Huanan, na cidade de Wuhan, tendo sido inicialmente sugerido que teria sido uma cobra a hospedeira do vírus. Atualmente, pensa-se que a COVID-19 foi originada por um hospedeiro morcego (Bernheim, 2020; Lake, 2020; Zhou et al., 2020).

Presentemente, é conhecido que a COVID-19 é transmitida por inalação de gotículas infetadas através do espirro ou tosse, ou pelo contacto direto com superfícies contaminadas, sendo que o período de incubação varia de 1 a 14 dias (Casella et al., 2020; Singhal, 2020). O vírus pode permanecer ativo em superfícies por diversos dias, mas pode ser destruído em segundos através do uso de desinfetantes comuns (Kampf et al., 2020).

Os doentes que são infetados podem ser assintomáticos e transmitir a doença a outros indivíduos. No que diz respeito à sintomatologia da doença, têm sido reportados febre, tosse ou aperto no peito e dificuldade em respirar, mialgia, garganta inflamada, fadiga, perda de apetite e na maioria dos casos as pessoas experienciam uma doença leve semelhante à constipação (Bernheim, 2020; Cascella et al., 2020; Estevão, 2020; Singhal, 2020). É estimado que cerca de 80% dos doentes desenvolvam doença leve, 14% doença grave e 5% doença crítica (Estevão, 2020).

Os doentes que desenvolvem doença grave podem apresentar sinais e sintomas de pneumonia viral, sendo que os mesmos podem evoluir para casos de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda (Estevão, 2020). Relativamente à mortalidade, os doentes com doença grave, idosos e com comorbilidades, apresentam uma taxa significativamente mais elevada que os restantes pacientes (Singhal, 2020).

Quando um indivíduo apresenta sintomas como febre, garganta inflamada e tosse é considerado um caso suspeito, nomeadamente se tiver contactado com doentes ou viajado para áreas consideradas locais de transmissão. Posteriormente, é feito o diagnóstico do vírus através de testes moleculares de amostras respiratórias, com o uso de um cotonete que recolhe amostras da garganta/nariz (Singhal, 2020).

A primeira vítima mortal foi reportada a 11 de janeiro de 2020 (Singhal, 2020). Atualmente, desde o início da pandemia na China, já foram registados mais de 46 milhões de casos e mais de 1 milhão de mortes em todo o mundo (Center for Systems Science and Engineering, 2020). Em Portugal, até ao dia 1 de novembro de 2020, foram confirmados 144 341 casos e 2544 óbitos no total (DGS, 2020).

Até à data, ainda não está disponível um tratamento específico para a COVID-19, sendo que os doentes têm sido tratados consoante a sintomatologia. Os doentes que desenvolvem

doença leve podem ser tratados em casa, por exemplo, através de medicamentos antivirais. Em doentes mais graves, muitas vezes é necessário o uso de ventilação, suporte extra de oxigénio ou até mesmo terapia de substituição renal (Casella et al., 2020; Singhal, 2020).

### *1.1.3. Quarentena e isolamento social*

Devido à facilidade de contágio e rápida propagação da COVID-19, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, o que significa que diversos países podem estar em risco de contrair o vírus, sendo necessário uma resposta internacional coordenada (OMS, 2020a; Li & Xia, 2020; Singhal, 2020). No dia 11 de março de 2020, a OMS qualificou a emergência causa pelo surto da COVID-19 como pandemia (Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, 2020; OMS, 2020b; SNS, 2020d).

A COVID-19 tem evoluído muito rapidamente a nível mundial, nomeadamente na União Europeia, tendo sido adotadas medidas de restrição e isolamento em diversos países. Tendo em conta que também ainda não foram aprovados tratamentos específicos para o vírus, a prevenção torna-se crucial (Casella et al., 2020). As propriedades da COVID-19 e a facilidade de contágio tornam a prevenção um processo bastante difícil, sendo que se torna necessário o isolamento social. Inicialmente, recomendou-se a todos os casos suspeitos e confirmados o isolamento durante pelo menos 14 dias (Razai et al., 2020).

As medidas de isolamento procuram restringir a circulação das pessoas infetadas pela COVID-19, separando-as das pessoas não doentes (CDC, 2020). Esta quarentena é fundamental para amenizar o contágio ao diminuir a probabilidade de contaminação e, conseqüentemente, diminuir a procura pelos serviços de saúde e o número de mortes (CDC, 2020; Faro et al., 2020).

Ao nível social, é recomendado que as pessoas se distanciem umas das outras e evitem zonas de elevada lotação e propícias a ajuntamentos, como por exemplo praias ou parques. Também se incentiva e realça a importância de algumas práticas de higiene, tais como tossir

para o cotovelo ou lenço e lavar ou desinfetar as mãos constantemente (CDC, 2020; Singhal, 2020; SNS, 2020a).

Em Portugal, logo quando se começaram a registar casos de pessoas infetadas com a COVID-19, foram sendo tomadas algumas medidas de contenção, tanto pelas pessoas e empresas, como pelo Governo (e.g., o encerramento das escolas a 16 de março). No dia 19 de março de 2020, o Presidente da República, em articulação com o Governo, decretou estado de emergência através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março (2020).

O decreto permitiu um maior controlo relativamente ao isolamento social abrangendo todo o território nacional. Para isto, o estado de emergência suspendeu o exercício parcial de alguns direitos constituídos na lei e o desrespeito das regras constitui crime de desobediência civil (Campo & Lins, 2020; Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, 2020). O direito de deslocação e fixação em qualquer parte do território, os direitos dos trabalhadores, o direito à circulação internacional e o direito de reunião e de manifestação são alguns dos direitos (Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, 2020).

Após quase dois meses em estado de emergência, o Governo português aprovou e declarou situação de calamidade pública, iniciada no dia 4 de maio de 2020, no sentido de dar um início gradual ao desconfinamento (República Portuguesa, 2020). Assim, o isolamento social ou confinamento continua a ser obrigatório para doentes com COVID-19 e casos suspeitos. Para as restantes pessoas, existe um dever cívico de recolhimento e são, ainda, proibidas feiras e mercados, limitação a 5-10 pessoas em ajuntamentos e reforço da vigilância dos confinamentos obrigatórios (SNS, 2020b).

À data de 1 de novembro de 2020, a situação de calamidade mantém-se em vigor em Portugal continental, e em 121 concelhos, maioritariamente localizados na Área Metropolitana de Lisboa e Porto, vai ser aplicado o confinamento parcial. Para as áreas em confinamento

parcial foram aprovadas diversas medidas para controlar a pandemia, tais como: os estabelecimentos comerciais têm de encerrar até às 22h, restauração, super e hipermercados podem funcionar até às 23h, os ajuntamentos e eventos estão limitados a 5 pessoas, dever de permanência no domicílio e obrigatoriedade de teletrabalho sempre que for possível (SNS, 2020c).

### **1.2. Saúde Mental**

#### ***1.2.1. Definição***

A saúde mental tem sido alvo de estudo de diversos autores de diferentes culturas. A conceptualização da saúde mental inclui o bem-estar, a autoeficácia percebida, a autonomia, competência, dependência intergeracional, entre outros. Parece difícil existir um consenso relativamente à definição de saúde mental devido às diferentes perspetivas das culturas, no entanto, a maioria aceita que a saúde mental é mais ampla que a ausência de perturbações mentais (OMS, 2001).

Com o avanço das ciências biológicas e comportamentais, a definição de saúde foi aprofundada, e, há cerca de duas décadas, foi reconhecida a influência dos fatores biológicos, psicológicos e sociais na maioria das doenças mentais e físicas. Neste sentido, a investigação afirma que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro, e podem afetar indivíduos de qualquer idade e sexo, e em qualquer país do mundo, podendo causar sofrimento não só a nível familiar, como também às comunidades e mundo (OMS, 2001). A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a sua criação, em 1948. A OMS define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de uma doença ou enfermidade (OMS, 2020c).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) afirma que a saúde mental envolve um funcionamento eficaz das atividades do quotidiano, que resultam em atividades produtivas, relações saudáveis e a capacidade do indivíduo em adaptar-se à mudança e lidar com situações

adversas. A saúde mental é, assim, a base das emoções, pensamento, comunicação, aprendizagem, resiliência e autoestima, e também é considerada um aspecto chave para as relações, bem-estar pessoal e emocional (APA, 2018).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que a saúde mental é a base para o bem-estar geral do indivíduo, considerando que “não há saúde sem saúde mental”. A capacidade de adaptação a mudanças, superação de situações adversas, capacidade de reconhecer sinais de mal-estar, estabelecimento de relações satisfatória com outras pessoas e ter projetos de vida são algumas das características que a DGS reconhece para a conceptualização da saúde mental (DGS, s.d.).

Assim, a relação entre a saúde física, mental e social está cada vez mais evidente, tornando-se clara a importância do estado mental para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países (OMS, 2001). No entanto, na maioria dos países, a relevância dada à saúde mental não é comparável à importância dada aos cuidados da saúde física, sendo negligenciado qualquer tipo de tratamento necessário para manter e melhorar o estado de pacientes com perturbações mentais (OMS, 2001).

Atualmente, mais de 300 milhões de pessoas sofrem com algum tipo de perturbação mental, contudo, apenas uma pequena minoria tem acesso ao tratamento básico (OMS, 2001; 2017). As perturbações mentais são condições de saúde que se caracterizam por mudanças significativas na emoção, pensamento e/ou comportamento (APA, 2018).

Existem diversas doenças mentais com critérios diferentes, e caracterizam-se, de forma geral, pela combinação de pensamentos, percepções, emoções, comportamentos e relações irregulares. Alguns exemplos de perturbações mentais são a depressão, ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia e demência. A depressão e a ansiedade são as perturbações mais comuns (DSM-5, 2013; OMS, 2019).



### *1.2.2. Ansiedade, depressão e stress*

Portugal é um dos países da Europa com mais prevalência de doenças psiquiátricas, e estima-se que uma em cada cinco pessoas sofre de uma perturbação mental, sendo que o grupo das perturbações de ansiedade é o mais prevalente na população (Almeida et al., 2013; Carvalho, 2017).

No DSM-5 (2013), as perturbações de ansiedade caracterizam-se pelo medo excessivo, ansiedade e distúrbios comportamentais relacionados. Indivíduos com ansiedade tendem a exagerar o perigo em situações que receiam ou evitam, de uma forma não proporcional. Grande parte das pessoas são afetadas pela ansiedade e depressão em simultâneo (Carvalho, 2017; OMS, 2001).

A depressão é uma doença que afeta pessoas de qualquer comunidade e país, e é o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva (Carvalho, 2017). A OMS (2017) define a depressão como uma doença mental comum, que apresenta sintomas de humor deprimido, perda de interesse ou prazer, falta de energia, sentimentos de culpa, baixa concentração, etc. O DSM-5 (2013) considera que a existência de perturbações depressivas abrange diversos tipos, tais como, perturbação depressiva major e perturbação da desregulação do humor disruptivo. Todas as perturbações depressivas apresentam um aspeto em comum, que é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, geralmente acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo.

De um ponto de vista histórico, a relação entre as dimensões afetivas negativas da ansiedade e depressão tem sido bastante relevante, tanto para a teoria como para a clínica (Lovibond & Lovibond, 1994). Tal como referido anteriormente, os conceitos de ansiedade e a depressão são distintos, no entanto, é reconhecida a sobreposição entre ambos os conceitos para a saúde mental, como também estatisticamente (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Watson e colegas (1995) afirmam que a ansiedade e a depressão são conceitos difíceis de discriminar empiricamente. Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido, agrupando a sintomatologia da ansiedade e depressão em três estruturas básicas: 1) distress ou afeto negativo, que abrange sintomas inespecíficos experimentados por indivíduos deprimidos ou ansiosos, incluindo, também, o humor deprimido e ansioso, insônia, desconforto, irritabilidade e dificuldade de concentração; 2) a tensão somática e hiperatividade que são específicos para a ansiedade; e 3) a anedonia e ausência de afeto positivo que são específicas para a depressão (Clark & Watson, 1991; Watson et al., 1995). Através deste modelo, Lovibond e Lovibond (1995) identificaram alguns sintomas que não eram discriminados da ansiedade ou depressão, como a dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação, que foram agrupados na nova categoria designada de stress.

O stress foi considerado a “Epidemia de Saúde do Século XXI” pela OMS (Fink, 2017). Lazarus e Folkman (1984) consideram o stress como um conceito que organiza a compreensão de uma variedade de fenômenos importantes na adaptação animal e humana. Para a Psicologia, o stress é considerado um estímulo que afeta o indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Lipp (1997, citado em Lipp & Tanganelli, 2002), por seu lado, define o stress como uma reação bastante complexa que é constituída por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações com as quais não tem capacidade para lidar. Os seus efeitos negativos incluem fadiga e tensão muscular e a sua ocorrência depende da capacidade do organismo em responder às exigências (Lipp & Tanganelli, 2002).

No DSM-5 (2013), as perturbações relacionadas com o stress incluem a perturbação de stress pós-traumático (PSPT), perturbação de stress aguda, perturbação reativa da vinculação, perturbação do envolvimento social desinibido e perturbação de adaptação.

Na literatura, para além da pré-disposição genética, foram identificados alguns fatores de risco que podem piorar ou contribuir para as perturbações mentais. Perturbações mentais e

comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem decorrer como consequência da falta de capacidade em gerir e enfrentar de forma adaptativa um acontecimento gerador de stress (OMS, 2001).

A manifestação e decurso da ansiedade e depressão podem ser determinadas por diversos fatores como o sexo, pobreza, idade, catástrofes, ambiente familiar e social e doenças físicas (OMS, 2001). Tanto as perturbações de ansiedade e de depressão, assim como o stress são mais comuns em mulheres do que em homens (Adlaf et al., 2001; Carvalho, 2017; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators et al., 2004; Lipp & Tanganelli, 2002; OMS, 2001; 2017). Ao nível da idade, na literatura, não parece haver uma diferença substancial e congruente entre os grupos etários, verificando-se em alguns estudos uma tendência para uma menor prevalência nas pessoas mais idosas (Carvalho, 2017; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators et al., 2004). Pelo contrário, segundo o primeiro relatório do estudo epidemiológico nacional de saúde mental (Almeida et al., 2013), os idosos apresentam um risco mais elevado de sofrer com ansiedade e depressão. Estima-se que 4,4% da população mundial sofre de perturbação depressiva e 3,6% de perturbação de ansiedade (Carvalho, 2017; OMS, 2017).

Ser estudante universitário também parece ser um fator agravante, sendo que os níveis de ansiedade e depressão encontrados nesta população, para além de elevados, são bastante superiores aos encontrados na população geral (Adlaf et al., 2001; Ibrahim et al., 2013). Mesmo quando se fala da saúde mental dos jovens, existe uma maior prevalência e gravidade de perturbações de saúde mental nos jovens estudantes em comparação com os jovens já inseridos no mercado de trabalho (Adlaf et al., 2001; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators et al., 2004).

### ***1.2.3. Impacto e consequências da COVID-19 na saúde mental***

A OMS (2009, citado em Pinto, 2011) defende que o impacto de uma pandemia depende de três fatores: o vírus e as suas características clínicas, epidemiológicas e intrínsecas; a

vulnerabilidade da população que é infetada pelo vírus; e a capacidade de resposta da sociedade, em particular dos serviços de saúde.

De uma forma geral, em situações de pandemia, os principais focos de atenção dos profissionais e governo são a saúde física e o combate ao vírus ou outro agente patogénico, negligenciando ou subestimando as consequências na saúde mental das pessoas (Ornell et al., 2020). No entanto, não podem ser postas de lado as medidas adotadas que visam a redução do impacto psicológico da pandemia (Brooks et al., 2020; Xiao, 2020).

Pesquisas sobre surtos infecciosos prévios indicam alguns comportamentos desadaptativos a curto, médio e longo prazos para a população (Jiang et al., 2020; Taylor, 2019). Os sobreviventes da epidemia de Ébola de 1995, indicaram medo de morrer, de contagiar outras pessoas, de se afastar de relações com familiares ou amigos, de abandono, e de estigmatização social (Hall, Hall, & Chapman, 2008). Também durante a epidemia de SARS o impacto psicológico demonstrou-se superior ao impacto médico (Taylor, 2019).

Uma menor atenção dada à saúde mental gera, segundo alguns autores, uma lacuna enorme na resposta às consequências negativas associadas à pandemia, nomeadamente porque o impacto psicológico pode trazer desfechos mais duradouros e prevalentes do que o próprio vírus da COVID-19 (Ornell et al., 2020).

Estudos já publicados têm vindo a demonstrar as diferentes formas e causas que uma pandemia, em particular o novo coronavírus, pode afetar o bem-estar psicológico da população. Em particular, o medo de ser contagiado pelo vírus potencialmente fatal, a rápida disseminação e o desconhecimento sobre as origens e natureza da COVID-19, a incerteza sobre como controlar o vírus, e o carácter imprevisível da situação de pandemia parecem ser as principais fontes de stress e ansiedade (Asmundson & Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020). Os sintomas de ansiedade em relação ao vírus podem gerar interpretações erradas das sensações corporais, sendo confundidas com sinais de infeção da COVID-19 (Asmundson & Taylor, 2020).

Deste modo, têm sido identificados sintomas de depressão, ansiedade e stress associados à situação pandémica, tanto na população em geral como nos profissionais de saúde (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020). Situações mais graves, como alguns casos de suicídio reportados em alguns países parecem estar ligados ao impacto psicológico da COVID-19 (Jung & Jun, 2020; Goyal et al., 2020).

Por sua vez, os indivíduos que constituem casos suspeitos ou confirmados de infeção podem vir a desenvolver sintomas obsessivo-compulsivos, tais como a verificação constante da temperatura corporal (Li et al., 2020). Estas pessoas podem experienciar medo das consequências do vírus, sentimentos de solidão, negação, ansiedade, depressão, insónia e desespero (Li et al., 2020).

Também o impacto psicológico relacionado com as medidas de contenção e isolamento para combate à pandemia evidenciam ser fatores de risco para a saúde mental da população (Brooks et al., 2020). Estas medidas de isolamento social são fundamentais para proteger a saúde física pública, impedindo o contágio pelo vírus, sendo que quanto mais tempo se prolongar a quarentena menor será a probabilidade da COVID-19 contaminar a população. No entanto, quanto mais tempo se mantiver esta situação de isolamento, maior é o risco de aparecimento ou agravamento de doenças psiquiátricas (Afonso, 2020; Reynolds et al., 2008). A literatura constata que algumas perturbações mentais podem ser desencadeadas pela própria quarentena e isolamento, como por exemplo a ansiedade e depressão (Faro et al., 2020; Barari et al., 2020; Lima et al., 2020; Pancani et al., 2020).

As medidas de isolamento de casos suspeitos, de encerramento de escolas e universidades, distanciamento social de idosos e outros grupos de risco, assim como a quarentena para a população em geral, fazem com que as ligações face a face diminuam e provocam alterações sociais rotineiras, que podem constituir um fator de stress durante o período de isolamento (Brooks et al., 2020; Cluver et al., 2020; Ornell et al., 2020; Zandifar &

Badrfam, 2020; Zhang et al., 2020). Alguns efeitos negativos da quarentena incluem sintomas de stress pós-traumático, confusão e raiva, e preocupações com a falta de auxílio e com questões financeiras (Brooks et al., 2020; Shojaei & Masoumi, 2020). Comportamentos de discriminação e estigma face a alguns grupos específicos tendem a aumentar, como é o caso da população chinesa, pois foram os primeiros a serem infetados pelo vírus, assim como os idosos, sendo que é a faixa etária com maior número de mortes relacionadas com a COVID-19 (Ornell et al., 2020).

A 23 de março de 2020, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2020), afirmou que aproximadamente 95% das crianças e adolescentes matriculados nos sistemas de ensino da América Latina e do Caribe encontravam-se sem frequentar a escolar devido à situação pandémica da COVID-19. O encerramento temporário das escolas, que pode ou não ser prolongado por dias ou semanas, pode aumentar o risco de ocorrência de problemas de ensino-aprendizagem e abandono escolar, assim como reduzir o acesso à alimentação, águas, higiene pessoal e atividades recreativas, principalmente em comunidades de nível socioeconómico vulnerável (UNICEF, 2020).

As consequências da COVID-19 a longo prazo também são expectáveis. Em estudos sobre o surto de SARS de 2003, verificou-se um aumento de risco do consumo e abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e depressão em pessoas cerca de três anos após quarentena (Liu et al., 2012; Wu et al., 2008).

No estudo de Huang e Zhao (2020), os participantes com idade inferior a 35 anos demonstraram uma maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e stress do que os participantes com idade igual ou superior a 35 anos. Também no estudo realizado por Su e colegas (2005), relativamente ao surto anterior do vírus SARS, ter idade inferior a 30 anos é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Na literatura, no que diz respeito aos impactos psicossociais negativos do estado de pandemia, são também identificados alguns grupos de maior vulnerabilidade. Indivíduos que contraíram o vírus, pessoas de elevado risco de infeção (e.g., idosos), e pessoas com problemas médicos e/ou psiquiátricos já existentes, são pessoas de maior risco relativamente aos impactos psicossociais adversos (Pfefferbaum & North, 2020). Também Wang e colegas (2020) referiram que ser mulher, estudante, apresentar sintomas ligados ao vírus da COVID-19 ou problemas de saúde prévios são fatores de risco associados a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress.

### **1.3. O conceito de *coping***

#### **1.3.1. Definição e modelos de *coping***

O conceito de *coping* tem sido bastante salientado pela psicologia desde o século XX, tendo sido o foco para a matriz de programas psicoterapêuticos e educacionais (Lazarus & Folkman, 1984). Esta palavra tem origem anglo-saxónica, não tendo uma tradução direta para português, no entanto, é utilizada para se referir às “formas de lidar com”, “estratégias de confronto” ou “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stress” (Ramos & Carvalho, 2007).

O conceito de *coping* é encontrado em duas áreas bem distintas da literatura: a experimentação animal e o modelo de psicologia do ego da psicanálise. No modelo animal, influenciado pelo pensamento Darwiniano, o *coping* é definido como ações que controlam condições ambientais de carácter aversivo, conseqüentemente diminuindo a perturbação psicofisiológica (Lazarus & Folkman 1984). Miller (1980), defende que o *coping* corresponde a respostas comportamentais aprendidas que neutralizam uma condição perigosa ou nociva, ao diminuir a excitação. No modelo de psicologia do ego psicanalítico, o *coping* é visto como pensamentos realistas e flexíveis e ações que ajudam a resolver problemas e, conseqüentemente, reduzem os níveis de stress (Haan, 1963; Lazarus & Folkman, 1984).

**1.3.1.1. O Modelo Transacional de Stress e *Coping*.** Lazarus e Folkman (1984, pp. 141) definem o *coping* como uma “mudança constante de esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como tributando ou excedendo os recursos da pessoa”. Ou seja, é utilizado este conceito para especificar os comportamentos dos organismos perante situações de stress (Tap, Costa & Alves, 2005). Esta definição procura fazer face a algumas limitações das abordagens tradicionais do *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Primeiramente, Lazarus e Folkman (1984) afirmam que o *coping* não é orientado para traços, mas sim um processo, significando que implica uma mudança nos pensamentos e comportamentos quando uma pessoa encara uma situação de stress, podendo apoiar-se em estratégias de defesa ou de resolução de problemas. Em segundo lugar, a definição apresentada pelos autores implica uma distinção entre *coping* e comportamento adaptativo automatizado, limitando o *coping* a situações de stress psicológico, o que necessita de mobilização e exclui os comportamentos automatizados e pensamentos que não precisam de esforço. Em terceiro, ao definir o *coping* como os esforços usados para gerir, permitindo incluir todos os pensamentos e comportamentos da pessoa, não há espaço para confundir *coping* com o resultado de uma ação. Por fim, gerir pode incluir minimizar, evitar, tolerar e aceitar a situação adversa, evitando, assim, igualar o conceito de *coping* ao conceito de domínio.

Na sua teoria, Lazarus e Folkman (1984) identificam, ainda, dois tipos de *coping*: focado na emoção, que abrange a regulação do estado emocional da pessoa, pretende reduzir ou gerir a situação de stress, usando esforços que lhe permitam pensar e agir de forma eficaz; e focado no problema, que visa a resolução do problema e compreende a alteração da relação pessoa-ambiente, através de esforços que permitam lidar com situações adversas de forma adequada (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984).



No entanto, diversos autores consideram que existem mais variações de resposta de *coping* para além das vertentes focadas na emoção e no problema (Aldwin & Revenson, 1987; Coyne & Aldwin, 1981; Folkman & Lazarus, 1985; Parkes, 1984). Algumas respostas focadas na emoção podem envolver a negação, outras respostas envolvem a reinterpretação positiva dos episódios, ou até podem envolver a procura pelo suporte social. Relativamente às respostas focadas no problema, estas podem envolver processos como o planeamento, fazer uma triagem de outras atividades, procurar ajuda, ou forçar o próprio a esperar antes de agir (Aldwin & Revenson, 1987; Folkman & Lazarus, 1985; Scheier, Weintraubg & Carver, 1986).

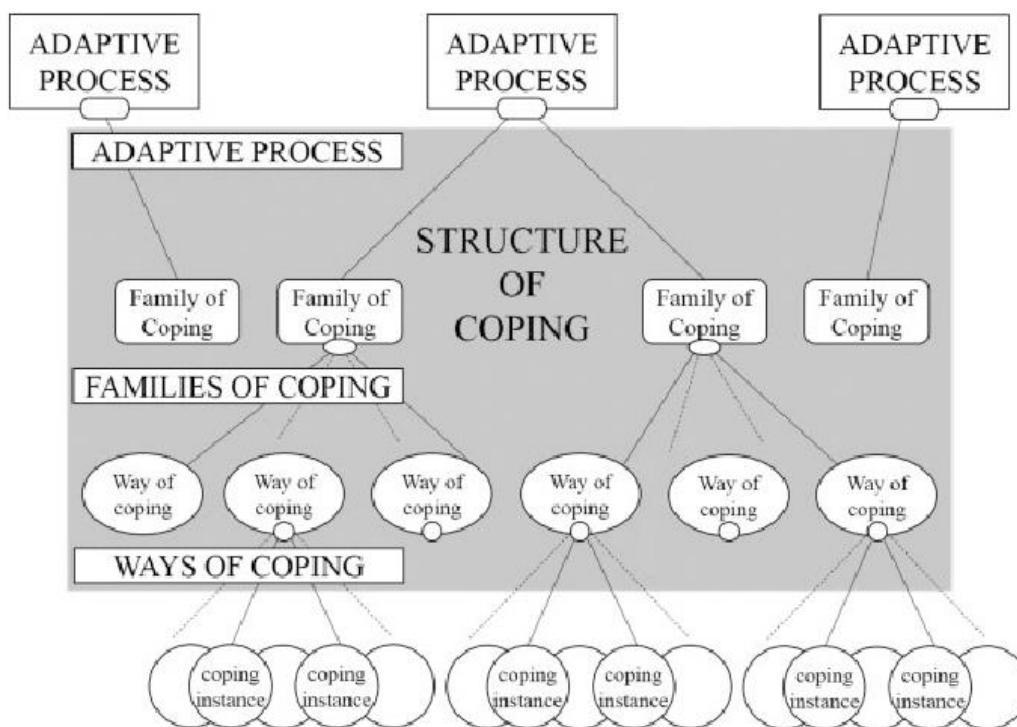
Lazarus (1992, citado em Amaral-Bastos, Araújo & Caldas, 2015), identificou oito estratégias às quais maioria das pessoas recorre com o objetivo de reduzir o nível de emoções negativas ou gerir a fonte de stress. A primeira, o *coping* confrontativo, refere-se quando uma pessoa recorre a esforços de carácter hostil e de risco com visa à alteração da situação. A segunda, chamada de distanciamento, é quando a pessoa se apercebe da situação adversa, mas não quer lidar com o lado e significado emocional da mesma, utilizando esforços cognitivos de desprendimento e minimização. A terceira estratégia, o autocontrolo, diz respeito aos esforços de regulação emocional e comportamental da pessoa. A quarta, designada de suporte social, é quando a pessoa procura apoio informativo, tangível e emocional por parte de outrem. A quinta, aceitar a responsabilidade, refere-se a quando a pessoa reconhece o problema e, simultaneamente, tenta reorganizar a situação. A sexta estratégia identificada é o evitamento, que diz respeito aos esforços cognitivos e comportamentais usados para evitar o problema, podendo originar um bem-estar emocional a curto prazo, mas com repercussões negativas a longo prazo (e.g., na saúde da pessoa). A sétima, resolução planeada do problema, é quando a pessoa foca os seus esforços no problema com o intuito de alterar a situação. Por último, a reavaliação positiva, oitava estratégia, é quando a pessoa se esforça para criar significados positivos, focando-se no seu crescimento pessoal.

**1.3.1.2. Teoria Motivacional do *Coping*.** A Teoria Motivacional do *Coping*, de Ellen Skinner e colegas (Ramos, Enumo & Paula, 2015; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), oferece uma abordagem motivacional e desenvolvimentista da análise do conceito. Desta forma, o *coping* é visto como uma ação regulatória, abrangendo os esforços que os indivíduos fazem para manter ou restaurar as necessidades psicológicas básicas para o relacionamento, competência e autonomia. A necessidade de relacionamento diz respeito às relações próximas com outras pessoas, que transmitem um sentimento de segurança e de valor. A necessidade de competência refere-se ao alcance de resultados positivos nas interações com o ambiente. A terceira, necessidade de autonomia, está relacionada com a capacidade de escolha do curso de ação das situações. O *coping* é, então, desencadeado quando uma situação é percebida como ameaça ou desafio para uma ou mais necessidades psicológicas básicas.

Skinner e colegas (Ramos, Enumo & Paula, 2015; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) consideram a avaliação cognitiva da situação fundamental para a interpretação da mesma como fator stressor, e é composta pelas exigências da situação e pelos recursos pessoais e sociais que cada indivíduo tem. Assim, ao depender da percepção pessoal do indivíduo como dano, ameaça ou desafio, os autores propuseram um sistema hierárquico de “famílias” de *coping* (Figura 1).

**Figura 1**

Sistema hierárquico da estrutura do *coping* (Skinner et al., 2003).



Na base do sistema encontram-se os comportamentos de *coping*, que se referem às respostas do indivíduo face à situação adversa, seguido das estratégias usadas e, no nível mais alto da hierarquia, reúnem-se as famílias de *coping*, que fazem a ligação com os processos adaptativos. Cada família está relacionada com cada uma das três necessidades psicológicas básicas, e também a um tipo de processo adaptativo e à avaliação individual do stressor como ameaça ou desafio. Para além disto, o modelo também apresenta as emoções relacionadas com cada família de *coping*, assim como as tendências de comportamento de cada indivíduo (Ramos, Enumo & Paula, 2015; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Na Teoria Motivacional do *Coping*, os autores dividem os *outcomes* do *coping* como positivos ou negativos, abordando as consequências para a saúde física e mental do indivíduo. Desta forma, as famílias de autoconfiança, procura de suporte, resolução de problemas, procura de informações, acomodação e associação estão associadas a um *outcome* positivo. Pelo

contrário, as famílias de delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição estão associadas a *outcomes* negativos (Ramos, Enumo & Paula, 2015; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

**1.3.1.3. A conceção Toulousiana do *coping*.** Esparbès, Sordes-Ader e Tap (1993, citado em Tap, Costa & Alves, 2005) consideram que as estratégias de *coping* são multidimensionais, e articulam três campos necessários para o comportamento humano: o campo comportamental (ação), que diz respeito aos processos que visam a preparação e administração da ação; o campo cognitivo (informação), que representa onde a pessoa examina as informações provenientes da situação, elaborando e adaptando-as em função da mesma; e o campo afetivo (emoção), que engloba as reações emocionais e os sentimentos mais ou menos normais, permitindo à pessoa legitimar os seus comportamentos (Amaral-Bastos, Araújo & Caldas, 2015; Nunes, Brites & Hipólito, 2014; Tap, Costa & Alves, 2005).

Através destes campos, os autores identificaram, também, seis estratégias. A primeira, focalização, implica a concentração sobre o problema e como o resolver (focalização ativa), análise da situação (focalização cognitiva) ou condicionamento pelas emoções (focalização emocional). A segunda estratégia, suporte social, é caracterizada pelo desejo ou necessidade de ajuda, e engloba a cooperação, o suporte social informativo (e.g., pedir conselhos), ou o suporte social emocional (e.g., pedir conforto). Em terceiro, o retraimento, está associado a um evitamento ou afastamento dos outros (retraimento social e comportamental), tentativa de esquecer ou negar o problema (retraimento mental), ou a adoção de comportamentos de compensação (aditividade). A quarta, conversão, diz respeito à mudança comportamental das posições cognitivas, mudando o comportamento em função do problema (conversão comportamental), aceitar o problema (aceitação) ou adotar uma filosofia ou ideologia religiosa (conversão pelos valores). A quinta, controlo, constitui o autocontrolo da situação, através da coordenação dos comportamentos sem tomar decisões precipitadas (regulação das atividades),

traçar objetivos ou planos (controle cognitivo), ou controlar as emoções (controle emocional). Por fim, a sexta estratégia, recusa, é a incapacidade de aceitar a situação, agindo como se o problema não existisse (denegação), fazendo algo mais agradável (distração), ou dificuldade em descrever as emoções (alexitimia) (Amaral-Bastos, Araújo & Caldas, 2015; Nunes, Brites & Hipólito, 2014; Tap, Costa & Alves, 2005).

A identificação destas estratégias levou à divisão do *coping* em duas categorias, a positiva e a negativa. *Coping* positivo, que engloba as estratégias controle, suporte social e focalização, pretende ajudar a pessoa a lidar com o problema de uma forma adequada e ponderada, enquanto que o *coping* negativo, que abrange o retraimento e recusa, dá ênfase aos mecanismos defensivos que não permitem uma adaptação positiva e adequada à situação de stress (Tap, Costa & Alves, 2005).

### ***1.3.2. Relação entre saúde mental e estratégias de coping***

A relação entre as estratégias de *coping* adotadas pelos indivíduos e a sua saúde mental tem sido bastante evidenciada na literatura (Mahmoud et al., 2012). Diversos autores consideram que as estratégias de *coping* têm um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, e podem atenuar os efeitos da saúde mental, aumentando os níveis de bem-estar e reduzindo o sofrimento a curto ou longo-prazo (Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984; Skinner et al., 2003). Alguns estudos demonstram que as estratégias de *coping* moderam a relação entre o fator stressor e as suas consequências na saúde mental (Hovanitz & Kozora, 1989).

Neste sentido, tem-se verificado na literatura que estratégias de *coping* adequadas estão associadas a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e stress (Matos, 2012). As estratégias desadequadas referem-se às estratégias que não conseguem resolver ou amenizar o problema, consequentemente aumentando a ansiedade sentida pelo indivíduo face à situação adversa (Moos, 1993, citado em Borges et al., 2008). Nos estudos de Costa e Leal (2004; 2008)

realizado com estudantes universitários, demonstrou-se que o suporte social e o controle da situação parecem ser fatores fundamentais para o bem-estar psicológico. Pelo contrário, as estratégias de conversão e planificação aparentam gerar maiores níveis de ansiedade e depressão nos estudantes.

O *coping* é o mediador entre as situações de stress e as suas consequências nos níveis de ansiedade, depressão e stress (Endler & Parker, 1990; Folkman & Lazarus, 1980). No entanto, este papel pode depender de outros aspetos, como o género, contexto, tipo de stressor e etnia (Calvete et al., 2010).

Colten e Gore (1991, citado em Costa & Leal, 2004) afirmam que experiências passadas, características pessoais, ambiente e suporte social, e as estratégias de *coping* usadas são fatores moderadores do impacto de situações adversas na saúde do indivíduo.

Vários estudos têm vindo a demonstrar que variáveis como o sexo também parecem influenciar as estratégias de *coping* usadas, sendo que as mulheres tendem a procurar estratégias menos adequadas que os homens (Endler & Parker, 1990; Matos, 2012; Montes-Berges & Augusto, 2007). Contudo, tanto as mulheres como os homens têm tendência para utilizar estratégias negativas e, de certa forma, compensar com outras estratégias positivas. Por exemplo, no estudo de Tap, Costa e Alves (2005), as mulheres parecem reagir de forma mais negativa perante uma situação adversa quando comparadas aos homens, retraindo-se, no entanto, também parecem adotar estratégias positivas como a procura por suporte social.

Nos estudos de Costa e Leal (2004; 2008), também observaram diferenças entre o sexo dos participantes, relatando que as estudantes do sexo feminino recorrem a estratégias mais positivas (suporte social) do que os estudantes do sexo masculino, que recorrem às estratégias de recusa e retraimento.

Mais especificamente, as mulheres têm tendência para recorrer a estratégias centradas na emoção, como por exemplo a expressão de sentimentos, a procura por suporte social, relaxar

e investimento em relacionamentos mais próximos, enquanto que os homens tendem a usar estratégias focadas no problema, tais como, não aceitar o problema e agir de forma ativa sobre o mesmo (Folkman & Lazarus, 1980; Costa & Leal, 2004; 2006; 2008).

Também a idade parece ser um fator determinante para a escolha das estratégias de *coping*, que conseqüentemente influenciam a forma como os indivíduos lidam com os problemas. Alguns estudos indicam que adolescentes e jovens adultos usam estratégias menos adaptativas e adequadas quando comparados a pessoas de outras faixas etárias superiores (Blanchard-Fields, Sulsky & Robinson-Whelen, 1991; Iron & Blanchard-Fields, 1987; Mahmoud et al., 2012; Matos, 2012). Vaillant (1977) afirma que os adultos mais velhos são mais eficazes a lidar com problemas e distorcem menos a realidade quando comparados a jovens adultos.

### **1.4. Objetivos e hipóteses**

Tal como referido anteriormente, a situação de pandemia causada pela COVID-19 trouxe mudanças a nível mundial, afetando, nomeadamente, o quotidiano dos indivíduos, levando a alterações físicas (distanciamento e isolamento social) e laborais (e.g., teletrabalho). Estas alterações às rotinas, em conjunto com a incerteza e preocupação relacionada com o vírus, parecem estar, de acordo com a revisão de literatura efetuada, a conduzir a um conjunto de impactos negativos para o bem-estar psicológico da população.

O objetivo geral do presente estudo consiste em analisar a forma como uma amostra de estudantes universitários residentes em Portugal reagiu à situação pandémica provocada pela COVID-19 no período inicial da pandemia. Especificamente, pretende estudar: a) se existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress em função de variáveis sociodemográficas; b) se existem diferenças nas estratégias de *coping* em função de variáveis sociodemográficas.

Tendo em conta a literatura (Adlaf et al., 2001; Carvalho, 2017; Folkman & Lazarus, 1980; Montes-Berges & Augusto, 2007), espera-se que:

H1: Existam diferenças nos níveis de ansiedade, stress e depressão em função do género, i.e., as mulheres irão apresentar valores mais elevados do que os homens.

H2: Existam diferenças no tipo de estratégias de *coping* reportadas por homens e mulheres, i.e., as mulheres recorrem mais às estratégias de suporte social e retraimento, enquanto que os homens recorrem mais às estratégias de recusa e controlo.

Para outras variáveis sociodemográficas como o estado civil e o grau de escolaridade, não existe sustentação teórica que permita formular hipóteses. No entanto, a existência de diferenças entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de ansiedade, depressão e stress, assim como as estratégias de *coping*, vão ser testadas de forma exploratória.

O terceiro objetivo consiste em averiguar qual a relação entre ansiedade, depressão e stress e estratégias de *coping*, tendo em conta que, tal como explicitado anteriormente (Mahmoud et al., 2012; Matos, 2012), existe uma relação entre estas variáveis. Face ao exposto:

H3: Espera-se que se verifique uma associação positiva entre as estratégias de *coping* negativas (e.g., retraimento e recusa) e os níveis de ansiedade, depressão e stress, e uma associação negativa entre as estratégias de *coping* positivas (e.g., controlo e suporte social) e os níveis de ansiedade, depressão e stress.

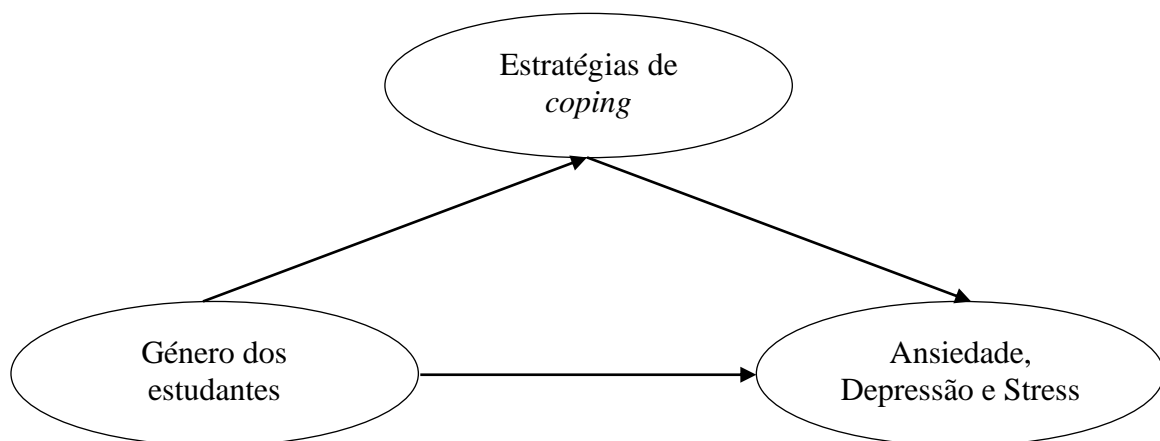
A influência do género na relação entre estratégias de *coping* e saúde mental demonstra-se inconclusiva na literatura (Calvete et al., 2010; Lam & McBride-Chang, 2007), no entanto, existem alguns estudos que mostram que a sintomatologia depressiva é mediada pelas estratégias de *coping* (Blechman & Culhane, 1993; Lengua & Stormshak, 2000; Ptacek et al., 1992). O *coping*, nomeadamente a estratégia de suporte social, tem sido estudado como fator



mediador da relação entre género e crescimento pós-traumático (Swickert & Hittner, 2009). Neste sentido, o presente estudo pretende averiguar, de forma exploratória, se o efeito do género nas dimensões de saúde mental (ansiedade, depressão e stress) é mediado pelas estratégias de  *coping*,

**Figura 2**

Modelo de mediação





## Capítulo 2 – Estudo Empírico

### 2.1. Método

#### 2.1.1. Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 384 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ( $M=22,64$ ;  $DP=5,937$ ). Os participantes são maioritariamente do género feminino (78,9%), sendo que quatro preferiram não responder (1,1%). A maior parte dos estudantes é de nacionalidade portuguesa (97,9%), e apenas 6 participantes são brasileiros (1,6%), 1 é francês (0,3%) e 1 de nacionalidade belga (0,3%).

Relativamente ao estado civil, 92,9% são solteiros, 3,2% encontram-se em união de facto, 2,4% estão casados, 1,3% divorciados e apenas 1 participante é viúvo (0,3%). A maioria reside atualmente na região de Lisboa e Vale do Tejo (54,8%), 18,9% no Norte, 13,3% no Centro, 5,1% no Alentejo, 5,1% no Algarve, 0,5% nos Açores e 2,4% na Madeira.

Quanto à escolaridade, 68,5% dos estudantes encontra-se a frequentar a Licenciatura, 3,7% a Pós-graduação, 26,7% o Mestrado e apenas 1,1% o Doutoramento. Destes, 52,5% estuda na área de Direito, Ciências Sociais e Serviços, 11,5% na área das Tecnologias, 11,2% na área de Economia, Gestão e Contabilidade, 6,3% na área de Humanidades, Secretariado e Tradução, 6,0% na área da Saúde, 4,9% na área das Ciências, 3,8% na área de Arquitetura, Artes Plásticas e Design, 1,9% na área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo, 1,6% na área de Agricultura e Recursos Naturais, e 0,5% na área de Ciências da Educação e Formação de Professores.

No que diz respeito à questão sobre com quem os participantes residem habitualmente, 64,3% refere morar com a família nuclear, 18,0% com colega(s) de casa ou quarto, 7,4% residem sozinhos, 6,9% com o(a) namorado(a)/companheiro(a) ou cônjuge, 2,9% habitam com amigos; um participante mora com a família e colega de casa e 1 participante reside de forma alternada, com a família e colega de casa. Durante o período de quarentena provocado pela

COVID-19, 81,3% dos respondentes residiu com a família nuclear, 7,4% encontrava-se a morar com o(a) namorado(a)/companheiro(a) ou cônjuge, 5,5% a morar sozinho, 4,0% com colega de casa/quarto, 1,1% com amigos, 1 participante permaneceu numa Residência Universitária, 1 com colega de casa e namorado, e 1 com família e colega de casa.

Dos participantes, 9,5% já foi e/ou conhece alguém próximo diagnosticado com a COVID-19.

### **2.1.2. Instrumentos**

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos para a recolha de dados, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Ribeiro, Horando e Leal (2004) e a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC), de Tap, Costa e Alves (2005).

Para fins de caracterização dos participantes, foram desenvolvidas 10 questões sociodemográficas relevantes para o estudo (e.g., grau de escolaridade que frequenta).

**2.1.2.1. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.** Para analisar a perceção da ansiedade, depressão e stress dos estudantes universitários, utilizou-se a EADS-21, que tem como objetivo avaliar sintomas associados à ansiedade, depressão e stress em indivíduos com uma idade superior a 17 anos. Esta escala é uma versão adaptada e traduzida para a população portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale (DASS) por Ribeiro, Horando & Leal (2004), originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). A versão portuguesa é constituída por 21 itens, e afirma medir os mesmos construtos da mesma forma que a versão original de 42 itens.

A EADS-21 está estruturada em três dimensões: depressão, ansiedade e stress, cada uma com 7 itens. Lovibond & Lovibond (1995) caracterizam estas dimensões, sendo que a depressão está associada, principalmente, à perda de autoestima e de motivação, com uma perceção de probabilidade reduzida de conseguir alcançar objetivos de vida significativos para o indivíduo. A dimensão da ansiedade caracteriza-se pelas ligações entre estados de ansiedade persistentes

e respostas intensas de medo. O stress salienta os estados persistentes de excitação e tensão, característico de um nível reduzido de resistência à frustração e desilusão (Lovibond & Lovibond, 1995; Ribeiro, Horando & Leal, 2004).

Mais especificamente, as dimensões foram desenvolvidas através de vários conceitos clínicos e empíricos. Assim, a dimensão da depressão apresenta Disforia (item 13), Desânimo (item 10), Desvalorização da vida (item 21), Auto depreciação (item 17), Falta de interesse ou envolvimento (item 16), Anedonia (item 3) e Inércia (item 5). Por sua vez, na ansiedade, estão presentes a Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19), Efeitos músculo esqueléticos (item 7), Ansiedade situacional (item 9) e Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20). Na dimensão do stress estão representados a Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12), Excitação nervosa (item 8), Facilmente agitado/chateado (item 18), Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11) e Impaciência (item 14) (Ribeiro, Horando & Leal, 2004; Veigas & Gonçalves, 2009).

Cada um dos 21 itens constitui uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos (e.g., Tive dificuldades em me acalmar), onde se pretende que o indivíduo responda, numa escala de *Likert* de 4 pontos (0-“Não se aplicou nada a mim” a 3-“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), em que medida experienciou cada sintoma durante a última semana (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No presente estudo foi alterado o tempo verbal de todos os itens, do pretérito perfeito simples (“1. Tive dificuldades em me acalmar.”) para o pretérito perfeito composto (“1. Tenho tido dificuldades em me acalmar.”).

A cotação da EADS-21 é feita através da soma dos resultados dos 7 itens de cada dimensão, em separado, sendo que a pontuação mínima é 0 e a máxima é 21. Uma pontuação mais elevada corresponde a um estado afetivo mais negativo em cada dimensão (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Relativamente à consistência interna da escala, no estudo de Ribeiro, Honrado & Leal (2004), o alfa de *cronbach* para cada uma das dimensões foi, respetivamente de 0.85 para a

dimensão de depressão, 0.74 para a de ansiedade e 0.81 para a de stress. No estudo de Silva (2012), os valores de alfa obtidos foram semelhantes (0.83, 0.79 e 0.89, respetivamente), o que indica uma boa consistência interna em todas as dimensões.

No presente estudo, foi também feita a análise de consistência interna. A EADS-21 apresenta um alfa de *cronbach* total de 0.95, e para as dimensões Ansiedade, Depressão e Stress o valor é de 0.90, 0.85 e 0.89, respetivamente. Estes valores indicam que a consistência interna da escala e respetivas subescalas é moderada a elevada (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Murphy & Davidsholder, 2005).

**2.1.2.2. Escala Toulousiana de *Coping*.** De forma a avaliar a perceção de estratégias de *coping*, foi utilizada a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC), originalmente desenvolvida por Esparbès, Sordes-Ader e Tap (1993), e adaptada e traduzida para a população portuguesa por Tap, Costa e Alves (2005), ficando a sua versão portuguesa com 51 itens no total.

Esta escala permite analisar a forma como os indivíduos reagem face a situações difíceis, e caracteriza-se por um questionário de autorrelato organizado em cinco subescalas: Controlo (13 itens); Retraimento, Conversão e Aditividade (13 itens); Distração Social (10 itens); Suporte Social (7 itens) e Recusa (8 itens). A sua escala de resposta é de tipo Likert, com 5 pontos: 1-“Nunca”; 2-“Quase nunca”; 3-“Indeciso”; 4-“Quase sempre”; 5-“Sempre” (Costa & Leal, 2006; Tap, Costa & Alves, 2005).

A construção da ETC foi baseada na conceção Toulousiana do *coping*, que afirma que as estratégias de *coping* são multidimensionais, articulando três campos: o comportamental, que representa a preparação e a orientação para a ação do indivíduo; o cognitivo, onde o indivíduo trata, elabora e adapta as informações provenientes do acontecimento em função da situação; e o afetivo, que constitui as reações emocionais e os sentimentos mais ou menos normais, de forma a que o indivíduo legitime-se as suas ações e aspirações.

Assim, através dos três campos referidos anteriormente, consideraram-se seis estratégias de *coping*: Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controlo e Recusa. Estas seis estratégias permitem encontrar totais de *coping* positivo (aspeto adaptativo), ao agrupar o Controlo, Suporte Social e Focalização, e o *coping* negativo (aspeto defensivo), com a junção das estratégias Retraimento e Recusa (Costa & Leal, 2005; Tap, Costa & Alves, 2005).

Quanto à consistência interna total da escala, o valor de alfa é de 0.78. Para cada subescala, os valores de alfa indicam, também, uma boa consistência interna. Em específico, os autores obtiveram um valor de 0.82 para o Controlo, 0.76 para o Retraimento, Conversão e Aditividade, 0.72 para a Distração Social, 0.70 para o Suporte Social e 0.66 para a Recusa (Tap, Costa & Alves, 2005). Num estudo mais recente, os valores de alfa de cada escala mantiveram-se semelhantes aos valores obtidos anteriormente (0.82, 0.78, 0.75, 0.70 e 0.69, respetivamente) (Amaral-Bastos, Araújo & Caldas, 2015).

No presente estudo, o alfa total da escala tem um valor de 0.76. As suas subescalas apresentam os seguintes valores: 0.82 para a de Controlo, 0.70 para a de Retraimento, Conversão e Aditividade, 0.53 para a de Distração Social, 0.71 para a de Suporte Social e 0.66 para a de Recusa. Os valores da escala e das subescalas Controlo e Suporte Social demonstram uma fiabilidade moderada a elevada, e baixa a moderada, respetivamente. As subescalas Retraimento, Conversão e Aditividade e Recusa apresentam valores mais baixos, indicando uma consistência interna baixa (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Murphy & Davidsholder, 2005). Tendo em conta que o valor de alfa da subescala de Distração Social é inferior a 0.60, e este é indicativo de um nível de fiabilidade inaceitável (Murphy & Davidsholder, 2005, p. 150), a mesma não será considerada para as análises em estudo.

Foram também adaptados 11 itens dos 51 totais à situação específica de pandemia. Por exemplo, o item 33 refere uma atividade que se encontrava encerrada durante o período de

estado de emergência (“Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso.”), pelo que foi adaptado (“Jogo ou vejo televisão para pensar menos nisso.”).

### **2.1.3. Procedimento**

**2.1.3.1. Procedimento de recolha de dados.** Para o estudo, tendo em consideração que é pretendido analisar a forma como os estudantes estão a reagir perante a situação pandémica da COVID-19, foram feitas adaptações em alguns itens de ambas as escalas utilizadas, de forma a torná-los mais específicos e adequados às alterações vividas em Portugal.

De forma a recrutar participantes, o questionário (Anexo 1) foi partilhado em diversas redes sociais, tais como, Facebook, Twitter, Reddit, etc. O período de recolha de respostas foi feito de dia 7 a 17 de abril e, em média, os participantes demoraram 10 minutos e 40 segundos a preencher o questionário.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) publicou, em 2011, o Código Deontológico, que procura identificar e integrar os princípios éticos na prática profissional dos psicólogos. Esta publicação é composta por diversos princípios e contextos, onde está incluída a investigação (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; 2019).

Dentro da investigação, é necessário ter em conta diversas questões éticas de forma a não colocar o bem-estar dos participantes em risco, assim como fornecer conhecimento científico válido e suscetível de melhorar o bem-estar dos mesmos. Mais especificamente, é preciso realizar, por exemplo, uma avaliação de potenciais riscos para os participantes, é preciso garantir a participação voluntária dos participantes, assim como a capacidade dos mesmos em consentir. Deve, também, ser garantido o anonimato e confidencialidade dos dados (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; 2019). Desta forma, foi elaborado um consentimento informado baseado nas orientações éticas da OPP, onde se encontra referida, por exemplo, informação sobre os objetivos do estudo e utilização dos dados. Após leitura do consentimento, os participantes podem escolher se aceitam ou não participar no estudo.



**2.1.3.2. Procedimento de análise de dados.** Para o tratamento dos dados, foram excluídos 198 participantes por não terem respondido às questões, 3 participantes por não terem autorizado o consentimento, 1 participante não residente em Portugal e 1 participante menor de idade. A análise dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS *Statistics*, na versão 25, com recurso à macro *PROCESS* versão 3.1, desenvolvida por Andrew Hayes (2012).

Relativamente às categorias criadas para as variáveis sociodemográficas, foram tidas em conta as diferentes temáticas e entidades respetivas. Por exemplo, para a variável “Região de residência atual”, e tendo em conta o contexto do estudo, foram usadas as categorias referidas pela DGS nos Relatórios de Situação diários com informação relativa aos casos de COVID-19 nacionais. Para a variável “Área de estudos”, desenvolvida para categorizar as respostas à variável “Curso/área de estudos que frequenta”, foram consideradas as áreas de educação e formação reconhecidos pela Direção-Geral do Ensino Superior (DGES).

De forma a analisar as diferenças entre os dados sociodemográficos e os níveis de ansiedade, depressão e stress e, também, as estratégias de *coping*, foram removidas da análise algumas categorias que não foram consideradas relevantes tendo em conta a distribuição heterogénea, através do menu “Selecionar casos” no IBM SPSS *Statistics* versão 25. Para a variável “Região atual de residência”, apenas foram consideradas as categorias “1. Norte”, “2. Centro” e “3. Lisboa e Vale do Tejo”. Relativamente à variável “Grau de escolaridade que frequenta” foram analisadas as categorias “1. Licenciatura” e “3. Mestrado”. Para a variável “Área de estudos”, foram consideradas as categorias “3. Tecnologias”, “7. Direito, Ciências Sociais e Serviços” e “8. Economia, Gestão e contabilidade”.

As variáveis “Idade”, “Estado Civil”, “Com quem está a viver neste período de quarentena provocado pela COVID-19?”, “Durante as últimas 3 semanas, já foi e/ou tem alguém próximo diagnosticado com a COVID-19?” não foram consideradas para a análise anteriormente referida pois não demonstram variância nas respostas/categorias.

## 2.1.4. Resultados

### 2.1.4.1. Análise descritiva dos dados

**2.1.4.1.1. Ansiedade, depressão e stress.** Foram calculados os níveis globais de ansiedade, depressão e stress dos estudantes através da soma dos resultados dos sete itens de cada dimensão da EADS-21. Assim, após o respetivo cálculo, observa-se que a média da dimensão do stress é 8,58 ( $DP=4.92$ ), a de depressão é de 7.40 ( $DP=5.33$ ), e a média da dimensão da ansiedade é 4.28 ( $DP=4.33$ ) (Quadro 1).

#### Quadro 1

*Médias e desvios-padrão para cada uma das dimensões da EADS-21*

|           | Média | Mínimo | Máximo | Desvio-Padrão |
|-----------|-------|--------|--------|---------------|
| Depressão | 7.40  | 0.00   | 21.00  | 5.33          |
| Ansiedade | 4.28  | 0.00   | 20.00  | 4.33          |
| Stress    | 8.58  | 0.00   | 21.00  | 4.92          |

**2.1.4.1.2. Estratégias de coping.** Foram calculadas as médias para cada uma das quatro estratégias da ETC. A média obtida para a estratégia de controlo foi de 3.64 ( $DP=0.57$ ), suporte social ( $M=3.02$ ;  $DP=0.75$ ), retraimento ( $M=2.82$ ;  $DP=0.57$ ) e recusa ( $M=2.58$ ;  $DP=0.63$ ) (Quadro 2).

**Quadro 2***Médias e desvios-padrão para cada uma das dimensões da ETC*

|                | Média | Mínimo | Máximo | Desvio-Padrão |
|----------------|-------|--------|--------|---------------|
| Controlo       | 3.64  | 1.00   | 4.92   | .57           |
| Retraimento    | 2.82  | 1.00   | 4.50   | .57           |
| Suporte Social | 3.02  | 1.00   | 5.00   | .75           |
| Recusa         | 2.58  | 1.00   | 4.63   | .63           |

**2.1.4.2. Ansiedade, stress e depressão em função de variáveis sociodemográficas**

Os resultados que a seguir se descrevem foram calculados considerando as seguintes variáveis sociodemográficas: “Género”, “Grau de escolaridade”, “Área de estudos” e “Região de residência atual”.

Considerando a variável género (feminino e masculino), foram calculados os resultados para cada dimensão através de um teste *t* para amostras independentes, de forma a averiguar se existem diferenças nos estados afetivos de ansiedade, depressão e stress em função do género. Os resultados indicam que as diferenças entre homens e mulheres são estatisticamente significativas nas dimensões de “Ansiedade” ( $t(371) = -3.282, p < 0.01$ ), de “Depressão” ( $t(373) = -2.601, p < 0.05$ ) e de “Stress” ( $t(371) = -5.848, p < 0.001$ ). Mais especificamente, os resultados indicam que as mulheres apresentam uma pontuação mais elevada para as três dimensões: a “Ansiedade” ( $M_{feminino} = 4.62; DP_{feminino} = 4.47; M_{masculino} = 2.82; DP_{masculino} = 3.41; p < 0.01$ ), a “Depressão” ( $M_{feminino} = 7.69; DP_{feminino} = 5.31; M_{masculino} = 5.93; DP_{masculino} = 5.07; p < 0.05$ ), e o “Stress” ( $M_{feminino} = 9.22; DP_{feminino} = 4.81; M_{masculino} = 5.67; DP_{masculino} = 4.29; p < 0.001$ ) (Quadro 3).

### Quadro 3

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças de género para cada uma das dimensões da EADS-21*

| Dimensões | Género    | Média | Desvio-Padrão | <i>t</i> -test |
|-----------|-----------|-------|---------------|----------------|
| Depressão | Feminino  | 7.69  | 5.31          | -2.601*        |
|           | Masculino | 5.93  | 5.07          |                |
| Ansiedade | Feminino  | 4.62  | 4.47          | -3.282**       |
|           | Masculino | 2.82  | 3.41          |                |
| Stress    | Feminino  | 9.22  | 4.81          | -5.848***      |
|           | Masculino | 5.67  | 4.29          |                |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

Relativamente ao cálculo das diferenças entre os níveis de ansiedade, depressão e stress em função do grau de escolaridade (Licenciatura e Mestrado), foi realizada um teste *t* para amostras independentes. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na dimensão da “Depressão” ( $t(355) = 2.369, p < 0.05$ ), sendo que os estudantes que frequentam a Licenciatura apresentam uma média superior nesta dimensão ( $M = 7.91; DP = 5.52$ ) quando comparados aos estudantes de mestrado ( $M = 6.43; DP = 4.65$ ) (Quadro 4).

**Quadro 4**

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças do grau de escolaridade para cada uma das dimensões da EADS-21*

| Dimensões | Género       | Média | Desvio-Padrão | t-test |
|-----------|--------------|-------|---------------|--------|
| Depressão | Licenciatura | 7.91  | 5.52          | 2.369* |
|           | Mestrado     | 6.43  | 4.47          |        |
| Ansiedade | Licenciatura | 4.48  | 4.42          | 0.307  |
|           | Mestrado     | 4.19  | 4.29          |        |
| Stress    | Licenciatura | 8.73  | 4.98          | 0.371  |
|           | Mestrado     | 8.38  | 4.61          |        |

\*  $p < 0.05$

De forma a averiguar se existem diferenças entre os níveis de ansiedade, depressão e stress em função da área de estudos dos estudantes (Tecnologias; Direito, Ciências Sociais e Serviços; e Economia, Gestão e Contabilidade), foi feita uma análise de variância simples (One way ANOVA). Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de “Ansiedade” ( $F(2, 271) = 3.045, p < 0.05$ ), e “Stress” ( $F(2, 270) = 7.163, p < 0.01$ ), sendo que se verifica que os estudantes da área do Direito, Ciências Sociais e Serviços apresentam resultados superiores em ambas as dimensões ( $M_{ansiedade} = 4.41; DP_{ansiedade} = 4.30; M_{stress} = 8.92; DP_{stress} = 4.84$ ) (Quadro 5), por comparação com estudantes das áreas de Tecnologias e de Economia, Gestão e Contabilidade.

## Quadro 5

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças da área de estudos para cada uma das dimensões da EADS-21*

| Dimensões | Género                               | Média | Desvio-Padrão | F       |
|-----------|--------------------------------------|-------|---------------|---------|
| Depressão | Tecnologias                          | 6.38  | 4.66          | 2.772   |
|           | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 7.12  | 5.19          |         |
|           | Economia, Gestão e Contabilidade     | 5.17  | 3.66          |         |
| Ansiedade | Tecnologias                          | 3.19  | 3.56          | 3.045*  |
|           | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 4.41  | 4.30          |         |
|           | Economia, Gestão e Contabilidade     | 3.00  | 3.30          |         |
| Stress    | Tecnologias                          | 6.88  | 4.71          | 7.163** |
|           | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 8.92  | 4.84          |         |
|           | Economia, Gestão e Contabilidade     | 6.34  | 3.75          |         |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

Em relação à variável “Região de residência atual” (Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; Algarve; Açores; e Madeira) não foram encontradas diferenças significativas.

### **2.1.4.3. Estratégias de coping em função das variáveis sociodemográficas**

De forma a averiguar se existem diferenças entre as estratégias de *coping* em função da variável género, foi realizado um teste *t* para amostras independentes. Os resultados indicam que as diferenças entre homens e mulheres são estatisticamente significativas nas dimensões de “Retraimento” ( $t(373) = -4.55, p < 0.001$ ), de “Suporte Social” ( $t(373) = -4.15, p < 0.001$ ) e de “Recusa” ( $t(373) = 2.14, p < 0.05$ ). Verifica-se que as mulheres utilizam mais as estratégias de “Retraimento” ( $M_{feminino} = 2.87; DP_{feminino} = 0.55; M_{masculino} = 2.55; DP_{masculino} = 0.54; p < 0.001$ ) e de “Suporte Social” ( $M_{feminino} = 3.11; DP_{feminino} = 0.74; M_{masculino} = 2.72; DP_{masculino} = 0.69; p < 0.001$ ) quando comparadas aos homens, e os homens utilizam mais a estratégia de

“Recusa” ( $M_{feminino} = 2.72$ ;  $DP_{feminino} = 0.62$ ;  $M_{masculino} = 2.72$ ;  $DP_{masculino} = 0.65$ ;  $p < 0.05$ ) do que as mulheres (Quadro 6).

### Quadro 6

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças de género para cada uma das dimensões da*

*ETC*

| Dimensões      | Género    | Média | Desvio-Padrão | t-test  |
|----------------|-----------|-------|---------------|---------|
| Controlo       | Feminino  | 3.63  | .54           | 0.51    |
|                | Masculino | 3.67  | .66           |         |
| Retraimento    | Feminino  | 2.87  | .55           | -4.55** |
|                | Masculino | 2.55  | .54           |         |
| Suporte Social | Feminino  | 3.11  | .74           | -4.15** |
|                | Masculino | 2.72  | .69           |         |
| Recusa         | Feminino  | 2.54  | .62           | 2.14*   |
|                | Masculino | 2.72  | .65           |         |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

Também foram averiguadas as diferenças entre as estratégias de *coping* em função do grau de escolaridade, através análise de um teste *t* para amostras independentes. Os resultados demonstram que existem diferenças significativas nas estratégias de “Controlo” ( $t(355) = -2.974$ ,  $p < 0.01$ ) e “Suporte Social” ( $t(355) = -3.168$ ,  $p < 0.01$ ), sendo que os estudantes de Mestrado obtiveram valores superiores em ambas as estratégias: “Controlo” ( $M_{licenciatura} = 3.57$ ;  $DP_{licenciatura} = 0.55$ ;  $M_{mestrado} = 3.77$ ;  $DP_{mestrado} = 0.53$ ;  $p < 0.01$ ) e “Suporte Social” ( $M_{licenciatura} = 2.95$ ;  $DP_{licenciatura} = 0.70$ ;  $M_{mestrado} = 3.23$ ;  $DP_{mestrado} = 0.70$ ;  $p < 0.01$ ) em comparação com os estudantes de Licenciatura (Quadro 7).

## Quadro 7

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças do grau de escolaridade para cada uma das dimensões da ETC*

| Dimensões      | Género       | Média | Desvio-Padrão | t-test  |
|----------------|--------------|-------|---------------|---------|
| Controlo       | Licenciatura | 3.57  | .55           | -2,974* |
|                | Mestrado     | 3.77  | .53           |         |
| Retraimento    | Licenciatura | 2.82  | .59           | 0.439   |
|                | Mestrado     | 2.80  | .49           |         |
| Suporte Social | Licenciatura | 2.95  | .70           | -3.168* |
|                | Mestrado     | 3.23  | .70           |         |
| Recusa         | Licenciatura | 2.61  | .66           | 0.749   |
|                | Mestrado     | 2.56  | .54           |         |

\*  $p < 0.01$

Foi realizada a mesma análise para averiguar as diferenças entre as estratégias de *coping* em função da área de estudos dos estudantes. Os resultados indicam que existem diferenças significativas nas estratégias de “Suporte Social” ( $F(2, 271) = 6.029, p < 0.005$ ) e de “Recusa” ( $F(2, 271) = 4.018, p < 0.05$ ), sendo que os estudantes da área de Direito, Ciências Sociais e Serviços apresentam valores mais elevados na estratégia “Suporte Social” ( $M_{tecnologias} = 2.82$ ;  $DP_{tecnologias} = 0.73$ ;  $M_{direito} = 3.14$ ;  $DP_{direito} = 0.74$ ;  $M_{economia} = 2.78$ ;  $DP_{economia} = 0.80$ ;  $p < 0.01$ ) em comparação com os estudantes das outras áreas, e os estudantes da área das Tecnologias obtiveram valores superiores na estratégia de “Recusa” ( $M_{tecnologias} = 2.78$ ;  $DP_{tecnologias} = 0.65$ ;  $M_{direito} = 2.48$ ;  $DP_{direito} = 0.63$ ;  $M_{economia} = 2.54$ ;  $DP_{economia} = 0.63$ ;  $p < 0.05$ ) quando comparados aos estudantes das restantes áreas (Quadro 8).



**Quadro 8**

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças da área de estudos para cada uma das dimensões da ETC*

| Dimensões      | Género                               | Média | Desvio-Padrão | F       |
|----------------|--------------------------------------|-------|---------------|---------|
| Controlo       | Tecnologias                          | 3.64  | .62           | 0.649   |
|                | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 3.70  | .57           |         |
|                | Economia, Gestão e Contabilidade     | 3.59  | .56           |         |
| Retraimento    | Tecnologias                          | 2.68  | .50           | 2.732   |
|                | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 2.82  | .59           |         |
|                | Economia, Gestão e Contabilidade     | 2.62  | .50           |         |
| Suporte Social | Tecnologias                          | 2.82  | .73           | 6.029** |
|                | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 3.14  | .75           |         |
|                | Economia, Gestão e Contabilidade     | 2.78  | .80           |         |
| Recusa         | Tecnologias                          | 2.78  | .65           | 4.018*  |
|                | Direito, Ciências Sociais e Serviços | 2.48  | .63           |         |
|                | Economia, Gestão e Contabilidade     | 2.55  | .63           |         |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

Através do mesmo tipo de análise, e relativamente às diferenças entre as estratégias de *coping* em função da região de residência dos estudantes, os resultados indicam que existem diferenças significativas na estratégia de “Suporte Social” ( $F(2, 324) = 3.49, p < 0.05$ ), sendo que os estudantes residentes em Lisboa e Vale do Tejo procuram mais suporte social ( $M = 3.11$ ;  $DP = 0.69$ ) do que os residentes no Norte ( $M = 2.95$ ;  $DP = 0.77$ ) ou Centro ( $M = 2.84$ ;  $DP = 0.86$ ) (Quadro 9).

## Quadro 9

*Médias e Desvios-Padrão das diferenças da região de residência para cada uma das dimensões da ETC*

| Dimensões      | Região                | Média | Desvio-Padrão | F      |
|----------------|-----------------------|-------|---------------|--------|
| Controlo       | Norte                 | 3.61  | .68           | .898   |
|                | Centro                | 3.53  | .53           |        |
|                | Lisboa e Vale do Tejo | 3.65  | .53           |        |
| Retraimento    | Norte                 | 2.86  | .61           | .346   |
|                | Centro                | 2.78  | .62           |        |
|                | Lisboa e Vale do Tejo | 2.80  | .55           |        |
| Suporte Social | Norte                 | 2.95  | .77           | 3.485* |
|                | Centro                | 2.84  | .86           |        |
|                | Lisboa e Vale do Tejo | 3.11  | .69           |        |
| Recusa         | Norte                 | 2.60  | .69           | 1.426  |
|                | Centro                | 2.68  | .74           |        |
|                | Lisboa e Vale do Tejo | 2.53  | .59           |        |

\*  $p < 0.05$

### **2.1.4.4. Relação entre ansiedade, depressão e stress e estratégias de coping**

De forma a analisar o grau de correlação entre as diferentes dimensões da saúde mental e das estratégias de *coping*, foram realizadas correlações de *Pearson* (Quadro 10). Deste modo, verifica-se que as dimensões Retraimento, Conversão e Aditividade, e Recusa apresentam correlações positivas e estatisticamente significativas com todas as dimensões de saúde mental. Os resultados indicam que quanto maiores são os indicadores da presença de sintomas de depressão, ansiedade e stress, maior é a tendência dos participantes para se isolarem do mundo exterior, dificuldade em descrever emoções, agir como se o problema não existisse e adoção de

comportamentos de compensação (e.g., consumo de drogas ou medicamentos), e vice-versa. No entanto, os valores indicam correlações moderadas a fortes para a dimensão Retraimento, Conversão e Aditividade, enquanto que a dimensão Recusa apresenta correlações desprezíveis a fracas (Mukaka, 2012).

### Quadro 10

*Correlações entre as dimensões da EADS-21 e as estratégias e coping (R de Pearson)*

|             | Ansiedade | Stress          | Controlo  | Retraimento     | Suporte  | Recusa    |
|-------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|----------|-----------|
| Depressão   | 0.689***  | <b>0.733***</b> | -0.396*** | 0.633***        | -0.080   | 0.342***  |
| Ansiedade   |           | <b>0.792***</b> | -0.293*** | 0.630***        | 0.036    | 0.235***  |
| Stress      |           |                 | -0.255*** | <b>0.707***</b> | 0.057    | 0.212***  |
| Controlo    |           |                 |           | -0.187***       | 0.351*** | -0.202*** |
| Retraimento |           |                 |           |                 | 0.041    | 0.320***  |
| Suporte     |           |                 |           |                 |          | -0.183*** |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

A dimensão do Controlo apresenta correlações negativas e estatisticamente significativas com as três dimensões da saúde mental, o que indica que quanto menores são os indicadores da presença de depressão, ansiedade e stress, maiores são os níveis de autocontrolo da situação, coordenação dos comportamentos e controlo emocional, e vice-versa.

A dimensão de suporte social como estratégia de *coping* não apresenta correlações estatisticamente significativas com nenhuma dimensão da saúde mental.

#### 2.1.4.5. Modelos de mediação

Um outro objetivo do presente estudo refere-se à análise do efeito mediador do *coping* na relação entre género e saúde mental. Para tal foram feitas análises de mediação para cada uma das estratégias de *coping* (controlo, retraimento, suporte social e recusa) na relação entre

o género dos estudantes e cada uma das dimensões de saúde mental (ansiedade, depressão e stress), realizada através da macro *PROCESS* versão 3.1. Foi feita uma análise dos principais pressupostos (normalidade dos erros, homogeneidade de variâncias e inexistência de multicolinearidade) para cada um dos modelos, extraindo os outputs necessários à análise através de uma regressão linear, tendo sido assegurados para todos os modelos em análise (Cohen & Cohen, 1983). No total, foram analisados 12 modelos, três dos quais são estatisticamente significativos.

**2.1.4.5.1. Análise da mediação da recusa na relação entre género e ansiedade.** O modelo em análise refere-se ao efeito mediador da Recusa na relação entre a variável género e ansiedade. O modelo de mediação é significativo ( $F(1, 371) = 4.577, p < 0.05$ ) e explica 1.2% ( $R^2 = 0.012$ ) das diferenças entre o género dos estudantes e a ansiedade (Quadro 11).

### Quadro 11

*Relação entre género e ansiedade mediada pela recusa*

| Variáveis predictoras          | Recusa             |                         | Ansiedade |             |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------|-----------|-------------|
|                                | B                  | Erro-padrão B           | B         | Erro-padrão |
| <i>Efeito total</i>            |                    |                         |           |             |
| Constante                      |                    |                         | 2.816**   | 0.490       |
| Género feminino <sup>(1)</sup> |                    |                         | 1.804*    | 0.550       |
| <i>Efeito direto</i>           |                    |                         |           |             |
| Constante                      | 2.715**            | 0.072                   | -1.879    | 1.040       |
| Género feminino                | -0.173*            | 0.081                   | 2.103**   | 0.535       |
| Recusa                         |                    |                         | 1.729**   | 0.341       |
| <i>Efeito indireto</i>         |                    |                         |           |             |
| <i>Coef.</i>                   | <i>Erro-padrão</i> | <i>95% Bootstrap IC</i> |           |             |
| -0.300                         | 0.159              | -0.632                  | -0.014    |             |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

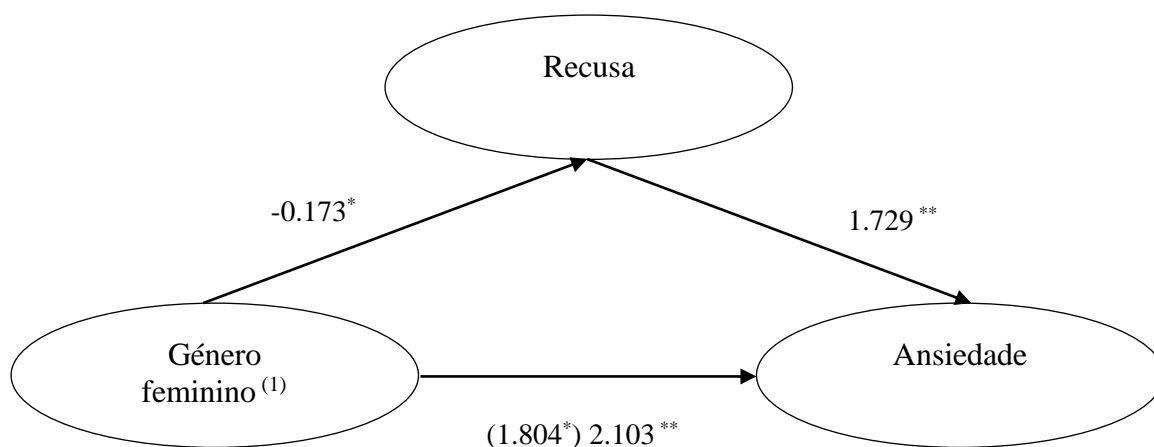
<sup>(1)</sup> Género masculino – categoria de referência

Verificou-se o género feminino tem um efeito negativo e significativo na recusa ( $B = -0.173, t = -2.139, p < 0.05$ ) que, por sua vez, tem efeito positivo e significativo na ansiedade ( $B = 1.729, t = 5.071, p < 0.001$ ).

O efeito indireto é negativo e significativo ( $B = -0.300, 95\% \text{ Boot IC} = -0.632, -0.014$ ) (Figura 4). O género feminino tem efeito direto significativo na ansiedade ( $B = 2.103, t = 3.929, p > 0.001$ ), pelo que ocorre uma mediação completa (Figura 3).

**Figura 3**

*Relação entre género e ansiedade mediada pela recusa*



\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

(1) Género masculino – categoria de referência

**2.1.4.5.2. Análise da mediação da recusa na relação entre género e depressão.** O modelo em análise refere-se ao efeito mediador da Recusa na relação entre a variável género e a depressão. O modelo de mediação é significativo ( $F(1, 373) = 4.570, p < 0.05$ ) e explica 11.0% ( $R^2 = 0.110$ ) das diferenças entre o género dos estudantes e a depressão (Quadro 12).

## Quadro 12

### Relação entre género e depressão mediada pela recusa

| Variáveis predictoras          | Recusa             |                  | Depressão |             |
|--------------------------------|--------------------|------------------|-----------|-------------|
|                                | B                  | Erro-padrão B    | B         | Erro-padrão |
| <i>Efeito total</i>            |                    |                  |           |             |
| Constante                      |                    |                  | 5.934**   | 0.603       |
| Género feminino <sup>(1)</sup> |                    |                  | 1.758*    | 0.676       |
| <i>Efeito direto</i>           |                    |                  |           |             |
| Constante                      | 2.715**            | 0.072            | -2.209    | 1.235       |
| Género feminino                | -0.173*            | 0.081            | 2.276**   | 0.636       |
| Recusa                         |                    |                  | 2.999**   | 0.405       |
| <i>Efeito indireto</i>         |                    |                  |           |             |
| <i>Coef.</i>                   | <i>Erro-padrão</i> | 95% Bootstrap IC |           |             |
| -0.518                         | 0.261              | -1.042           | -0.027    |             |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

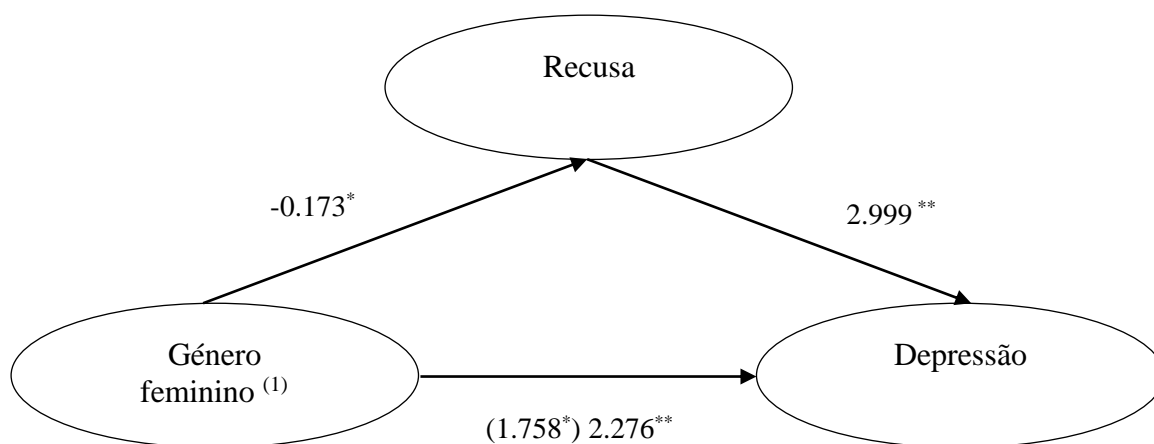
<sup>(1)</sup> Género masculino – categoria de referência

Verificou-se que o género feminino tem efeito negativo e significativo na recusa ( $B = -0.173$ ,  $t = -2.138$ ,  $p < 0.05$ ) que, por sua vez, tem efeito positivo e significativo na depressão ( $B = 2.999$ ,  $t = 7.412$ ,  $p < 0.001$ ).

O efeito indireto é negativo e significativo ( $B = -0.518$ , 95% Boot IC = -1.042, -0.027). O género feminino tem efeito direto positivo e significativo na depressão ( $B = 2.276$ ,  $t = 3.582$ ,  $p > 0.001$ ), pelo que ocorre uma mediação completa (Figura 4). Clarificando, é o sexo feminino que revela mais depressão.

**Figura 4**

Relação entre género e depressão mediada pela recusa



\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

(1) Género masculino – categoria de referência

**2.1.4.5.3. Análise da mediação do retraimento na relação entre género e stress.** O modelo em análise refere-se ao efeito mediador do Retraimento na relação entre a variável género e o stress. O modelo de mediação é significativo ( $F(1, 373) = 21.146, p < 0.001$ ) e explica 5.4% ( $R^2 = 0.054$ ) das diferenças entre o género dos estudantes e o stress (Quadro 13).

### Quadro 13

#### Relação entre género e stress mediada pelo retraimento

| Variáveis predictoras          | Retraimento        |                  | Stress  |             |
|--------------------------------|--------------------|------------------|---------|-------------|
|                                | B                  | Erro-padrão      | B       | Erro-padrão |
| <i>Efeito total</i>            |                    |                  |         |             |
| Constante                      |                    |                  | 5.667*  | 0.544       |
| Género feminino <sup>(1)</sup> |                    |                  | 3.558*  | 0.608       |
| <i>Efeito direto</i>           |                    |                  |         |             |
| Constante                      | 2.547*             | 0.064            | -9.402* | 0.909       |
| Género feminino                | 0.327*             | 0.071            | 1.625*  | 0.453       |
| Retraimento                    |                    |                  | 5.917*  | 0.322       |
| <i>Efeito indireto</i>         |                    |                  |         |             |
| <i>Coef.</i>                   | <i>Erro-padrão</i> | 95% Bootstrap IC |         |             |
| 1.934                          | 0.411              | 1.139            | 2.764   |             |

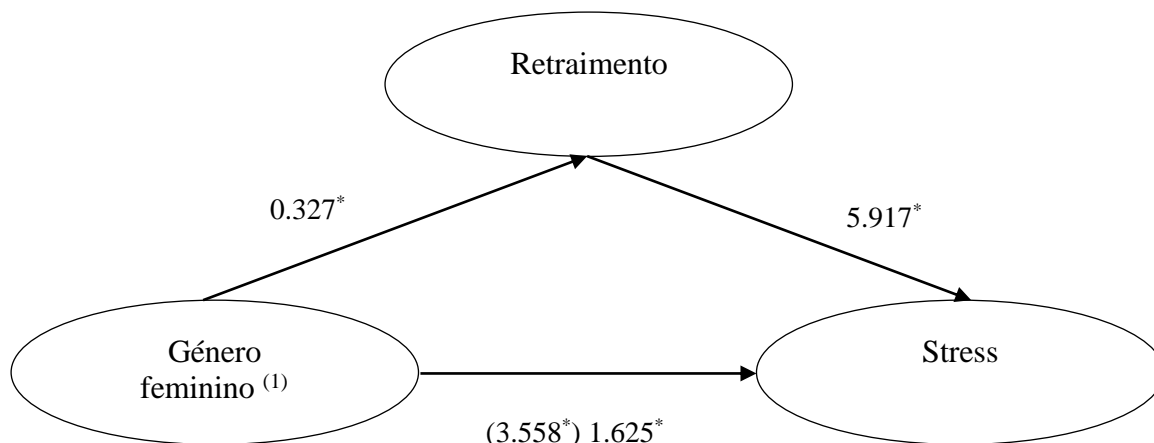
\*  $p < 0.001$

<sup>(1)</sup> Género masculino – categoria de referência

Verificou-se que o género feminino tem efeito positivo e significativo no retraimento ( $B = 0.327$ ,  $t = 4.598$ ,  $p < 0.001$ ) que, por sua vez, tem efeito positivo e significativo no stress ( $B = 5.917$ ,  $t = 18.389$ ,  $p < 0.001$ ).

O efeito indireto é positivo e significativo ( $B = 1.934$ , 95% Boot IC = 1.139, 2.764). O género feminino tem efeito direto positivo e significativo na depressão ( $B = 1.625$ ,  $t = 3.588$ ,  $p > 0.001$ ), pelo que ocorre uma mediação completa (Figura 5).



**Figura 5***Relação entre género e stress mediada pelo retraimento*\*  $p < 0.001$ <sup>(1)</sup> Género masculino – categoria de referência**2.1.4.6. Discussão**

O presente estudo teve como objetivo analisar a forma como uma amostra de estudantes universitários residentes em Portugal reagiu à pandemia provocada pela COVID-19 no período de confinamento ocorrido concretamente entre 24 de março e 17 de abril. Apesar de já existir literatura sobre as consequências de pandemias na saúde mental da população, sendo esta temática recente e atual, torna-se relevante contribuir para pesquisas sobre a mesma, especialmente relacionadas com a saúde mental, que parece ser posta de parte (Ornell et al., 2020).

Neste sentido, foi desenvolvido este estudo de forma a analisar os estados afetivos de ansiedade, depressão e stress dos estudantes universitários, que são considerados uma população de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Wang et al., 2020). Paralelamente, e porque as estratégias de  *coping*  se podem constituir como fatores de risco ou proteção (Lazarus & Folkman, 1984; Mahmoud et al., 2012), foram analisadas quais as estratégias de  *coping*  que estes usaram nesse período para lidar com a situação.

Quanto aos níveis médios de ansiedade, depressão e stress, verifica-se que os estados afetivos das respetivas componentes da saúde mental demonstram resultados superiores aos esperados tendo em conta o tipo de população, i.e., ser estudante e jovem. Em congruência com outros estudos sobre a COVID-19 (Cao et al., 2020; Wang et al., 2020), Maia e Dias (2020) compararam os resultados obtidos em 2018/2019 com os resultados obtidos durante o início da pandemia, tendo verificado um aumento significativo nos níveis de ansiedade, depressão e stress nos estudantes universitários. Assim, pode-se sugerir que o atual vírus provoca efeitos na saúde mental dos estudantes universitários (Kecojevic et al., 2020; Maia & Dias, 2020; Wang et al., 2020).

Quanto às estratégias de *coping* utilizadas, diversos estudos (Costa, 2004; Costa & Leal, 2006), também realizados com estudantes universitários portugueses, obtiveram valores médios semelhantes aos obtidos no presente estudo, sendo que as estratégias mais utilizadas pelos estudantes são as de Controlo e de Suporte Social. Isto pode indicar que as estratégias de *coping* utilizadas durante o estado de emergência provocado pela COVID-19 não diferiram das utilizadas em situações gerais.

Foi analisada a relação entre ansiedade, depressão e stress e estratégias de *coping*, correspondendo à hipótese 3 do presente estudo. À semelhança de outros estudos (Costa & Leal, 2004; 2008; Folkman & Lazarus, 1980; Matos, 2012), destaca-se uma associação positiva entre estratégias de *coping* negativas e níveis superiores de ansiedade, depressão e stress, e, por outro lado, uma associação negativa entre estratégias consideradas positivas e níveis inferiores de ansiedade, depressão e stress. Desta forma, rejeita-se a hipótese nula.

No que diz respeito à hipótese 1 em estudo, relativa às diferenças de género, observa-se que as estudantes do género feminino apresentam um estado afetivo mais negativo nas três dimensões em análise (ansiedade, depressão e stress) do que os estudantes do género masculino. Estes resultados vão de acordo com o que diz na literatura, sendo que, de forma geral, as

perturbações de ansiedade, depressão e stress são mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (Adlaf et al., 2001; Carvalho, 2017; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators et al., 2004; Lipp & Tanganelli, 2002; OMS, 2001). Deste modo, rejeita-se a hipótese nula.

Relativamente à hipótese 2 em análise, relativa às estratégias de *coping* usadas, também foram encontradas diferenças entre homens e mulheres, sendo que os estudantes do género masculino recorrem mais à estratégia de recusa, e as estudantes do género feminino tendem a escolher mais as estratégias de retraimento e de suporte social. À semelhança de outros estudos, globalmente os homens tendem a escolher estratégias mais focadas no problema e as mulheres recorrem a estratégias mais focadas na emoção (Costa & Leal, 2004; 2006; 2008; Endler & Parker, 1990; Matos, 2012; Montes-Berges & Augusto, 2007). No entanto, apesar da média da estratégia de controlo ser superior nos estudantes do género masculino, a diferença não é significativa. Ainda assim, é rejeitada a hipótese nula, verificando-se diferenças entre o género e as estratégias de *coping*.

No seguimento das análises efetuadas, foi testado o efeito mediador das estratégias de *coping* na relação entre género e ansiedade, stress e depressão, verificando-se uma mediação completa para as participantes do género feminino da recusa nos níveis de ansiedade e depressão e do retraimento no stress, o que indica que estas duas estratégias de *coping* negativas parecem ser mecanismos importantes para a emergência de questões de saúde mental.

Como resultado exploratório, também foram observadas diferenças significativas entre o grau de escolaridade e a depressão, sendo que os estudantes que frequentam a licenciatura apresentam um estado afetivo mais negativo do que os estudantes que frequentam o mestrado. Estes resultados também foram observados no estudo de Pereira (2009) e de Caldas de Almeida e colegas (2013), sendo que os estudantes do primeiro ano de faculdade ou com menor nível de escolaridade apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão do que os estudantes do quarto ano ou com maior nível de escolaridade.

Quanto às áreas de estudo, existem diferenças significativas, sendo que os estudantes da área do Direito, Ciências Sociais e Serviços apresentam um estado afetivo mais negativo na ansiedade e stress, quando comparados com estudantes de outras áreas. Pelo contrário, no estudo de Maroco e Assunção (2020), os estudantes das áreas humanas apresentaram menores níveis de stress em comparação aos estudantes de ciências exatas. Também foram encontradas diferenças em relação à área de estudos e as estratégias, sendo que os estudantes de Direito, Ciências Sociais e Serviços procuram mais suporte social e os estudantes que frequentam cursos da área das Tecnologias recorrem mais à estratégia de recusa, em comparação com estudantes de outras áreas.

No entanto, ao analisar a amostra, observa-se que a maioria dos estudantes de Direito, Ciências Sociais e Serviços são do género feminino e que a maior parte dos estudantes de Tecnologias são do género masculino. Neste sentido, e tendo em conta que as mulheres apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress que os homens, e tendo em conta que as mulheres recorrem mais à estratégia de suporte social e os homens à estratégia de recusa (Adlaf et al., 2001; Carvalho, 2017; Costa & Leal, 2004; 2008; Tap, Costa & Alves, 2005), as diferenças encontradas em função das áreas de estudos podem ser justificadas pelas diferenças de género.



### Capítulo 3 – Conclusão

No decorrer da atual situação pandémica mundial, é visível a mudança drástica no comportamento, pensamento social e rotinas quotidianas dos indivíduos, dadas as medidas preventivas (e.g., distanciamento social) necessárias para diminuir o risco de contágio (Ribeiro et al., 2020). Esta mudança, para além do impacto a nível da saúde física, parece estar a trazer consigo um conjunto de impactos financeiros, sociais e para a saúde mental dos indivíduos um pouco por todo o mundo (Afonso & Figueira, 2020; Faro et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Em particular, a investigação indica que a pandemia agravou os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes universitários que, já em situações não pandémicas, demonstram ser uma população de risco como o desenvolvimento de perturbações mentais (Maia & Dias, 2020).

Neste sentido, importa saber lidar com as mudanças e consequências causadas pela COVID-19, sendo fundamental a escolha das estratégias de *coping* que, dependendo do tipo de estratégia usada, podem originar diferentes impactos, positivos ou negativos, para o bem-estar e saúde mental do indivíduo (Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984; Mahmoud et al., 2012; Skinner et al., 2003).

Os níveis de saúde mental dos estudantes universitários aumentam significativamente quando em situações de emergência de saúde pública. Na atual pandemia provocada pelo novo coronavírus, tem sido registado um aumento nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes, nomeadamente em estudantes jovens e/ou do género feminino (Cao et al., 2020; Maia & Dias, 2020; Wang et al., 2020).

O presente estudo permitiu analisar a relação existente entre os níveis de saúde mental e as estratégias de *coping* utilizadas, sendo que estratégias de *coping* positivas, que são estratégias consideradas adequadas, estão associadas a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e stress, e as estratégias negativas são estratégias que não conseguem resolver ou

atenuar o problema, aumentando os níveis de saúde mental (Costa & Leal, 2004; 2008; Matos, 2012; Moos, 1993, citado em Borges et al., 2008). Ainda assim, esta relação pode depender de fatores como o género, a idade e experiências passadas (Calvete et al., 2010; Colten & Gore, 1991, citado em Costa & Leal, 2004; Vaillant, 1977).

Também permitiu identificar que as mulheres reportam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress (Adlaf et al., 2001; Carvalho, 2017), e que estas reportaram recorrer a mais suporte social do que os homens, no entanto os homens negam mais o problema em comparação às mulheres (Costa & Leal, 2004; 2008; Endler & Parker, 1990).

No entanto, as consequências na saúde mental são, muitas vezes, negligenciadas, não sendo percecionadas como uma prioridade no que respeita à consciencialização do impacto e problemas, e tratamento (Brooks et al., 2020; Ornell et al., 2020; Xiao, 2020). Em particular, ser estudante universitário é um dos fatores de risco identificados pela literatura como variável que pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de perturbações mentais (Adlaf et al., 2001; Ibrahim et al., 2013; Wang et al., 2020), tornando-se mais vulnerável quando apresenta dificuldades académicas (Kecojevic et al., 2020). No entanto, existe pouca investigação sobre os impactos da pandemia na saúde mental dos estudantes universitários (Wang et al., 2020), nomeadamente no que respeita aos estudantes de diversas áreas, sendo que a investigação se foca nos estudantes das áreas da saúde e medicina (Kecojevic et al., 2020).

Deste modo, importa criar estratégias de prevenção e tratamento, assim como o apelo à criação de redes de apoio e à manutenção de um estilo de vida saudável. Para isto, torna-se também necessário um aprofundamento do impacto que a pandemia tem nos estudantes, assim como no resto da população, de forma a encontrar causas e soluções mais específicas, e a investigar o verdadeiro impacto existente, incluindo fatores de risco (e.g. abuso de substâncias) (Kecojevic et al., 2020; Maia & Dias, 2020)

Tal como acontece com outras investigações, o presente estudo apresenta algumas limitações. Uma das limitações é o facto de a amostra ser não probabilística de conveniência, o que indica que a amostra não é representativa da população (Pais-Ribeiro, 2007), sendo que os resultados apenas se aplicam à amostra de estudantes em estudo. Outra limitação identificada é a homogeneidade da amostra, nomeadamente em relação à idade dos estudantes. Tendo em conta que a maioria dos participantes tem idades compreendidas entre os 19 e os 23, não foi possível analisar diferenças identificadas pela literatura relativamente aos níveis de ansiedade, depressão e stress e às estratégias de *coping* em função da idade. Contudo, estas limitações poderão ser diluídas no sentido em que as características sociodemográficas dos estudantes universitários em estudo correspondem às características dos estudantes universitários da população em geral. Isto é, é esperado que as amostras de estudantes sejam compostas, por exemplo, maioritariamente por mulheres, jovens e solteiros (Almeida, 2014; Pordata, 2019; Viegas et al., 2016).





## Referências Bibliográficas

Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., Newton-Taylor, B. (2001). The Prevalence of Elevated Psychological Distress Among Canadian Undergraduates: Findings From the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50, 2.

Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. *Acta Médica Portuguesa*, 33, 13.

Afonso, P., & Figueira, M. L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental? COVID-19 Pandemic: What are the Mental Health Risks?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 6, 1, 2-3.

Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 2, 337-348.

Almeida, J. M. C., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 26-29.

Almeida, J. S. P. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas]

Amaral-Bastos, M., Araújo, B., & Caldas, A. C. (2015). Adaptação e validação da Escala Toulousiana de Coping a adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 55-63.

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70.

Associação Americana de Psiquiatria. (2018). *What Is Mental Illness?*. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

Barari, S., Caria, S., Davola, A., Falco, P., Fetzer, T., Fiorin, S., ... Slepöi, F. R. (2020). *Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: self-reported compliance and growing mental health concerns*.

Barros, H. (2009). A pandemia VIH. *JANUS 2009: Aliança de civilizações: um caminho possível?*.

Bernheim, A., Mei, X., Huang, M., Yang, Y., Fayad, Z. A., Zhang, N., Diao, K., Lin, B., Zhu, X., Li, Kunwei., Li, S., Shan, H., Jacobi, A., & Chung, M. (2020). Chest CT Findings in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Relation to Duration of Infection. *Radiology*, 295, 685-691. *The Lancet*, 395, 10277, 912-920.

Blanchard-Fields, F., Sulsky, L., & Robison-Whelen, S. (1991). Moderating Effects of Age and Context on the Relationship Between Gender, Sex Role Differences, and Coping. *Sex Roles*, 25, 11/12.

Blechman, E. A., & Culhane, S. E. (1993). Aggressive, depressive and prosocial coping with affective challenges in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 13, 361-382.

Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4, 26, 551-561.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2019). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*.

Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 26-29.

Calvete, E., Camara, M., Estevez, A., & Villardón, L. (2011). The role of coping with social stressors in the development of depressive symptoms: gender differences. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 4, 387-406.

Campos, L. P., & Lins, T. (2020). Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. *Espaço e Economia*, 17.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287.

Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. *Programa Nacional para a Saúde Mental*.

Carvalho, P. M. M., Moreira, M. M., Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M. L., & Neto, M. L. R. (2020). *Psychiatry Research*, 286.

Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Napoli, R. D. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). Em *Statpearls [internet]*. StatPearls Publishing.

Center for Systems Science and Engineering. (2020). *COVID-19 Map*. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Centro de Controlo e Prevenção de Doenças. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*. Atlanta, Georgia.

Centro de Controlo e Prevenção de Doenças. (2020). Social Distancing. Keep a Safe Distance to Slow the Spread. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>

Certo, A. C. T. (2016). *Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior*. Instituto Politécnico de Bragança.

Claas, E. C. J., Osterhaus, A. D. M. E., Beek, R. V., Jong, J. C. D., Rimmelzwaan, G. F., Senne, D. A., Krauss, S., Shorridge, K. F., & Webster, R. G. (1998). Human influenza A H5N1 virus related to a highly pathogenic avian influenza virus. *The Lancet*, 351, 472-477.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 316-336.

Cluver, L. L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchat, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). *Parenting in a time of COVID-19*.

Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Costa, E. S. (2004). *Saúde Mental, Estratégias de Coping e Adaptação Académica – Uma investigação com estudantes universitários do segundo ano de Viseu*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]

Costa, E. S., & Leal, I. (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. Em *Actas do 5º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 157-162).

Costa, E. S., & Leal, I. (2006). *Estratégias de coping e adaptação à vida académica em estudantes universitários da cidade de Viseu*.

Costa, E. S., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. Em *Actas do 7º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216).

Coyne, J. C., & Aldwin, C. (1981). Depression and Coping In Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 5, 439-447.

Viegas, C. M., Cruz, M., Pinto, J. R., Almeida, M., & Aleluia, S. (2016). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 38, 223-242.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Saúde mental em números 2014*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Novo coronavírus COVID-19. Relatório de Situação*.

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Porque se fala em saúde mental?*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

Echenberg, M. (2002). Petis Redux: The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1894-1901. *Journal of World History*, 13, 2.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844-854.

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Gasquet, I. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109, 21-27.

Estevão, A. (2020). COVID-19. *Acta Radiológica Portuguesa*, 32, 1, 5-6.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.

Felsten, G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 11, 289-309.

Fink, G. (2017). Stress: Concepts, Definition and History. *Change*.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 3, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, 150-170.

Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5.

Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India!. *Asian Journal of Psychiatry*, 49.

Haan, N. (1963). Proposed Model of Ego Functioning: Coping and Defense Mechanisms in Relationship to IQ Change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 77, 8.

Hall, R. C. W., Hall, R. C. W., & Chapman, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General Hospital Psychiatry*, 30, 446-452.

Hayes, A. F. (2012). *Process: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*.

Hovanitz, C. A., & Kozora, E. (1989). *Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping*.

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288.

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2012). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 391-400.

Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D., & Weidong, Ji. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*.

Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal, 61*, 4, 271-272.

Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., & Steinmann, E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *The Journal of Hospital Infection, 104*, 3, 246-251.

Kawaoka, Y., Krauss, S., & Webster, R. G. (1989). Avian-to-Human Transmission of the PB1 Gene of Influenza A Viruses in the 1957 and 1968 Pandemics. *Journal of Virology, 46*, 3, 4603-4608.

Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PloS one, 15*, 9.

Keeling, M. J., & Gilligan, C. A. (2000). Metapopulation dynamics of bubonic plague. *Natura, 407*, 903-906.

Lake, M. A. (2020). What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine, 20*, 2, 124-127.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, Gender Roles, and Personality: Gender Differences in the Prediction of Coping and Psychological Symptoms. *Sex Roles, 43*, 787-820.

Li, W., Yang, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences, 16*, 10, 1732-1738.

Li, Y., & Xia, L. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Role of Chest CT in Diagnosis and Management. *American Journal of Roentgenology, 214*, 6, 1280-1286.

Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. S., Nunes, J. A. V. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., ... Rolim Neto, M. L. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). *Psychiatry Research, 287*.

Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*, 3.

Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 15-23.

Livi-Bacci, M. (2017). *A Concise History of World Population*. John Wiley & Sons Ltd.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1994). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*, 3, 335-343.

Machado, C., & Almeida, L. (2000). Vivências acadêmicas: análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior. *Ensino superior:(in) sucesso acadêmico, 133-145*.

- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing, 33*, 149-156.
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia, 37*.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern*.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia, 4*, 1, 65-90.
- Maroco, J., & Assunção, H. (2020). Envolvimento e Burnout no Ensino Superior em Portugal. Em *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Actas* (pp. 399-407). Edições ISPA.
- Matos, A. S. S. (2012). *Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa].
- Miller, N. E. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health. Em S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (NATO Conference Series III: Human Factors). New York: Plenum.
- Ministério da Saúde. (2019). *Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2019*. Lisboa: DGS/INSA.
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. -M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 163-171.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrative Framework. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 12, 1378-1403.
- Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal, 24*, 3, 69-71.
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). *Escala Toulousiana de Coping (versão reduzida) ETC-R*.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*. Disponível em: [https://www.who.int/csr/sars/country/table2003\\_09\\_23/en/](https://www.who.int/csr/sars/country/table2003_09_23/en/)
- Organização Mundial de Saúde. (2010, 24 de fevereiro). *What is a pandemic?*. Disponível em: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)
- Organização Mundial de Saúde. (2019, 28 de novembro). *Mental disorders*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organização Mundial de Saúde. (2020a). *COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Global research and innovation forum: towards a research roadmap*. R&D Blueprint.
- Organização Mundial de Saúde. (2020b, 12 de setembro). *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>

Organização Mundial de Saúde. (2020c). *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 3.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5, 2, 229-239.

Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2020). *Forced social isolation and mental health: a study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine*.

Parkes, K. R. (1984). Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 3, 655-668.

Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1, 2-21.

Pereira, A. C. M. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*.

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*.

Pinto, A. C. S., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., & Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 19, 1, 45-50.

Pinto, C. C. C. R. (2011). *Pandemia Influenza A/H1N1 2009 em Portugal. Estratégias de Intervenção e Saúde Pública*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa].

Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32, 2.

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Revista Interações*.

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136, 997-1007.

Ribeiro, E. G., Souza, E. L., & Nogueira, J. O. (2020). Saúde Mental na Perspectiva do Enfrentamento à COVID -19: Manejo das Consequências Relacionadas ao Isolamento Social. *Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva*, 4, 2, 47-57.

Rios-Neto, E. L. (2007). Pobreza, migrações e pandemias. *Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar*.

Rodrigues, J. C. B. (2016). *Papel das Estruturas Relacionais e da Resiliência no Ajustamento Psicológico em Estudantes Universitários*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]

Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping With Stress: Divergent Strategies of Optimists and Pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 6, 1257-1264.

Schmidit, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). *Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)*.

Serviço Nacional de Saúde. (2020a, 27 de janeiro). *Novo coronavírus*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/alerta/novo-coronavirus/>

Serviço Nacional de Saúde. (2020b). *Situação de calamidade*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/situacao-de-calamidade/#sec-0>

Serviço Nacional de Saúde. (2020c, 1 de novembro). *Covid-19 | Novas medidas de contenção*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/11/01/covid-19-novas->

[medidas-de-contencao/?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=covid-19-novas-medidas-de-contencao](https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/)

Serviço Nacional de Saúde. (2020d, 11 de março). *Organização Mundial da Saúde declarou hoje a doença como pandemia*. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/>

Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87, 281-286.

Shojaei, S. F., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*.

Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivacional perspective. Em D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-Span development and behavior* (pp.91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 2, 216-269.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.

Stadler, K., Masignani, V., Eickmann, M., Becker, S., Abrignani, S., Klenk, H.-D., & Rappuoli, R. (2003). SARS — beginning to understand a new virus. *Nature Reviews Microbiology*, 1, 209-218.

Su, T.-P., Lien, T.-C., Yang, C.-Y., Su, Y. L., Wang, j.-h., Tsai, S.-L., & Yin, J.-C. (2005). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 119-130.

Swickert, R., & Hittner, J. (2009). Social Support Coping Mediates the Relationship between Gender and Posttraumatic Growth. *Journal of Health Psychology*, 14, 3, 387-393.

Tap, P., Costa, E. S., & Neves, M. N. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 1, 47-56.

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

UNICEF. (2020, 23 de março). *COVID-19: More than 95 per cent of children are out of school in Latin America and the Caribbean*. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-more-95-cent-children-are-out-school-latin-america-and-caribbean>

Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. *O Portal dos Psicólogos*.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strayss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult, and Patient Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 1, 15-25.

Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guani, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43, 6, 706-712.



Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17, 2, 175.

Xu, J., Zhao, S., Teng, T., Abdalla, A. E., Zhu, W., Xie, L., Wang, Y., & Guo, X. (2020). Systematic Comparison of Two Animal-to-Human Transmitted Human Coronaviruses: SARS-CoV-2 and SARS-CoV. *Viruses*, 12, 244.

Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staffs involved with the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*.

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3, 1, 3-8.

Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H.-R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C.-L., Chen, H.-D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R.-D., Liu, M.-Q., Chen, Y., Shen, X.-R., Wang, X., Zheng, X.-S., Zhao, K., Chen, Q.-J., Deng, F., Liu, L.-L., Yan, B., Zhan, F.-X., Wang, Y.-Y., Xiao, G., & Shi, Z.-L. (2020). Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. *bioRxiv*.

## Anexos

### Anexo A: Questionário

#### Questionário

No âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco, no Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, encontra-se a ser realizado um estudo conduzido pela estudante Ana Margarida Fonseca e orientado pela Professora Doutora Joana Alexandre.

O presente estudo tem como objetivo analisar a forma como os **estudantes universitários** têm reagido face à atual situação pandémica provocada pela COVID-19. A sua participação neste estudo é muito importante, e consiste no preenchimento de um questionário que poderá demorar, em média, 10 minutos.

A sua participação é voluntária, anónima e confidencial. Se aceitar participar, pedimos que preencha o questionário de uma só vez. Poderá, no entanto, parar o preenchimento a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização, apesar de para efeitos do estudo os dados se tornarem inválidos. Em nenhum momento precisa de se identificar, sendo que todos os dados e respostas serão tratados em conjunto e apenas se destinam a tratamento estatístico por parte da equipa de investigação.

Não estão antecipados quaisquer riscos significativos inerentes à sua participação.

Para qualquer questão sobre o estudo e os seus resultados, poderá entrar em contacto com a equipa através dos seguintes endereços de email: Ana\_Margarida\_Fonseca@iscte-iul.pt) e joana.alexandre@iscte-iul.pt.

Após leitura do consentimento informado, por favor indique se aceita participar no estudo:

- Aceito participar
- Não aceito participar

## COPING E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

EADS-21 (Ribeiro, Horando & Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e indique quanto cada afirmação se aplicou a si **nas últimas três semanas**, escolhendo uma das opções de resposta que encontra no lado direito (variando as opções de resposta entre "Não se aplicou nada a mim" a "Aplicou-se a mim a maior parte das vezes"). Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

|  | Não se aplicou nada a mim (1) | Aplicou-se a mim algumas vezes (2) | Aplicou-se a mim muitas vezes (3) | Aplicou-se a mim a maior parte das vezes (4) |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1. Tenho tido dificuldades em me acalmar.                              | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 2. Tenho sentido a minha boca seca.                                    | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 3. Não tenho conseguido sentir nenhum sentimento positivo.             | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 4. Tenho sentido dificuldades em respirar.                             | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 5. Tenho tido dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.       | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 6. Tenho tido tendência a reagir em demasia em determinadas situações. | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 7. Tenho sentido tremores (por ex., nas mãos).                         | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |
| 8. Tenho sentido que estou a utilizar muita energia nervosa.           | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>                        |

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9. Tenho-me preocupado com situações em que posso entrar em pânico e fazer figura ridícula.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Tenho sentido que não tenho nada a esperar do futuro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Dou por mim a ficar agitado(a).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Tenho sentido dificuldade em me relaxar.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Tenho-me sentido desanimado(a) e melancólico(a).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Tenho estado intolerante em relação a qualquer coisa que me impeça de terminar aquilo que estou a fazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho-me sentido quase a entrar em pânico.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Não tenho sido capaz de ter entusiasmo por nada.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Tenho sentido que não tenho muito valor como pessoa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## COPING E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Tenho sentido que por vezes estou sensível.                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Tenho sentido alterações no meu coração sem fazer exercício físico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Tenho-me sentido assustado(a) sem ter uma boa razão para isso.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Tenho sentido que a vida não tem sentido.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ETC (Tap, Costa & Neves, 2005)

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável. Tendo em conta a atual pandemia mundial causada pela COVID-19, descreva-nos a forma como tem reagido a esta situação. Vai encontrar um conjunto de afirmações que espelham diferentes reações. Para cada uma delas indique a frequência com que tem reagido, sabendo que as opções de resposta variam entre "Nunca" a "Muito frequentemente". Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

|  | Nunca                 | Quase nunca           | Indeciso              | Frequentemente        | Muito frequentemente  |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Enfrento a situação.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos, etc). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tento não pensar no problema.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Peço a Deus para me ajudar.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Evito contactar com pessoas.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Aceito o problema por ser inevitável.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Tento não entrar em pânico.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Mudo a minha forma de viver.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Faço um plano de ação e tento aplicá-lo.                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11. É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experiencio face a esta situação difícil. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não penso nos problemas quando eles se colocam.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Recuso-me a admitir o problema.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Sinto agressividade face a outrem.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Faço qualquer coisa mais agradável.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Analiso a situação para melhor a compreender.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos o que sinto.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Como se costuma dizer, ataco o problema de frente.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Discuto o problema com os meus pais/outras pessoas importantes na minha vida.                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Esqueço os meus problemas tomando medicamentos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 21. Procuvo atividades coletivas.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Refugio-me no imaginário ou no sonho.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Procuvo encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação.            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Acontece-me não fazer o que tinha decidido.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Aprendo a viver com o problema.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Controlo as minhas emoções.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Mudo o meu comportamento.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades.                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Resisto a mudar a minha forma habitual de agir, até que a situação me permita. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Reajo como se o problema não existisse.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Sinto-me culpado(a).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



## COPING E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 33. Jogo ou vejo televisão para pensar menos nisso.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Penso nas experiências prévias suscetíveis de me ajudarem a fazer face à situação.        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Procuo a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Vou diretamente ao problema.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Pergunto às pessoas que estão a passar pelo mesmo que eu, que tipo de reação estão a ter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Consumo drogas ilícitas, fumo ou bebo álcool para acalmar a minha angústia.               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Procuo a todo o custo pensar noutra coisa.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Brinco com a situação em que me encontro.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Afasto-me dos outros.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 43. Aceito a ideia de que é necessário que eu ajude a minimizar/resolver o problema. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Modifico as minhas ações em função do problema.                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Defino objetivos a alcançar.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Digo a mim próprio que este problema não tem importância.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Sinto-me invadido(a) pelas minhas emoções.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Centro-me noutras atividades para me distrair.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema.    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Procuro a simpatia e encorajamento dos outros.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Numa escala de 1 a 5, até que ponto a Universidade que frequenta tem sido uma fonte de suporte importante para si?

Nada importante (1)

## COPING E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

- Pouco importante (2)
- Moderadamente importante (3)
- Importante (4)
- Muito importante (5)

Para terminar, gostaríamos que nos facultasse alguma informação geral.

Q1 Idade

---

Q2 Género

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

Q3 Nacionalidade

---

Q4 Grau de escolaridade que frequenta

- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

Q5 Curso/área de estudos que frequenta

---

Q6 Estado Civil

- Solteiro(a)
- União de facto
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Q7 Com quem está a viver neste período de quarentena provocado pela COVID-19?

- Família nuclear (pai/mãe/irmãos)
- Sozinho(a)
- Colega de casa/quarto
- Amigo(s)
- Namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Q8 Com quem reside habitualmente?

- Família nuclear (pai/mãe/irmãos)
- Sozinho(a)
- Colega de casa/quarto
- Amigo(s)
- Namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## COPING E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

Q9 Região de residência atual

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

Q10 Durante as últimas 3 semanas, já foi e/ou tem alguém próximo diagnosticado com a COVID-19?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder