



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DAS CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS,
SOCIAIS E DA VIDA

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Resiliência, *Coping* e Saúde Mental durante a Pandemia Covid-19 em Portugal

Miguel Dias Alves Sousa Gago

Nº 24422

Professor Doutor David Dias Neto

Seminário de Tese

Ano Letivo 2021/2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor David Dias Neto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Em primeiro lugar o meu agradecimento ao Professor Doutor David Dias Neto que me orientou quando necessário, dando-me também espaço e autonomia, pelo tempo dedicado, apoio, humor, motivação e ensinamentos ao longo de todo este processo, o que sem dúvida facilitou a conclusão desta dissertação no período difícil de Covid-19 que estamos a viver.

Aos colegas da faculdade, do seminário de dissertação por o tornarem mais interessante pela partilha do seu conhecimento e das suas participações, aos colegas que me ajudaram em várias questões que tive, acabando no João que me acompanhou diversas horas nos intervalos e a estudar e no Pedro, que viveu este processo ao mesmo tempo e na mesma situação e me apoiou no processo de *coping* com os acrescidos desafios e dificuldades que este ano pandémico proporcionou.

À Rita por estar presente, me ouvir e ajudar a ultrapassar todo este desafio ao longo das várias pequenas dificuldades, por me fazer ver o lado mais positivo das questões, pelo seu humor e pela sua compreensão.

Aos meus amigos que com quem partilhei alegrias e frustrações e que, quer presencial, quer pessoalmente tornaram este ano muito mais suportável e satisfatório.

A todos os que contribuíram para a divulgação do questionário online.

E finalmente, um sincero agradecimento a toda a minha família, especialmente aos meus pais, que para além de me permitirem estar a escrever estas palavras de agradecimento, me acompanharam e apoiaram, em todas as condições, durante este ano desafiador, tal como ao longo dos últimos cinco anos, ajudando-me a superar-me profissional e pessoalmente.

Agradeço a todos, sem vocês esta dissertação não teria sido possível, obrigado

A pandemia Covid-19 criou oportunidades de mudança. Abriu o caminho para um mundo diferente. Irá depender de todos nós utilizar essas oportunidades ou desperdiçá-las. Nada está escrito.

Fareed Zakaria (2020)

Resumo

Problema - Existe evidência do aumento da prevalência de ansiedade e depressão durante o atual período pandêmico. Torna-se importante estudar como esta sintomatologia varia de acordo com a idade, *coping*, resiliência e género. **Objetivos** - estudar: (1) a idade como preditora das restantes variáveis em estudo; (2) diferenças entre adultos mais jovens e mais velhos; (3) relação entre utilização estratégias de *coping* e sintomatologia; (4) associação entre a resiliência e a ansiedade e depressão; (5) as diferenças existentes entre géneros, especialmente na sintomatologia psicopatológica. **Método** - Estudo transversal, numa amostra de 642 indivíduos com idades entre os 18 e 93 anos. **Instrumentos** - BRIEF-COPE; Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18); e CD-RISC. **Resultados** - A variável idade foi preditora e apresentou correlações negativas significativas com as restantes variáveis. Houve diferenças significativas em todas as dimensões entre adultos mais jovens e mais velhos, bem como no género, nas variáveis sintomatologia e resiliência. O *coping* focado nas emoções estava fortemente correlacionado com a sintomatologia psicopatológica. **Conclusão** - Vivemos circunstâncias excecionais, de isolamento e incontroabilidade de contrair um vírus que pode ter consequências graves em todos nós. Numa fase em que desconhecidos, amigos ou familiares se contagiaram, estiveram nos cuidados intensivos ou morreram, torna-se fulcral para além da saúde somática, uma melhor compreensão e intervenção a nível psicológico. Os resultados destacam a importância da idade na compreensão da relação entre as restantes variáveis, o *coping* focado nas emoções associado à sintomatologia e o sexo feminino e os adultos mais jovens como grupos de risco.

Palavras-Chave: idade, *coping* focado nas emoções, *coping* focado no problema, ansiedade e depressão, resiliência, género.

Abstract

Problem - There is evidence of an increasing prevalence of anxiety and depression during the current pandemic period. It becomes important to study how this symptomatology varies according to age, coping, resilience, and gender. **Objectives** – studying: (1) age as a predictor of the remaining variables; (2) differences between younger and older adults; (3) relationship between the use of coping strategies and symptomatology; (4) association between resilience and anxiety and depression; (5) existent differences according to gender, specially in psychopathology symptomatology. **Method** - Cross-sectional study in a sample of 642 individuals with ages between 18 and 93 years old. **Instruments** - BRIEF-COPE; Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18); and CD-RISC. **Results** – Age was a predictor and showed significant weak negative correlations with the remaining variables, there were significant differences in all dimensions between young and older adults, as well as in gender on the symptomatology and resilience variables, emotion focused coping was strongly correlated to psychopathology symptomatology. **Conclusion** – We are living exceptional circumstances, of isolation and uncontrollability of infection by a virus that can have severe consequences in all of us. In a phase in which unknown, friends or family got infected, in intensive care or died, it becomes essential more than somatic health, to better understand and intervene at a psychological level. The results highlight: the importance of age in understanding the relationships between the remaining variables; emotion focused coping associated with symptomatology; and females and younger adults as risk groups.

Keywords: age, emotion focused coping, problem focused coping, anxiety and depression, resilience, gender.

ÍNDICE

ENQUADRAMENTO.....	1
Pandemia Covid-19 e Saúde Mental.....	1
Depressão e Ansiedade durante a Pandemia Covid-19.....	5
Estratégias de <i>Coping</i>	7
Estratégias de <i>Coping</i> durante a Pandemia Covid-19.....	11
Ansiedade, Depressão e <i>Coping</i>	13
Ansiedade, Depressão e <i>Coping</i> durante a Pandemia Covid-19.....	16
Resiliência.....	17
Resiliência, Ansiedade e Depressão.....	20
O Presente Estudo.....	21
MÉTODO.....	23
Participantes.....	23
Instrumentos.....	24
Procedimento.....	26
Análise de Dados.....	26
RESULTADOS.....	27
Análise Descritiva dos Três Grupos Etários.....	27
Hipótese 1.....	28
Hipótese 2.....	29
Hipóteses 3 e 4.....	30
Hipótese 5.....	30
DISCUSSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS.....	59
Anexo A.....	60
Anexo B.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística Descritiva da Amostra Total (N = 642).....	23
Tabela 2 - Estatística Descritiva dos Grupos Etários (1 -18 aos 30; 2 - 31 aos 64 e 3 - mais de 65).....	27
Tabela 3 - Média e Desvio Padrão da one-way Manova por Grupo Etário (1-18 aos 30; 2-31 aos 64; e 3-mais de 65); df=2.....	28
Tabela 4 - Comparações múltiplas (Tukey HSD post-hoc tests), Grupos (1-18 aos 30; 2-31 aos 64; e 3-mais de 65).....	29
Tabela 5 - Correlações (r de Pearson) das Variáveis: Coping, Resiliência, Psicopatologia e Idade.....	30
Tabela 6 - Médias: Coping, BSI-18 e CD-RISC, para amostra total e por género; Mn-mínimo e Mx-máximo; Comparação Médias T-Test dos Grupos Masculino e Feminino.....	31

ENQUADRAMENTO

Pandemia Covid-19 e Saúde Mental

Ao longo da história a humanidade tem sofrido ameaças decorrentes de acontecimentos epidémicos e pandémicos com grande impacto na morbidade e mortalidade das populações e repercussões múltiplas não só a nível da saúde física e mental, mas também em termos socio-económicos, condicionando a evolução do próprio ser humano. Foram exemplos: 1) pandemia da gripe espanhola em 1918 (Barro, Ursúa & Weng, 2020); 2) epidemia SARS em 2003 (Tsang et al, 2004; Yip et al, 2010); e 3) vírus ébola em 2014 (Shultz et al, 2015).

No dia 31 de Dezembro de 2019, as autoridades de saúde chinesas confirmaram que várias pessoas em Wuhan, tinham sido hospitalizadas devido a uma pneumonia cuja causa era desconhecida e, alegadamente diversos destes pacientes tinham visitado previamente o mercado de animais vivos em Wuhan. A partir deste surto o vírus *SARS-CoV-2* (covid-19) propagou-se a uma escala global, tendo sido declarado um assunto de emergência pública internacional no dia 30 de Janeiro de 2020. Três meses mais tarde, dia 11 de Março de 2020, a *World Health Organization* (2020) considerou esta doença (covid-19) oficialmente como uma pandemia. A 2 de Março de 2020 foi detetado o primeiro caso de covid19 em Portugal e a 19 de Março foi decretado o início do estado de emergência a nível nacional, incluindo medidas de quarentena/ confinamento e de distanciamento social (Blanc et al., 2020).

Na semana de 23 de Abril a um de Maio de 2020 (período de recolha da amostra e durante o primeiro estado de emergência devido à pandemia Covid-19 em Portugal) foram registados a nível global cerca de 3,15 milhões de casos e 222 mil mortes confirmadas em 214 países e territórios afetados (World Health Organization, 2021).

Em Portugal, de acordo com a base de estatística certificada Pordata (2020 e 2021) que reúne vários indicadores, os dados preliminares do respetivo estudo sobre os efeitos da pandemia covid19 na saúde e bem-estar em Portugal, referem que 30% das pessoas sofreram alterações do sono, 20% aumentaram o consumo de tabaco e álcool, 35% tiveram alterações do peso habitual, 11% iniciaram o consumo de fármacos psicotrópicos, 20% sentiram pouca intimidade com as pessoas com quem passaram mais tempo, 15% reportaram distância face as pessoas que consideraram mais importantes e 30% sentiram-se sozinhos durante o ano de 2020.

De igual modo, a pandemia Covid-19 também tem implicado consequências no bem-estar dos indivíduos. As políticas governamentais de distanciamento social e ordens de permanecer em casa, que permitiram controlar e reduzir a disseminação do vírus, causaram repercussões na saúde mental das pessoas e efeitos mais nefastos nos sujeitos vulneráveis (Miller, 2020).

Quanto maior foi a duração das quarentenas, pior foi impacto ao nível da saúde mental e dos comportamentos (Brooks et al, 2020; Holmes et al. 2020), incluindo aumento do abuso de substâncias (Wu et al. 2008) e de violência no meio familiar (Usher et al, 2020). As consequências não se limitam ao período das epidemias (Brooks et al, 2020; Holmes et al. 2020), mas também nos anos a seguir, como consta no estudo de Liu e colegas (2012). Nessa investigação evidenciaram que cerca de três anos após a quarentena, verificou-se um aumento da incidência de depressão, abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático, em pessoas sujeitas à epidemia do SARS Cov em 2003, na China.

A crise pandémica do Covid-19 alterou a forma como os indivíduos vivem e comunicam. No início de Maio de 2020 cerca de um terço da população mundial esteve sujeita a diferentes formas de confinamento. Esta crise evidencia o modo como a sociedade responde e se adapta quando confrontada com uma pandemia. As normas sociais, previamente definidas pelas rotinas diárias, como a educação escolar, os locais de trabalho e as interações pessoais presenciais tornam-se subitamente indisponíveis. As desigualdades sociais mantêm-se ou podem mesmo agravar-se: as famílias desfavorecidas foram as mais afetadas devido ao maior risco de desemprego e carência de proteções e apoios adequados. Pais solteiros, ou cujos trabalhos são incompatíveis de ser realizados à distância por teletrabalho, são despedidos ou despedem-se para poderem cuidar e dar o suporte adequado às suas famílias (Kaplan et al., 2020; Lian & Yoon, 2020).

Numa perspetiva psicológica, o carácter de risco de vida, a disrupção nas rotinas diárias, os despedimentos, o aumento do stress, e a crescente incerteza referentes à pandemia tornaram, entre outros fatores, a pandemia covid-19 um acontecimento potencialmente ameaçador, gerador de disfuncionalidades, doenças psíquicas ou mesmo traumas. Como causas de stress e ansiedade durante este tipo de surtos e pandemias, destacam-se entre outras: 1) a natureza imprevisível da doença; 2) a perda de controlo e de liberdades pessoais; 3) mensagens contraditórias das autoridades; 4) alterações repentinas nos planos atuais e futuros; 5) preocupação com a saúde e bem-estar intra e interpessoal. Outros fatores, como a longa duração da quarentena, medos de infeção,

informação inadequada, estigma, ou perdas financeiras estão associados a um maior impacto psicológico negativo.

Nesta sequência, verificou-se um aumento do foco, por parte da investigação da saúde pública, relativamente aos significativamente mais elevados níveis de ansiedade, depressão, utilização de substâncias, solidão, e violência doméstica. (Galea, Merchant, & Lurie, 2020; Huremovic, 2019; Pfefferbaum & North, 2020).

As medidas de confinamento são suscetíveis de acentuar o isolamento social e os sentimentos de solidão. Estes fatores estão associados significativamente com a incidência, severidade e progressão de consequências e impactos negativos ao nível da saúde mental, incluindo depressão, perturbações de ansiedade e suicídio. Outros fatores de stress relacionados com este período de covid-19, como agregados familiares sobrelotados e um reduzido acesso a redes de suporte social, podem agravar ainda mais a sobrecarga e efeitos nefastos da doença, quer a nível nacional, quer a nível global (Elovainio et al., 2017; The Academy of Medical Sciences, 2020; Wright, Steptoe & Fancourt, 2020).

De acordo com os resultados de uma meta-análise de Pfefferbaum e North (2020) os níveis de depressão na população geral aumentaram significativamente durante a pandemia de covid-19. Níveis superiores de incidência de depressão e ansiedade, bem como outros indicadores de problemas de saúde mental foram encontrados consistentemente associados a variáveis não relacionadas com a saúde, como as idades mais jovens. Por exemplo nos estudos de Huang e Zhao (2020) e Kazmi e colegas (2020), os sintomas depressivos eram significativamente superiores em idades inferiores a 35 anos e, nos estudos de Kazmi e colaboradores (2020) e Shevlin et al (2020), a ansiedade relacionada com o covid-19 apresentou níveis muito elevados de sintomas psicopatológicos nos participantes mais jovens, particularmente entre os 21 e os 25 anos no segundo estudo, e níveis reduzidos, nos com mais de 65 anos. Os sujeitos mais jovens poderão manifestar uma maior vulnerabilidade entre outros fatores à incerteza relativa ao futuro dos seus empregos, carreiras e crise económica. Adultos entre os 18 e os 30 anos estão também mais expostos às redes sociais o que está em diversos estudos, tal como a falta de suporte social, associado à depressão e à ansiedade. (Ahmed et al., 2020; Gao et al., 2020; Kazmi et al., 2020; Ni et al. 2020; Qiu et al.,2020).

A resposta negativa ao excesso de informação e ao tempo despendido nos media, foi designada por “perturbação de stress aos media” (*headline stress disorder*) (Stosny, 2017) e tem sido observada nesta pandemia (Dong & Zheng 2020; Moreira et al., 2020).

Não se trata de um diagnóstico clínico definido, mas refere-se a uma reação emocional excessiva, caracterizada por ansiedade, *distress*, insónia, taquicardia e outras somatizações, crises de ansiedade e pânico (Dong & Zheng, 2020).

Com base nos resultados de um estudo (YoungMinds, 2021), a pandemia covid-19 continua em 2021 a ter um impacto negativo em numerosos jovens, em particular os que apresentam antecedentes de problemas de saúde mental ou necessidades de resposta a esse nível. Das 2438 respostas, do grupo com idades entre os 13 e os 25 anos, cerca de 75% afirmaram que o segundo confinamento foi mais difícil de lidar do que o primeiro por motivos como: aumento da sensação de isolamento; perda de esperança relativa às perspectivas de futuro e as pressões da aprendizagem online a partir de casa. 67% acreditam que a pandemia terá um efeito negativo a longo prazo na sua saúde mental e 79% consideram que a sua saúde mental irá melhorar quando cessarem as restrições impostas pela pandemia. Complementarmente, no estudo de Daly, Sutin e Robinson (2020), com 14393 participantes, todos os grupos sociodemográficos apresentaram um acréscimo da prevalência de problemas de saúde mental, no entanto estes foram mais significativos nos adultos jovens (18 a 34 anos), seguidos pelas mulheres e as pessoas com mais habilitações literárias / educação.

Por outro lado, a população mais idosa e/ou com comorbilidades tem estado em risco acrescido. Indivíduos com mais de 80 anos, particularmente com condições médicas pré-existent, têm uma probabilidade cinco vezes superior de morrer ao contrair o vírus do que a média global (United Nations, 2020). Aproximadamente 8 em cada 10 mortes por covid-19 registadas na Alemanha e nos Estados Unidos da América ocorrem em pessoas com mais de 65 anos de idade (Freed, Cubanski, Neuman, Kates & Michaud, 2020; Rossen et al., 2021) e o mesmo se tem passado em outros países, incluindo Portugal (Nogueira et al., 2020; Passos et al., 2020; Paulino et al., 2020).

No entanto, se não nos focarmos somente na vulnerabilidade física do ponto de vista biológico, podemos obter uma visão mais completa, holística e adequada ao atendermos ao potencial dos mais idosos para um fortalecimento psicossocial, não os vendo apenas como vulneráveis (Charles, 2010; Lind, Bluck & McAdams, 2021).

Os adultos mais velhos são normalmente mais focados no passado do que os adultos mais jovens e são capazes de integrar acontecimentos positivos e desafiantes dos vários períodos da sua vida, num todo mais aceitável, dado que a capacidade de dar sentido ao próprio passado se desenvolve com a idade. Utilizam a memória e as reflexões sobre a sua vida para regular as emoções negativas, algo de elevada importância e

utilidade durante uma pandemia. As memórias que os definem são também mais positivas e manifestam um maior sentido integrativo, facilitando a ligação e conexão tanto de eventos positivos como negativos (Bauer, & McAdams, 2004; Bauer, McAdams, & Sakaeda, 2005; Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Erikson, 1994; Singer, Rexhaj, & Baddeley, 2007; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2014).

Outra vantagem referente às pessoas mais idosas é a capacidade de adaptação a situações adversas com base em memórias, aprendizagens e experiências pessoais prévias, em que deram uma resposta adequada ou positiva, similares à situação atual. Em todas as idades se recorre à memória como recurso, contudo as memórias funcionais dos idosos eram mais positivas e abordadas com maior frequência. Também a utilização de memórias específicas desta forma esta associada a um maior bem-estar nos mais velhos que nos sujeitos mais jovens (Alea, Arneaud, & Ali, 2013; Alea, & Bluck, 2013; Bluck, & Alea, 2011).

Depressão e Ansiedade durante a Pandemia Covid-19

Os sintomas de depressão e ansiedade são das repercussões em termos de saúde mental mais comumente observadas durante adversidades naturais, incluindo pandemias, tornando o estudo deste tipo de sintomas particularmente pertinente durante um período de epidemia covid-19 (Steel et al., 2009).

As respostas na linha depressiva podem também ser consideradas como resultantes de uma reação natural a súbita deterioração das circunstâncias de vida, incluindo separação e incerteza, e a exposição a eventos incontrolláveis. Têm funções adaptativas, nomeadamente solicitar e obter atenção e cuidado de terceiros, representar uma forma de comunicar situações de perda ou separação, ou ainda, ser uma forma de conservar energia para poder enfrentar processos posteriores de adaptação. Consoante a sua duração, frequência e intensidade, bem como a aparente autonomia do indivíduo, estes sintomas depressivos podem tornar-se desadaptativos, patológicos e evoluir para uma perturbação de adaptação depressiva ou mesmo um quadro clínico de depressão. Esta situação pode agravar-se porque, tal como na ansiedade, indivíduos deprimidos têm uma menor tendência a procurar ajuda para sintomas, quer de índole física, quer psicológica (Asmundson & Taylor, 2020; Belloch, Sandín & Ramos, 2009; Huremovic, 2019; Lei et al., 2020; Seligman, 1972).

A ansiedade, no geral pode igualmente ser considerada como resultante de um processo adaptativo de confronto com uma ameaça ou antecipação desta. Esta resposta

pode, no entanto, tornar-se desadaptativa e implicar perturbação. A distinção entre a ansiedade patológica e a adaptativa, manifesta-se quando a ansiedade é desproporcional ao nível de ameaça, ou quando existem sintomas que não são aceitáveis para qualquer tipo de ameaça, como crises de pânico recorrentes, sintomas físicos severos e crenças desadaptativas, como o medo de morte súbita ou da perda do controlo. A ansiedade é patológica quando causa problemas inaceitáveis e disruptivos por si só, desproporcionalmente ou na ausência de ameaças. Alterações gastro-intestinais, fadiga, dificuldades de memória, de concentração, náuseas e no sono estão também relacionadas com a ansiedade e a depressão (Gask et al., 2018; Saniah & Zainal, 2010). No estudo de Ivbijaro e colegas (2020) a ansiedade evidenciou ser o impacto negativo da pandemia mais mencionado (40% dos participantes), atribuída a preocupações com a saúde pessoal, dos amigos e familiares mais próximos e a interrupção total das rotinas pessoais, profissionais e de cuidados de saúde mental.

Recentes estimativas populacionais, revelaram que as perturbações depressivas, de acordo com Ritchie e Roser (2018) estão presentes em 3.4% (2-6%) da população geral global e, segundo os mesmos autores e a meta-análise de Steel e colaboradores (2014) as perturbações de ansiedade têm uma prevalência entre 3.4% e 6.7% na população geral (Blazer et al., 1994; Pitman, Suleman, Hyde & Hodgkiss, 2018; Walker et al., 2014). Durante o período pandémico estes valores aumentaram. De acordo com as meta-análises de Salari et al (2020) de 14 estudos e com 44531 pessoas e de Bueno-Notivol e colegas (2021) de 12 estudos a prevalência de depressão na população geral durante o surto de Covid-19 foi entre 25% e 33.7%. Também de acordo com a meta-análise de Salari et al (2020), com base em 17 estudos e uma amostra de 63439, a prevalência de ansiedade foi de 31.9% na população geral. É possível então verificar que os valores de prevalência, tanto de ansiedade patológica, como de depressão, durante o período de covid-19 são pelo menos 5 vezes superiores, quando comparados com as percentagens referentes ao período anterior à pandemia.

Este aumento de sintomatologia psicopatológica foi amplamente estudado durante esta nova realidade pandémica. Diversos estudos revelaram que estes valores aumentaram com a existência do surto de Covid-19. Qiu e colaboradores (2020), na China, inquiriram 52,730 pessoas de 36 províncias e chegaram à conclusão que cerca de um terço dos participantes estavam a experienciar *distress* psicológico. Wang e colegas (2020), também na China, numa amostra de 1210 pessoas de 194 cidades, 16,5% apresentaram sintomas depressivos entre moderados a graves e 28,8% referiram manifestar níveis de

ansiedade no intervalo de moderado a severos. Por último, Lai e colaboradores (2020), constataram que os profissionais de saúde na província de Wuhan, epicentro do surto de covid-19 na China, reportaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade, insónia e *distress*, quando comparados com os profissionais de saúde de outras partes do país.

Petzold e colegas (2020) chegaram à conclusão na sua investigação, que as experiências pessoais com Covid-19 não estavam associadas de forma significativa à ansiedade referente à infeção com o vírus SARS-CoV-2. As determinantes psicológicas e sociais podem neste sentido ter manifestado uma maior influência na ansiedade, que as próprias experiências com a infeção por este vírus, numa fase inicial da pandemia. Adicionalmente fatores como a aceitação da ansiedade e emoções negativas, o suporte social e o conhecimento de onde procurar tratamento, se necessário, estavam negativamente associados com diversos aspetos da ansiedade relativa à pandemia. Estes fatores estão em conformidade com muitas das recomendações em como reduzir o *distress* psicológico na pandemia (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2020; World Health Organization, 2020).

As estratégias de *coping* influenciam os níveis sintomáticos de ansiedade e depressão e, apesar de frequentemente as estratégias de *coping* mais adequadas e adaptativas serem as focadas no problema, a sintomatologia de ansiedade e depressão é inferior com a utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções em eventos stressores percecionados como incontroláveis (Forsythe & Compas, 1987; Lazarus & Folkman 1984).

Estratégias de *Coping*

O processo de *coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas usadas como resposta a uma situação potencialmente ameaçadora (Fleming, Baum & Singer, 1984).

As abordagens iniciais do processo de *coping* conceptualizavam-no como sendo defensivo ou um processo do ego de redução da tensão emocional (Haan, 1977). O problema desta visão do *coping* era ser considerado como a resposta mais favorável à tensão, acabando por ser confundido com o resultado (*outcome*) (Folkman & Lazarus, 1980). Posteriormente o conceito de *coping* passou a ser conceptualizado nos termos de “traços” (Moos, 1974). Os defensores desta perspetiva consideravam que um individuo iria responder de uma forma semelhante e universal a todos os eventos stressantes.

Entretanto, investigações posteriores evidenciaram que existe uma reduzida consistência para diferentes situações no *coping*, os sujeitos tendem a responder a diferentes eventos de distintas formas (Cohen & Lazarus, 1973). Para além de não contemplar as variáveis situacionais no *coping*, a conceção de coping como um traço, está também limitada, por considerar qualquer evento stressante como um fenómeno estático e invariável (Lazarus & Folkman, 1984). Devemos ainda considerar que as repostas de *coping* individuais a um evento específico podem também variar ao longo do tempo (Conway & Terry, 1992).

Tradicionalmente, a abordagem do *coping* como traço, era utilizada na relação entre este e o stress. Assim sendo, o *coping* era considerado como sendo um traço único e unidimensional, quer esteja presente ou ausente. Esta visão do *coping* simplifica em demasia o papel da situação, não tendo em conta, que diversas estratégias de *coping* são utilizadas no mesmo evento e que as estratégias usadas pelos indivíduos variam de acordo com os distintos contextos em que ocorrem (Dolan & White, 1988).

Lazarus e Folkman (1984) definiram o *coping* como um processo complexo, dinâmico, específico em relação à situação e ao momento temporal do acontecimento, não sendo apenas uma resposta a um estímulo externo, mas um processo ativo e contínuo que determina e influencia o que ocorre durante o episódio de *coping*. Estes autores, distinguiram dois tipos de *coping*: estratégias focadas nas emoções e estratégias focadas no problema.

As estratégias focadas nas emoções refletem as respostas emocionais a situações potencialmente ameaçadoras, enquanto as estratégias de *coping* focadas no problema são direcionadas para a gestão e resolução da situação (Dolan & White, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Diversos estudos mostram que o uso de *coping* focado no problema tem geralmente um efeito positivo na adaptação ao stress, estando correlacionadas negativamente com sintomatologia psicopatológica (Billings & Moos, 1985; Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Em oposição, o uso de estratégias focadas nas emoções está frequentemente associado a uma relação negativa com o processo de adaptação (Aldwin & Revenson, 1987; Holahan & Moos, 1986; Nowack, 1989).

Moos e Schaefer's (1993) caracterizaram quatro categorias relativas ao *coping*, de forma a facilitar a investigação de possíveis diferenças entre géneros e entre as dimensões enfrentar ou aproximação/evitante e cognitivo/comportamental: (1) *coping* de enfrentar/aproximação comportamental - procura de orientação e suporte, efetuar ações concretas para lidar diretamente com a situação ou as suas repercussões; (2) *coping* de

enfrentar/aproximação cognitivo - análise lógica, reavaliação positiva, ensaio mental de ações alternativas e as suas consequências, aceitar a realidade da situação, mas reestruturando-a de forma a encontrar algo favorável; (3) *coping* de evitamento comportamental – procurar recompensas alternativas, ventilação emocional e adoção de comportamentos redutores de tensão tais como, agir impulsivamente, comer de forma compulsiva e tomar psicofármacos ou outros tipos de substâncias; (4) *coping* de evitamento cognitivo – respostas com o objetivo de negar ou minimizar a gravidade de uma crise e das suas consequências, aceitar a situação tal como ela é e decidir que as circunstâncias não podem ser alteradas (Blalock & Joiner, 2000; Cronkite & Moos, 1995).

Ao utilizar o esquema de Moos e Schaefer (1993) para analisar as diferenças de géneros tendo em conta a classificação do *coping*, os dados das investigações apresentaram os seguintes resultados: os sujeitos do sexo masculino utilizam com maior frequência estratégias de enfrentar/aproximação, tanto cognitivas como comportamentais, com exceção da estratégia comportamental de suporte social, que as mulheres utilizam mais. Na categoria evitamento comportamental, as mulheres têm uma superior probabilidade que os homens, de utilizar a ventilação emocional, auto-cuidados e relaxamento, enquanto os homens utilizam com maior regularidade álcool e drogas, como forma de evitamento comportamental (Ben-Zur & Zeidner, 1996; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Ptacek, Smith, & Dodge, 1994; Ptacek, Smith & Zanas, 1992; Vingerhoets & Van Heck, 1990).

Diversos estudos evidenciaram que as mulheres tendem a utilizar estratégias de *coping* com o objetivo de alterar as suas respostas emocionais às situações de stress, enquanto os homens usam mais métodos focados no problema ou instrumentais para lidar com este tipo de situações (Endler & Parker, 1990; Matud, 2004; Ptacek et al., 1994). Tem-se colocado a hipótese de que as diferenças de sexo na forma como se habitualmente usa o *coping* para lidar com o *stress* poderá ser uma razão pela qual as mulheres tendem a reportar maior níveis de *distress* psicológico e sintomas de ansiedade e depressão que os homens. Vários estudos apontam para que as mulheres tenham tendência para utilizar mais que os homens, estratégias focadas nas emoções ao lidar com situações de stress, que no geral manifestam uma maior associação à depressão e ansiedade (Matud, 2004; Mazure & Maciejewski, 2003; Mezulis et al., 2002).

Neste sentido a literatura tem evidenciado que as mulheres que utilizam mais estilos de *coping* focado nas emoções reportam o maior número de sintomas de ansiedade e depressão, quando comparadas com as pessoas do sexo feminino que utilizam estas

estratégias com menor frequência (Bennett et al., 2005; Cohen, 2002). Outros estudos concluíram que o uso dos mesmos estilos negativos de *coping* cognitivo para lidar com o stress apresentaram igualmente níveis superiores de sintomatologia depressiva e de ansiedade no sexo feminino. (Blalock & Joiner, 2000; Mazure & Maciejewski, 2003). No estudo de Blalock e Joiner (2000) o evitamento cognitivo estava significativamente relacionado ao aumento nos sintomas de depressão e de ansiedade ao longo do tempo no sexo feminino, mas não no masculino. Assim sendo uma interação entre o sexo biológico e os métodos de lidar com o stress podem estar relacionados com os níveis de afetividade e emocionais negativos (Kelly et al., 2008).

Pessoas que habitualmente utilizam de forma flexível estratégias de *coping*, focadas no problema e focadas nas emoções, simultaneamente ou em períodos diferentes, ao longo da evolução da doença tendem a conseguir melhor adaptação, dependendo da forma como são utilizadas. As estratégias centradas nas emoções podem ser adaptativas quando o problema tem uma resolução sem grande intervenção do indivíduo, ou quando são uma forma eficaz de reduzir o *distress*. Contudo é importante que não interfiram com o *coping* ativo para lidar com a doença (Cameron & Wally, 2015). De acordo com “*Goodness of Fit Hypothesis*” proposta por Lazarus e Folkman (1984) e Forsythe e Compas (1987), a eficácia das diferentes estratégias de *coping* varia em função de quão controlável é a situação. Em eventos controláveis as estratégias de *coping* focadas no problema (tentativas de gerir a situação) são mais adaptativas, enquanto a utilização de *coping* centrado nas emoções (estratégias de controlo das reações emocionais ao evento) seria mais desadaptativo. Por outro lado, quando as situações são avaliadas como incontroláveis é proposto que ocorra o oposto, sendo as estratégias focadas nas emoções mais adaptativas e as centradas no problema não adaptativas.

Os resultados obtidos pelas investigações de Forsythe e Compas (1987), numa amostra universitária em eventos de maior e menor *distress*, e de Vitaliano e colaboradores (1990), ao estudar a associação entre os sintomas depressivos e as estratégias de *coping* utilizadas, encontraram evidência significativa para suportar a “*Goodness of Fit Hypothesis*”, as estratégias de *coping* focadas nas emoções foram mais adaptativas e correlacionadas com menores sintomas psicopatológicos quando as situações eram percecionadas como incontroláveis, ao contrário das estratégias focadas no problema, mais eficazes quando os eventos eram percecionados como controláveis.

Estratégias de *Coping* durante a Pandemia Covid-19

De forma a utilizar os mecanismos de *coping*, é importante avaliar cuidadosamente, não só a situação, como também as características pessoais. Nesta situação de crise pandémica, as pessoas podem alterar o seu sentido de responsabilidade, discernimento e de capacidade para agir, num ambiente de acrescida informação que é alterada rapidamente, a desinformação agravou-se. Torna-se de considerável importância reforçar o sentido de autoeficácia, recordando os sujeitos das suas qualidades e capacidades, bem como dos mecanismos de *coping* utilizados no passado. As aprendizagens dos indivíduos que vivenciaram experiências, em que lidaram com ansiedade, *distress*, ou mesmo traumas, podem ser de grande utilidade e exemplo para fortalecer e melhorar os mecanismos de *coping* nesta fase pandémica, a um nível interpessoal mais global (Stone, 2020).

Numa fase com elevados níveis de stress e instabilidade como é esta que temos vivido durante a pandemia covid19, os indivíduos, frequentemente, recorrem a estratégias de *coping* focado nas emoções, habitualmente envolvendo o evitamento. O abuso de substâncias, a dependência do jogo e a utilização compulsiva da internet poderão permitir evitar a ansiedade temporariamente, mas não são eficazes a longo prazo. Existem também estratégias focadas nas emoções mais problemáticas e perigosas como a violência doméstica, na qual os sujeitos dirigem as suas emoções para a violência e para os outros (Usher et al., 2020).

Relativamente às medidas de contenção do vírus e da pandemia, algumas pessoas com níveis elevados de ansiedade, demonstram respostas extremas, tais como alimentação deficitária porque têm medo de ir ao supermercado ou práticas de limpeza compulsiva. Por outro lado, de forma a evitar o stress, as estratégias de *coping* focado nas emoções podem consistir em fingir que o problema pandémico não existe, provocando comportamentos de risco como estar com muito gente sem os devidos cuidados (máscara e distanciamento social), e.g., em praias ou festas (Stone, 2020).

Independentemente do quão organizado ou concentrado se está, o stress relativo à pandemia mantém-se, mesmo que o *coping* seja focado no problema. Nestas circunstâncias, Folkman e Larazus (1984) sugerem que se deve complementar e contar com estratégias de *coping focadas no sentido (meaning-focused)* para lidar com as problemáticas diárias, a instabilidade e imprevisibilidade (Stone, 2020). A existência de um sentido é importante e ajuda-nos no processo de *coping* (Biggs, Brough & Drummond, 2017).

Durante uma pandemia, os indivíduos não se encontram em segurança, o *coping* pode reduzir as consequências do trauma e melhorar a resiliência, mas não pode diminuir totalmente o risco existente. Alguns indivíduos, que lidaram com traumas durante toda a sua vida, têm uma reduzida capacidade adicional para o *coping* (Stone, 2020). No estudo de Ivbijaro et al (2020), a maioria dos participantes fez um esforço para encontrar estratégias de *coping* para o confinamento, sendo as mais comuns: 1) manter-se em contacto com os amigos e família através do telemóvel/vídeo (28%); 2) exercício no interior ou exterior (27%); 3) e meditação ou auto-cuidados (26%). Para alguns, foi o trabalho e o suporte dos colegas que ajudou a reduzir o isolamento e permitiu reassegurar algum grau de normalidade

A flexibilidade psicológica é a capacidade de reconhecer e adaptar às exigências situacionais na procura de resultados significativos pessoais a longo prazo, consistentemente associada a reduzidos níveis de ansiedade, stress, depressão e um maior bem-estar. A relação entre esta flexibilidade e os comportamentos de *coping* na pandemia Covid-19, apresenta uma relação inversa significativa com as respostas de *coping* de evitamento e uma reduzida relação positiva com comportamentos de *coping* de aproximação (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020).

Por outro lado, a inflexibilidade psicológica, principalmente na forma de evitamento experiencial, propensão excessiva de evitar experiências, pensamentos, sentimentos e situações difíceis (Hayes et al., 1996), bem como na tendência para estratégias comportamentais, emocionais ou psicológicas rígidas e inflexíveis, está relacionada com estratégias de *coping* mais desadaptativas e menor saúde psicológica e emocional (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020).

Segundo o estudo de Chen e colegas (2018) a idade estava associada negativamente ao *coping* focado no problema, tendo os adultos mais velhos menor probabilidade de utilizar estratégias focadas no problema em situações de stress. Isto poderá dever-se a maiores exigências dos “stressores” relacionados com a saúde e um decréscimo nos recursos de *coping* tais como as crescentes vulnerabilidades fisiológicas (Charles & Luong, 2013; Folkman et al., 1987). O envelhecimento está também associado a um aumento da incidência de problemas de saúde, deficiência ou invalidez, solidão e luto (Blandin & Pepin, 2017; Cheng, Lau, & Chan, 2014; Mick et al., 2018).

Dados de diversas investigações sugerem que, durante o processo de envelhecimento, os sujeitos experienciam uma transição das estratégias de *coping* focadas no problema para um *coping* mais focado nas emoções (Cavanaugh & Blanchard-Fields,

2011; Chen, Peng, Xu, & O’Brain, 2018; Mélendez, Benlluire, & Mayordomo, 2017; Mélendez, Mayordomo, Sancho, & Tomás, 2012).

Os adultos mais velhos experienciam superiores limitações funcionais e percebem uma maior incontabilidade relativa à senescência (Mullen et al., 2012; Murabito et al., 2008). Pelo contrário, indivíduos mais jovens, tendem a experienciar consideravelmente menos limitações, e assim são mais capazes de tomar ações diretas, focadas no problema, para lidar com as situações de maior stress (Cheng, Lau & Chan, 2014).

Ansiedade, Depressão e *Coping*

As perturbações de ansiedade são muito comuns nos idosos, chegando mesmo a apresentar uma maior prevalência, quando comparadas com a depressão e outras perturbações nestas idades. (Wolitzky-Taylor et al., 2010). O *coping* bem-sucedido face aos agentes “stressores” é considerado uma parte essencial do envelhecimento, definida como um processo multidimensional composto por esforços cognitivos, comportamentais e emocionais para alterar situações de stress (Carver & Scheier, 1994; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* é um importante mediador entre a ansiedade e a depressão e o bem-estar emocional e, tendo em conta que os idosos tendem a experienciar com maior frequência eventos de vida negativos, o *coping* eficiente é particularmente importante. No estudo de Orgeta & Orrell (2014) numa amostra de sujeitos entre os 59 e os 96 anos, a reformulação positiva estava correlacionada negativamente, tanto com a ansiedade como com a depressão, tendo os indivíduos que reportam o uso desta estratégia, menor probabilidade de experienciar *distress* psicológico. Por outro lado, elevados níveis de evitamento comportamental (behavioral disengagement), auto-culpabilização, ventilação e negação ou denegação (denial) estavam associados a superiores níveis de ansiedade e depressão. Por último, uma maior sintomatologia depressiva estava também associada a um menor uso de estratégias focadas no problema em geral e de planeamento.

Os adultos mais velhos utilizam recursos de *coping* de forma eficiente quando lidam com situações adversas. O aumento da idade está associado a uma maior utilização da estratégia focada nas emoções de distanciamento de si mesmo em eventos negativos e a uma maior capacidade de controlar as emoções quando comparados com os mais jovens (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Seay, 2007; Carstensen, Fung & Charles, 2003; Carstensen & Mikels, 2005).

Evidência com base em estudos longitudinais sugere que o uso de estratégias de *coping* tais como: (1) evitamento; (2) despersonalização (detachment); e (3) distanciamento do stressor, recurso a formas de expressão emocionais (emotional discharge) e de respostas cognitivas passivas como respostas a eventos negativos, pode levar a um aumento dos sintomas depressivos. Por outro lado, a utilização de estratégias de *coping* ativas estão associadas a menores níveis de humor depressivo. (Billings & Moos, 1985; Folkman et al., 1993; Holahan & Moos, 1987; Sherbourne et al., 1995; Swindle, Cronkite, & Moos, 1989; Timko, Stovel, & Moos, 1992).

Apesar de existir uma elevada robustez de evidência científica indicativa de que as formas de *coping* de evitamento e focadas nas emoções são fatores de risco para a depressão, a evidência que as mulheres utilizam mais frequentemente estas estratégias do que os homens é por vezes contraditória (BenZur & Zeidner, 1996; Carver et al., 1989; Pearlin & Schooler, 1978; Porter & Stone, 1995).

A depressão e a ansiedade não são causadas diretamente por fatores de stress, mas resultam antes da perceção individual e a reação aos referidos fatores (Beck & Clark, 1997). A utilização de estratégias de *coping* eficazes para lidar com situações de stress atenua o impacto da forma como os acontecimentos são experienciados (Mahmoud, Staten, Hall & Lennie, 2012).

Num estudo de Mahmoud, Staten, Hall e Lennie (2012), e de acordo com estudos anteriores (Bayram & Bilgel 2008; Wong et al. 2007), nos resultados para a depressão não houve diferenças de género. Relativamente às pontuações referentes aos níveis de ansiedade, as estudantes do sexo feminino apresentaram níveis de ansiedade e stress mais elevados que os seus pares do sexo masculino, diferença também consistente com evidência descrita na literatura (Chapell et al., 2005; Howley & Dickerson, 2009; Misra & McKean, 2000). Esta diferença é frequentemente justificada pela maior e mais habitual utilização por mulheres, de estratégias de *coping* focadas nas emoções, sendo estas usualmente consideradas formas de *coping* ineficaz (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & van den Kommer, 2004; Hanninen & Aro, 1996).

Neste estudo de Mahmoud e colaboradores (2012), onde também foi utilizado o instrumento *Brief Cope*, algumas das estratégias de *coping* focado nas emoções foram categorizadas como adaptativas, como a reavaliação positiva e a procura de suporte social, ao contrário de outras estratégias categorizadas como maladaptativas, tais como a autoculpabilização e a negação. Obtiveram como resultados que, apesar das estudantes

do sexo feminino apresentarem mais, tanto estratégias adaptativas como maladaptativas que os do sexo masculino, manifestaram também superiores níveis de ansiedade.

O uso de estratégias de *coping* maladaptativas, como a autculpabilização, a negação e desistência, foram o principal preditor dos níveis de depressão, ansiedade e stress, seguidos pela satisfação com a vida, com uma influência relativamente reduzida nestes fatores, nos estudantes. A utilização de comportamentos de *coping* adaptativos não constituiu um preditor de nenhum dos níveis destas três dimensões. Estes resultados são relevantes para a prática clínica, dado que frequentemente as intervenções centram-se principalmente no treino e reforço positivo da utilização de estratégias de *coping* adaptativas, com base nos grupos de suporte social, prática de exercício físico, exercícios de meditação/ *mindfulness* (Beddoe & Murphy, 2004; Jain et al., 2007; Oppenheimer, 1984; Steptoe et al., 1997). Apesar de estas estratégias serem úteis na promoção da saúde dos estudantes, o seu efeito na redução dos níveis de depressão, ansiedade e stress é incerto e indefinido (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

Os estudantes que vivem com alguém ou pertenciam a alguma organização social manifestaram menores níveis de depressão, ansiedade e stress quando comparados com estudantes que não se encontravam nestas condições. Os indivíduos que se identificavam mais como sendo religiosos apresentaram menores níveis de ansiedade do que os que não se identificavam e as estudantes do sexo feminino encontravam-se mais ansiosas que os seus colegas do sexo masculino. Encontrou-se uma associação positiva entre as estratégias de *coping* maladaptativas e níveis significativamente superiores de ansiedade e depressão, ao contrário dos comportamentos adaptativos que não apresentaram relações significativas.

Dados demográficos referentes à etnicidade e local de residência não estavam associados significativamente aos níveis de ansiedade e depressão, por outro lado, uma superior insatisfação com a vida estava relacionada com maiores níveis de ansiedade, depressão e stress. O *coping* maladaptativo e a satisfação com a vida, foram os únicos fatores preditores independentes numa regressão múltipla separada das três variáveis dependentes: depressão (60% da variância explicada pelos dois fatores ansiedade e depressão) e ansiedade (43% da variância explicada pelos dois fatores) e stress (50% da variância explicada pelos quatro fatores, incluindo o género e a média das notas), sendo que no stress para além destes dois fatores, também foram preditores significativos o género e a média das suas notas escolares (Mahmoud, Staten, Hall & Lennie, 2012).

Saniah e Zainal (2010) mostraram que níveis de depressão se apresentavam mais elevados quando associados ao desinvestimento comportamental e à auto-culpabilização. As estratégias de *coping* focadas nas emoções estavam associadas a mais elevados níveis de ansiedade como, a negação, desinvestimento comportamental e a ventilação (Saniah e Zainal, 2010). Em oposição, estratégias como a aceitação, reenquadramento positivo e o humor estão associadas a níveis mais baixos de *distress* em pacientes oncológicos. Apesar dos indivíduos experienciarem uma situação de stress semelhante, os seus níveis de *distress* manifestaram uma elevada variação, resultante das estratégias de *coping* utilizadas (Carver et al., 1993).

Apesar das estratégias de *coping*, que têm a possibilidade de ser aprendidas e melhoradas, tenderem a ser, frequentemente, associadas à regulação de emoções negativas e *distress*, estas ocorrem em simultâneo com emoções positivas que podem contribuir para benefícios na saúde, ao serem utilizadas estratégias de *coping* adequadas (Folkman and Moskowitz, 2004).

Ansiedade, Depressão e *Coping* durante a Pandemia Covid-19

As estratégias de *coping* são respostas dinâmicas a uma situação específica, como é o caso da pandemia covid-19, quando existe um esforço para reduzir ou evitar os efeitos da situação adversa. Estratégias comuns adotadas em pandemias anteriores incluem o *coping* focado no problema; a procura de suporte social; e avaliação ou apreciação positiva da situação. Adicionalmente, a adoção de comportamentos de *coping* de evitamento estavam associados de forma positiva com todos os índices de *distress*, e associados de forma negativa com o bem-estar (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020; Gurvich, et al., 2020).

De acordo com os resultados do estudo de Gurvich e colegas (2020), relativamente a quais as estratégias de *coping* mais eficazes para a saúde mental durante a pandemia Covid-19, os estilos de *coping* associados significativamente com níveis de depressão mais elevados foram a auto-distração (selfdistraction), o evitamento comportamental (behavioural disengagement) e a autculpabilização. A reformulação positiva estava associada de forma significativa a menores valores de depressão. A auto-culpabilização e o evitamento comportamental, bem como a utilização de suporte instrumental, evidenciaram uma associação significativa com superiores níveis de ansiedade. Pelo contrário, a aceitação como estratégia de *coping* estava significativamente associada a reduzidos valores de ansiedade.

As estratégias de *coping* supracitadas associadas a uma melhor saúde mental no estudo de Gurvich e colaboradores (2020) foram as estratégias de *coping* emocional positivas: a aceitação, reformulação positiva e a utilização de humor. O *coping* focado nas emoções positivo envolve ser-se gentil e compreensivo consigo mesmo, ao tentar resolver um problema de forma autônoma, independentemente do sucesso e a utilização de transformações cognitivas que permitam elicitar emoções positivas e acalmar. Este tipo de *coping* possui algumas características semelhantes à reformulação positiva, estratégia reportada como eficaz na redução da depressão; e ao humor, que facilita a regulação emocional e está associado a melhores níveis de saúde mental, estando neste estudo significativamente associado a menores pontuações de stress (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Gurvich, et al., 2020; Horwitz et al., 2018; Stanislawski, 2019).

O *coping* emocional negativo inclui auto-criticismo ao lidar com o problema, centrando a atenção nos aspetos negativos da situação adversa (ex. ruminação) e nas emoções negativas (ex. pressionado, tensão ou raiva). Esta forma de *coping* está relacionado com a auto-culpabilização, o auto-criticismo, a aceitação de responsabilidade e a ruminação (Carver, 1997; Connor-Smith et al., 2000; Stanislawski, 2019).

Resiliência

Apesar do stress natural imposto por uma pandemia, sabemos que os humanos conseguem ser bastante resilientes em circunstâncias adversas. Rutter (2012) define a resiliência como a reduzida vulnerabilidade para experiências de risco do ambiente, a superação de stress ou adversidade, ou consequências e resultados relativamente bons a despeito de experiências de risco. No estudo de Sturman (2020), este conceito foi formulado como a capacidade de se recuperar do stress. Outros autores, Duckworth, Peterson, Matthews e Kelly (2007) concebem a resiliência como o esforço centrado em alcançar sucesso numa tarefa, independentemente dos desafios que surjam, e a capacidade de ultrapassar obstáculos. Numa meta-análise os resultados sugeriram que a resiliência aparenta ter um papel na proteção da saúde mental, em acelerar a recuperação e a mitigar os efeitos de uma crise (Davydov et al., 2010). Tugade e Fredrickson (2004) descrevem a resiliência como uma recuperação rápida e eficaz após o stress, enquanto Patel e Goodman (2007) conceptualizam-na como a capacidade de preservar a saúde mental, quando confrontado com determinado tipo de adversidade. Textos publicados pela *American Psychological Association* (2014) referem a resiliência como um processo de adaptação à adversidade, trauma, tragédia, ameaça e situações de stress importantes.

Luthar, Cicchetti e Becker (2000), bem como Rutter (2012), consideram a resiliência um conceito dinâmico e um processo que engloba a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa. Outros investigadores definiram-na como um traço de personalidade, um conjunto de características que capacitam os indivíduos de se adaptarem e protegerem de circunstâncias negativas e do stress. (Connor & Davidson, 2003; Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006). De acordo com a investigação, o suporte social é fundamental para a resiliência quando esta é considerada um processo/resultado (Gaffey et al. 2016; Sippel et al., 2015). Contudo se considerarmos a resiliência um traço de personalidade, de acordo com o estudo de Li e colaboradores (2021), foi possível compensar os efeitos de uma reduzida resiliência na saúde mental, apenas no grupo com o suporte social mais elevado.

Os resultados do estudo de Karataş e Tagay (2021) evidenciam que existem níveis de resiliência superiores nos indivíduos com elevados níveis de esperança, sentido de vida e satisfação com a sua vida e que não tenham tido uma experiência de trauma psicológico, sendo que estas variáveis predisseram a resiliência de uma forma positiva e significativa. Segundo os resultados de Román e colegas (2020) existe ainda evidência para uma associação positiva e significativa entre uma elevada resiliência e fatores relevantes durante o distanciamento social, como a perceção do evento disruptivo pandémico como uma oportunidade.

Sturman (2020) recolheu as respostas da sua amostra em dois períodos distintos: em Novembro e Dezembro de 2019 previamente ao surto de Covid-19 em Nova Iorque e a meio de Abril durante o pico da pandemia. Nos resultados obtidos em ambas as recolhas, tal como no estudo de Song e colaboradores (2020), destacou-se que os sujeitos do sexo masculino apresentaram uma resiliência significativamente superior quando comparados com as do sexo feminino. Os participantes do sexo masculino obtiveram igualmente no primeiro momento níveis de ansiedade generalizada significativamente menores e na segunda recolha valores significativamente inferiores da perceção total de stress. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Barzilay et al (2020), onde as participantes do sexo feminino, durante a pandemia, também apresentaram maiores níveis quer de ansiedade, quer de depressão.

Outros estudos anteriores à pandemia também referiram o sexo feminino como tendo superior probabilidade de percecionar maior *distress* devido a um mais elevado foco nos aspetos negativos dos eventos de stress. (Dévieux, et al., 2013; Nygaard & Heir, 2012). Esta evidência manteve-se consistente durante a pandemia Covid-19, tendo-se

manifestado um maior impacto psicológico nas mulheres que nos homens (Özdin & Özdin, 2020). Do mesmo modo, no estudo de Román-Mata e colegas (2020) os níveis de resiliência baixos foram mais comuns no sexo feminino e níveis superiores foram mais frequentes no gênero masculino. Destacam-se por último as diferenças de gênero, nomeadamente quando os níveis de resiliência eram reduzidos, as participantes do sexo feminino sofreram muito mais do que os do sexo masculino com o impacto do Covid-19 (Xiao et al., 2020).

Nos resultados do estudo de Xiao e colaboradores (2020), e de acordo com Yıldırım, Geçer e Akgül (2021), as participantes do sexo feminino apresentaram uma maior perceção do risco de adquirir Covid-19 do que os do sexo masculino, o que poderá explicar as diferenças de gênero, dado que a perceção de risco, quando incluída no modelo de mediação reduziu a significância dos efeitos do gênero, e está associada significativamente com as respostas psicológicas (Olagoke, Olagoke, & Hughes, 2020). No estudo de Petzold e colegas (2020), no qual as participantes do sexo feminino também apresentaram sintomatologia depressiva e de ansiedade significativamente maiores que os do sexo masculino, a média da perceção de risco de ser infetado com covid-19 no mês seguinte foi de 38,3%, superior à de ser infetado com a influenza (“flu”) 18,2%. Tal como nos estudos acima referidos, as mulheres avaliaram ambos os riscos (Covid-19=40,17% e Influenza=18,92%) como mais elevados que os homens (Covid-19=33,93% e Influenza=16,60%) e também passavam mais tempo a pensar no Covid-19 por dia.

No seu estudo Li e colegas (2021) dividiram a amostra em três grupos: adultos mais jovens (18 aos 25 anos); adultos (25 aos 59 anos) e adultos mais velhos (60 aos 85 anos). Chegaram à conclusão que tanto o suporte social como a resiliência estavam associados positivamente à saúde mental. Os adultos mais jovens reportaram suporte social significativamente superior (menos na dimensão da família, igual à dos adultos mais velhos e inferior nos adultos), que os adultos e estes apresentaram um suporte social significativamente maior que os adultos mais velhos. Quanto à resiliência os adultos e adultos mais velhos reportaram uma resiliência significativamente superior à dos adultos mais jovens. No final os adultos mais velhos foram quem apresentou níveis de saúde mental significativamente mais elevados, não havendo diferenças entre os outros dois grupos. Isto destaca a importância da resiliência na saúde mental, dado que o grupo com menor suporte social apresentou os níveis mais elevados de saúde mental.

Isto poderá dever-se à teoria da seletividade socio-emocional, suportada pelos resultados do estudo de Li e et al (2021), na qual à medida que os indivíduos vão tendo

maior percepção das limitações temporais da vida ao envelhecer, têm maior probabilidade de passar o seu tempo com relações próximas emocionalmente, do que os sujeitos mais jovens. De acordo com esta teoria, ao envelhecer, os indivíduos diminuem o tamanho das suas redes sociais e centram-se em círculos mais pequenos de amigos e familiares (Carstensen, 1992, 1995; Carstensen & Fredrickson, 1998; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Nos estudos de Fung, Carstensen e Lang (2001) e de Green e colegas (2001) os adultos mais velhos tinham uma maior proporção de relações próximas e menor de relações distantes/insignificantes nas suas redes sociais, quando comparados com os adultos mais jovens.

De acordo com o estudo de Ueno, Hirano & Oshio (2018), no Japão, os resultados indicaram uma tendência linear de aumento da resiliência com a idade. Igualmente Matzka e colegas (2016) chegaram à conclusão de que a resiliência estava associada de forma significativamente positiva ao nível de atividade, e tinha a associação negativa mais significativa do estudo com o *distress* psicológico, ao contrário do suporte social, que não apresentou uma associação significativa com o *distress*. A idade, que também estava associada negativamente com o *distress* psicológico, apresentou um efeito de moderação entre a resiliência e os dois principais resultados, o *distress* psicológico e o nível de atividade. No estudo de Rothermund e Brandtstädter (2003) a idade estava associada a um pouco significativo aumento nos níveis de depressão. Contudo ao longo de 8 anos. o aumento destes efeitos foi surpreendentemente reduzido no grupo de idades mais avançadas, quando comparado com os valores médios, o que evidenciou um elevado potencial de resiliência e capacidade dos sujeitos mais velhos para suportar perdas relativas à idade como: 1) no estado de saúde; 2) funcionamento diário; 3) número de amigos; 4) crenças de controlo interno; 5) e abertura a perspetivas futuras.

Resiliência, Ansiedade e Depressão

Nas situações de emergência e de elevados níveis de stress, as pessoas podem desenvolver vários quadros psicopatológicos, em particular: 1) perturbação pós-traumática; 2) perturbação de depressão major; 3) perturbação de ansiedade generalizada; 4) e no caso da morte de um familiar, um luto complicado ou patológico (*American Psychiatric Association*, 2013).

No entanto, está descrito na literatura que, durante períodos de emergência, diversas pessoas são capazes de utilizar os seus recursos internos – resiliência, o que lhes permite manter a saúde mental (Bonanno, 2004). A complexidade e a propagação dos

efeitos da pandemia Covid-19 têm o potencial para comprometer as capacidades naturais do indivíduo de responder de uma forma resiliente (Fiorillo & Gorwood, 2020). Torna-se então fundamental que o objetivo das intervenções psicológicas, na fase aguda da pandemia, seja manter os recursos existentes e reforçar fatores protetores relativamente ao stress pós-traumático e ao luto patológico (Horesh & Brown, 2020; Lissoni et al., 2020).

A resiliência está positivamente relacionada com a forma como se encara e reage a eventos de adversidade e de stress (Urcos et al., 2020). Com base em múltiplos estudos, os níveis de resiliência, durante a pandemia Covid-19, têm estado associados negativamente com a ansiedade (Barzilay, et al., 2020; Killgore, et al., 2020; Mosheva, et al., 2020; Ran, et al., 2020; Roberts, et al., 2021; Setiawati, et al., 2021; Zhang, et al., 2020) e com a depressão (Barzilay, et al., 2020; Killgore, et al., 2020; Ran, et al., 2020; Roberts, et al., 2021; Verdolini, et al., 2021; Zhang, et al., 2020).

O Presente Estudo

Existem diversos estudos referentes ao impacto isoladamente das variáveis resiliência, estratégias de *coping* e da idade nos níveis de sintomatologia psicopatológica. De acordo com a literatura, as estratégias de *coping* focadas nas emoções têm estado, ao contrário das focadas no problema, associadas a maiores níveis de ansiedade e depressão e a resiliência constitui-se um fator protetor da sintomatologia psicopatológica. Em conformidade com diversos estudos existe um aumento linear da resiliência com a idade, e os adultos mais velhos aparentam possuir uma inferior sintomatologia psicopatológica. O envelhecimento está ainda associado a uma transição das estratégias de *coping* focadas no problema para um *coping* mais focado nas emoções.

Neste sentido foram elaboradas cinco hipóteses principais de acordo com a literatura previamente referida, nas quais me irei centrar neste estudo:

1) A variável idade prediz os valores das estratégias *coping*, resiliência e sintomatologia psicopatológica.

2) Espera-se que indivíduos com mais de 65 anos apresentem maiores níveis de resiliência e de estratégias de *coping* focadas nas emoções e menores do uso de estratégias focadas no problema e de sintomatologia psicopatológica, incluindo a ansiedade e a depressão.

3) A utilização de estratégias de *coping* focadas no problema está associada a menores níveis de sintomatologia psicopatológica, incluindo a ansiedade e a depressão, e estratégias focadas nas emoções associadas a maior sintomatologia.

4) Superiores níveis de resiliência estão associados a uma menor sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a ansiedade e a depressão.

5) São esperadas diferenças de género nas variáveis em estudo, principalmente níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, incluindo a ansiedade e a depressão, nas participantes do sexo feminino.

A pertinência da presente investigação prende-se com as variáveis em estudo e com a especificidade do local e do período vivencial em que se recolheu a amostra, o primeiro estado de emergência por Covid-19 em Março de 2020, em Portugal, período este repleto de incerteza e obstáculos a diversas áreas da vida dos sujeitos. É relevante também o estudo da variável idade, pela sua importância no risco de mortalidade neste período, e o estudo de como três grupos etários utilizam o *coping* e a resiliência para lidar e confrontar a sintomatologia psicopatológica, incluindo a ansiedade e a depressão, mais prevalente durante este período de adversidade e de crise pandémico.

Quando o estudo foi realizado, existiam muitas investigações sobre a incidência dos sintomas e dos quadros psicopatológicos no contexto da pandemia covid19, mas escassos estudos a nível nacional e internacional sobre a relação destes quadros e dos fatores demográficos com outros fatores subjacentes, nomeadamente a resiliência e as estratégias de *coping*. Foi nesse sentido e de forma a aprofundar os processos psicológicos envolvidos que foram selecionadas estas variáveis, consideradas na literatura científica como determinantes relevantes da saúde mental das pessoas em geral e que devem também ser consideradas nos respetivos processos de recuperação.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 644 indivíduos, dos quais foram excluídos dois participantes por terem respondido invalidamente ao questionário. A amostra, por conveniência, para se encontrarem em condições de participar os sujeitos tinham como requisito terem uma idade igual ou superior a 18 anos.

De entre os 642 participantes, 202 são do sexo masculino e 440 do sexo feminino, as suas idades estão compreendidas entre os 18 e os 93 anos ($M = 42.71$; $DP = 21.24$; Mediana = 36) e divididas em dois grupos: participantes com menos de 65 anos e participantes com uma idade igual ou superior a 65 anos. Os indivíduos são maioritariamente residentes na zona de Lisboa, licenciados, solteiros, estudam a partir de casa e afirmam não lhes ter sido diagnosticada qualquer perturbação mental no passado. Uma observação mais pormenorizada poderá ser feita a partir da Tabela 1.

Tabela 1

Número total de participantes (n=642)

Variável	Caraterização
Idade	Idade igual ou superior a 65 anos 163 (25,4%); Idade entre os 31 e os 64 Anos 170 (26,5%) Idade igual ou inferior a 30 anos 309 (48,1%)
Estado Civil	Solteiro 329 (51,2%); Casado/união de facto 231 (36%); Divorciado/separado 61 (9,5%); Viúvo 21 (3,3%)
Escolaridade	1º Ciclo 6 (0,9%); 2º Ciclo 3 (0,5%); 3º Ciclo 16 (2,5%); Ensino Secundário 102 (15,9%); Licenciatura 345 (53,7%); Mestrado 150 (23,4%); Doutoramento 20 (3,1%)
Distrito de Residência	Açores 14 (2,2%); Aveiro 10 (1,6%); Braga 8 (1,2%); Bragança 1 (0,2%); Castelo Branco 5 (0,8%); Coimbra 7 (1,1%); Évora 3 (0,5%); Faro 24 (3,7%); Leiria 12 (1,9%); Lisboa 469 (73,1%); Madeira 18 (2,8%); Portalegre 6 (0,9%); Porto 15 (2,3%); Santarém 11 (1,7%); Setúbal 31 (4,8%); Viana do Castelo 4 (0,6%); Vila Real 1 (0,2%); Viseu 3 (0,5%)
Situação Profissional/ Académica	Estudo a partir de casa 204 (31,8%); Encontro-me em casa, sem trabalhar nem estudar 195 (30,4%); Trabalho a partir de casa 165 (25,7%); Saio de casa para trabalhar 78 (12,1%)
Diagnóstico Perturbação Mental Passado	Não 509 (79,3%); Sim 128 (19,9%); Prefiro não responder 5 (0,8%)

Diagnóstico
Perturbação
Mental Atual

Não 237 (36,9%); Sim 55 (8,6%); Prefiro não responder 12 (1,9%)

Instrumentos

Brief COPE

É uma versão reduzida da versão original COPE (Carver et al., 1989) e uma escala de auto-preenchimento. A versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), é composta por 28 itens avaliando 14 dimensões (dois itens para cada dimensão) numa escala de *Likert* de cinco pontos (de 0 a 4), dividida em duas grandes categorias: estratégias de *coping* focadas no problema/ confronto (*approach*), apresentando esta 6 itens e estratégias de *coping* focadas nas emoções (*avoidant*) na qual estão igualmente compreendidos 6 itens. De acordo com uma análise fatorial de Eisenberg, Shen, Schwarz e Mallon (2012) os restantes dois itens, humor e religião, não faziam parte exclusivamente de nenhuma das estratégias de *coping* acima mencionadas, não devendo ser, de acordo com esta análise, incluídas. Esta escala já tinha sido utilizada para avaliar as estratégias de *coping* durante surtos de doenças epidémicas prévios ao do Covid-19. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver, 1997; Saniah & Zainal, 2010; Wong et al., 2005; Gurvich, et al., 2020). No estudo de adaptação do *Brief Cope* para português este apresentou, para os 14 fatores, uma consistência interna entre boa, superior a .70 e excelente .85 (n=1573), resultados que evidenciam uma consistência interna boa para a versão portuguesa (Maroco, Campos, Bonafé, Vinagre & Pais-Ribeiro, 2014). Na presente aplicação (n=642) do instrumento *Brief COPE* obteve-se igualmente uma consistência interna boa com Alfas de Cronbach de .87 para os itens referentes às estratégias focadas no problema e .73 para as focadas nas emoções.

BSI-18

Brief Symptom Inventory 18 (Derogatis, 2001) encontra-se validado na sua versão de português europeu (Nazaré, Pereira, & Canavarro, 2015) denominada de Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18, BSI-18 (Canavarro, Nazaré, & Pereira, 2017). Este instrumento, utilizado para avaliar sintomas psicopatológicos, nos últimos sete dias, pode ser aplicado a adultos (mais de 18 anos) da população geral e clínica, independentemente da patologia. É composto por 18 itens, numa escala de *Likert* de cinco pontos (0-4), divididos em três dimensões, cada uma com seis itens (Ansiedade, Depressão e

Somatização): ansiedade foca-se nos sintomas referentes a estados de pânico (tensão e nervosismo): depressão avalia os sintomas centrais das psicopatologias depressivas (tristeza, anedonia e ideação suicida); somatização analisa o mal-estar relativo a manifestações dos sistemas regulados automaticamente (náuseas, sensação de dormência e de fraqueza em partes do corpo). O Índice de Gravidade Global (IGG), somatório dos 18 itens, refere-se ao nível geral de mal-estar psicológico do sujeito, quanto mais elevada for a pontuação deste nível, maior será a sintomatologia psicológica. O instrumento, relativamente ao IGG, detém uma consistência interna muito boa, sendo o seu *Alfa de Cronbach* na amostra clínica de .93 e na amostra comunitária de .92 (Canavarro et al., 2017; Nazaré et al., 2015). Na amostra do presente estudo o IGG do BSI-18 apresentou valores de consistência interna muito bons, com um Alfa de *Cronbach* de .93, semelhantes aos valores de IGG da investigação original de validação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (Canavarro et al., 2017), .92 no grupo comunitário e .93 no grupo clínico.

CD-RISC

Connor-Davidson Resilience Scale, é uma escala desenvolvida com o objetivo de quantificar a resiliência psicológica e os efeitos clínicos do tratamento da ansiedade e depressão. É composta por 25 itens, numa escala de 5 pontos (0-não verdadeira a 4-quase sempre verdadeira). A escala é preenchida com base em como é que os indivíduos se sentiram no último mês. A pontuação total varia entre 0-100, sendo que pontuações mais elevadas revelam melhores níveis de resiliência. (Anjos et al., 2019; Connor & Davidson, 2003). Com base na análise fatorial de Connor e Davidson (2003) de dados de sujeitos da população geral, destacaram-se cinco fatores de maior relevância relativamente a esta escala: 1) corresponde a noção de competência pessoal, *standards* elevados e tenacidade; 2) reflete a confiança nos próprios instintos, tolerância ao efeito negativo, e intensificação dos efeitos do stress; 3) relativo à aceitação positiva da mudança e relações seguras; 4) associado ao controlo e; 5) às influências espirituais (Karairmak, 2010). O instrumento CD-RISC no seu estudo original (Connor & Davidson, 2003) apresentou bons níveis de consistência interna para a população geral com um Alfa de *Cronbach* de ,89 (n=577). Nesta investigação, este instrumento evidenciou valores de consistência interna muito bons, demonstrando um Alfa de Cronbach de .94.

Procedimento

A recolha da amostra ocorreu no período do final do Estado de Emergência (18 de Março a 2 de Maio) iniciando-se dia 27 de Abril e terminando no dia nove de Maio, teve início ainda durante o Estado de Emergência e foi prolongado até ao dia nove de Maio pois foi exatamente sete dias após o final do Estado de Emergência, dia dois, dado que os instrumentos BSI-18 e CD-RISC são relativos aos últimos sete dias e ao último mês, respetivamente. Foi efetuada online, tendo sido divulgado um *link* que direcionava os participantes para o questionário no formato de *Google Forms*, através das redes sociais, nomeadamente o *Facebook*, no qual foi utilizado um anúncio pago, de forma a aumentar o número de participantes, dirigido a indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos com um local de residência que não o de Lisboa.

A primeira página do questionário, constituída pelo consentimento informado (Anexo 1), refere o propósito do estudo, com uma duração de cerca de 10 minutos, que é anónima e confidencial, não sendo requerido qualquer nome ou outra forma de identificar os participantes, voluntária, podendo os participantes desistir a qualquer momento, não existindo riscos associados à sua participação; questionário sociodemográfico (Anexo 2) e por três questionários: Brief-Cope, Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18) e *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD – RISC).

Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27.

RESULTADOS

Análise Descritiva dos Três Grupos Etários

De forma a completar a prévia exposição dos dados referentes à estatística descritiva da amostra total, nesta seção procedeu-se à divisão dos participantes de acordo com a variável idade. Deste modo, permite uma análise preliminar de algumas das diferenças existentes entre os três grupos etários em análise (1-18 a 30; 2-31 a 64; e 3-mais de 65 anos), podendo ser observada em maior detalhe na Tabela 2. O primeiro aspeto que se destaca é um superior suporte marital nos grupos 2 e 3, contrastando com um suporte pouco significativo no grupo 1, constituído maioritariamente por indivíduos solteiros. De acordo com as percentagens obtidas na estatística descritiva, outra diferença relevante foi o grau de escolaridade mínima. Este foi superior no grupo 1, em que o grau de escolaridade mínima foi o 3º ciclo, seguido pelo grupo 2, 2º ciclo e por fim o grupo 3, 1º ciclo. No entanto, o grupo 2, dos 31 aos 64 anos é o que manifesta um maior grau de escolaridade, sendo os seus participantes os que apresentam a mais elevada percentagem de indivíduos mestres e doutorados, quando comparados com o grupo 3 e o grupo 1, não apresentando este último qualquer sujeito doutorado.

Por último é pertinente mencionar o facto de que a resposta de diagnóstico de perturbação mental no passado nesta amostra aumenta com a idade, afetando com maior significância os sujeitos com mais de 65 anos. Contudo, em relação à referência de diagnóstico de perturbação mental atual, este evidenciou ser mais significativo nos indivíduos com idades compreendidas até aos 30 anos. A diferença entre o diagnóstico de doença mental passado e atual mostrou-se ser proporcionalmente superior consoante a idade, especialmente no grupo 3 (26,4%-6,1%=20,3%), por comparação aos grupos 2 (18,8%-8,2%=10,6%) e 1 (17,2%-10%=7,2%).

Tabela 2

Estatística Descritiva dos Grupos Etários (1 -18 aos 30; 2 - 31 aos 64 e 3 - mais de 65)

Variável	1	2	3
Estado Civil	Solteiro 295 (95,5%); Casado/união de facto 14 (4,5%).	Solteiro 27 (15,9%); Casado/união de facto 113 (66,5%); Divorciado/ separado 29 (17,1%); Viúvo 1 (0,6%)	Solteiro 7 (4,3%); Casado/ união de facto 104 (63,8%); Divorciado/separado 32 (19,6%); Viúvo 20 (12,3%)
Escolaridade	3º Ciclo 1 (0,3%); Secundário 50 (16,2%);	2º Ciclo 2 (1,2%); 3º Ciclo 1 (0,6%); Secundário 13	1º Ciclo 6 (0,9%); 2º Ciclo 1 (0,6%); 3º Ciclo 14 (8,6%);

	Licenciatura 177 (57,3%); Mestrado 81 (26,2%)	(7,6%); Licenciatura 93 (54,7%); Mestrado 48 (28,2%); Doutoramento 13 (7,6%)	Secundário 39 (23,9%); Licenciatura 75 (46%); Mestrado 21 (12,9%); Doutoramento 7 (4,3%)
Diagnóstico Perturbação Mental Passado	Não 252 (81,6%); Sim 53 (17,2%); Prefiro não responder 4 (1,3%)	Não 137 (80,6%); Sim 32 (18,8%); Prefiro não responder 1 (0,6%)	Não 120 (73,6%); Sim 43 (26,4%)
Diagnóstico Perturbação Mental Atual	Não 122 (39,5%); Sim 31 (10%); Prefiro não responder 5 (1,6%)	Não 57 (33,5%); Sim 14 (8,2%); Prefiro não responder 2 (1,2%)	Não 58 (35,6%); Sim 10 (6,1%); Prefiro não responder 5 (3,1%)

Hipótese 1

De forma a responder à Hipótese 1, as médias e desvios padrão obtidos por meio da aplicação do instrumento *one-way Manova* foram calculadas para cada grupo etário 1 (18 aos 30 anos), 2 (31 aos 64 anos) e 3 (mais de 65 anos), dados estes que se encontram expostos na Tabela 3. Relativamente aos tipos de estratégias de *coping*, verificamos com base nos valores das médias que a variável idade é inversamente proporcional ao grau de utilização, tanto das estratégias focadas no problema, como das estratégias focadas nas emoções. Em relação aos valores médios totais do BSI-18, referentes ao nível de mal-estar do sujeito e que quanto mais elevados maior a sintomatologia psicológica dos sujeitos, podemos afirmar que o grupo 1 é aquele com maior sintomatologia psicológica, seguido pelo grupo 3 e com menores níveis de sintomatologia encontra-se o grupo 2. No caso dos valores médios da escala de resiliência CD-RISC estes foram superiores no grupo 2, depois no grupo 1 e por fim, os valores médios mais reduzidos, são apresentados pelo terceiro grupo.

Tabela 3:

Média e Desvio Padrão da *one-way Manova* por Grupo Etário (1-18 aos 30; 2-31 aos 64; e 3-mais de 65); df=2

	1	2	3	F	p
<i>Coping</i> Problema	M = 2.65 (DP = 0.52)	M = 2.55 (DP = 0.51)	M = 2.37 (DP = 0.55)	15.10	<0,001
<i>Coping</i> Emoções	M = 1.79 (DP = 0.36)	M = 1.62 (DP = 0.30)	M = 1.61 (DP = 0.36)	21.79	<0,001
Total BSI-18	M = 15.38 (DP = 12.98)	M = 10.28 (DP = 10.52)	M = 10.87 (DP = 11.20)	13.11	<0,001

Total CD-RISC M = 66.15 (DP = 13.73) M = 67.88 (DP = 18.03) M = 59.74 (DP = 21.41) 10.79 <0,001

O resultado da *one-way Manova* é estatisticamente significativo $p < 0,001$ o que determina que as variáveis: *coping* focado no problema; *coping* focado nas emoções; total do BSI18; e total do CD-RISC são significativamente dependentes da idade que os participantes apresentam ($p < 0,001$).

Após a análise do teste estatístico *one-way Manova* foi possível verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de: *coping* focado no problema; *coping* focado nas emoções; total do BSI18; e total do CD-RISC com base na idade dos indivíduos, $F(8, 1272) = 10,68$, $p < .0005$; Wilk's $\Lambda = 0,878$, parcial $\eta^2 = .06$.

Hipótese 2

Realizaram-se comparações múltiplas para averiguar a veracidade da Hipótese 2, apresentadas na Tabela 4, com o propósito de aferir as diferenças existentes nas médias das variáveis, especialmente entre os grupos etários 1 (18 aos 30) e o 3 (mais de 65). O grupo de adultos mais jovens obteve níveis médios significativamente diferentes ($p < .0005$), neste caso superiores, em todas as variáveis que o grupo 3 e que o grupo 2, apenas na utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções e sintomatologia psicopatológica.

Tabela 4:

Comparações múltiplas (Tukey HSD post-hoc tests), Grupos (1-18 aos 30; 2-31 aos 64; e 3-mais de 65)

Variável Dependente	(A) Idade	(B) Idade	Diferença Média (A-B)	Estatística do teste Padrão	Sig.
C. Emoções	Grupo 1	Grupo 2	.175*	.033	.000
		Grupo 3	.182*	.033	.000
C. Problema	Grupo 1	Grupo 2	.100	.050	.110
		Grupo 3	.279*	.051	.000
IGG BSI-18	Grupo 1	Grupo 2	5,093*	1,139	.000
		Grupo 3	4,504*	1,155	.000
CD-RISC	Grupo 1	Grupo 2	-1,724	1,635	.543
		Grupo 3	6,410*	1,657	.000

Hipóteses 3 e 4

Na Tabela 5 encontram-se as correlações das variáveis em estudo, de acordo com a nomenclatura de Cohen (1988), que irão permitir inferir se os resultados vão ao encontro do esperado nas Hipóteses 3 e 4. Os resultados obtidos evidenciam que a idade está associada de forma significativa negativa, embora fraca, às estratégias de *coping* focadas nas emoções e às focadas no problema, à sintomatologia e ainda à resiliência. As estratégias de *coping* focadas nas emoções relacionam-se positiva e significativamente, com uma força de correlação moderada às estratégias de *coping* focadas no problema e, com a única força de correlação alta, à sintomatologia psicopatológica. Por último, quanto maior foi utilização de estratégias de *coping* focadas no problema, maior a resiliência, apesar da magnitude desta correlação ser baixa.

Tabela 5

Correlações (r de Pearson) das Variáveis: Coping, Resiliência, Psicopatologia e Idade

Medida	1	2	3	4	5
1. Brief Cope- Emoções	1				
2. Brief Cope- Problema	.37**	1			
3. CD-Risc- Resiliência	-.06	.09*	1		
4. BSI-18 Psicopatolo gia-IGG	.55**	.06	-.08	1	
5. Idade	-.24**	-.21**	-.10**	-.20**	1

* $p < .05$; ** $p < .01$

Hipótese 5

Para averiguar em que medida diferiam os valores médios, hipótese 5, quer das estratégias de *coping* focadas no problema, quer das focadas nas emoções, bem como dos níveis de sintomatologia psicopatológica e de resiliência, de acordo com o género, procedeu-se a testes exploratórios à igualdade de médias expostos na tabela 6. Nesta evidencia-se que as participantes do sexo feminino, obtiveram valores de sintomatologia psicopatológica muito significativamente superiores ($p < 0,01$) aos dos participantes do sexo masculino. Encontrou-se igualmente uma diferença significativa ($p < 0,05$) nos níveis de resiliência por género, também superiores no sexo feminino. Não foram encontradas

diferenças significativas na utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções, nem no problema. O nível mínimo possível foi atingido em todas as dimensões menos na do *coping* problema (1,08 em vez de 1) e o nível máximo foi alcançado nas dimensões resiliência e *coping* problema e não no *coping* emoções (3,33 em 4) e no total do IGG – Total do BSI-18 (65 em 72).

Tabela 6

Médias: Coping, BSI-18 e CD-RISC, para amostra total e por gênero; Mn-mínimo e Mx-máximo; Comparação Médias T-Test dos Grupos Masculino e Feminino

	Total N=642	Masculino N=202	Feminino N=440	Comparação de Grupos
C. Problema	M = 2.55 (DP = 0.54) Mn = 1.08; Mx = 4	M = 2.40 (DP = 0.51) Mn = 1.08; Mx = 3.75	M = 2.62 (DP = 0.53) Mn = 1.17; Mx = 4	t(640)=-4.904, p=.387
C. Emoções	M = 1.70 (DP = 0.35) Mn = 1; Mx = 3.33	M = 1.61 (DP = 0.33) Mn = 1; Mx = 2.67	M = 1.74 (DP = 0.35) Mn = 1; Mx = 3.33	t(640)=-4.351, p=.340
IGG-BSI-18	M = 12.88 (DP = 12.15) Mn = 0; Mx = 65	M = 8.13 (DP = 8.14) Mn = 0; Mx = 53	M = 15.07 (DP = 13.04) Mn = 0; Mx = 65	t(640)=-6.962, p=.000
CD-RISC	M = 64.98 (DP = 17.38) Mn = 0; Mx = 100	M = 63.89 (DP = 18.94) Mn = 0; Mx = 99	M = 65.48 (DP = 16.61) Mn = 0; Mx = 100	t(640)=-1.077, p=.032

DISCUSSÃO

O aumento das investigações e do conhecimento sobre a pandemia Covid-19 é fundamental para que as entidades responsáveis deem respostas adequadas e dirigidas para quem realmente necessita de apoio. Com o incremento dos estudos ao nível global torna-se importante que também se estude a realidade portuguesa. A falta de investigações a nível nacional, sobre relação entre o modo como as pessoas lidam com a adversidade associada à pandemia (estratégias de *coping*), da forma como sofrem e as consequências psicológicas que aumentaram de forma acentuada (sintomatologia psicopatológica) e a capacidade para enfrentar, adaptação positiva e recuperação de uma ameaça ou situação de crise (resiliência), consideradas variáveis relevantes para a mortalidade, morbidade e recuperação, reforça a importância deste estudo.

Na estatística descritiva realizada para os três grupos etários (1-18 aos 30; 2-31 aos 64; 3-mais de 65 anos) apurou-se que: 1) houve um superior suporte marital nos grupos 2 e 3; 2) o grau de escolaridade mínima foi tanto menor, quanto maior a idade do grupo etário dos sujeitos e o grupo 2 evidenciou o maior grau de escolaridade; 3) a resposta positiva de diagnóstico de perturbação mental no passado aumentou com a idade, possivelmente pelo superior tempo de exposição a fatores precipitantes externos. Contudo, em relação à resposta de diagnóstico de perturbação mental atual foi mais comum nos indivíduos com idades até aos 30 anos, o que está de acordo com o que se obteve através do BSI-18, ou seja o grupo 1 apresentou maior sintomatologia psicopatológica em relação aos restantes; e 4) a diferença percentual entre o diagnóstico de doença mental passado e atual mostrou-se ser proporcionalmente superior consoante a idade.

Recorrendo à *one-way Manova* concluiu-se que não só as estratégias de *coping*, resiliência e sintomatologia são significativamente dependentes, como os seus níveis apresentam diferenças estatisticamente significativas com base na idade, corroborando a hipótese 1. Com base nas comparações múltiplas verificou-se que o grupo 3, tal como formulado na hipótese 2, apresentou valores médios do uso *coping* focado no problema e de sintomatologia significativamente inferiores e, contrariamente ao esperado, apresentou também menores níveis de resiliência e estratégias focadas nas emoções que o grupo 1. Analisando as correlações de *Pearson*, a hipótese 3 confirmou-se para o *coping* focado nas emoções, associado fortemente a uma maior sintomatologia, ao contrário do que sucedeu com o *coping* focado no problema, que não esteve correlacionado com uma menor sintomatologia. Relativamente à hipótese 4, não se obtiveram associações

significativas entre a resiliência e a sintomatologia. Por fim, os resultados evidenciaram tal como previsto na hipótese 5, níveis significativamente superiores de sintomatologia no sexo feminino e, em oposição ao antecipado, também os níveis de resiliência foram superiores neste género, quando comparado com o masculino.

Considerando as alterações inerentes à idade nomeadamente a nível da saúde, com maior risco de incapacidade, mais de metade dos adultos com mais de 65 anos têm pelo menos uma limitação funcional nas atividades diárias (Charles & Luong, 2013), apresentam frequente comorbilidade e vivências de solidão e lutos. Ao nível profissional, a passagem de estudante, para trabalhador e mais tarde para reformado, implicam respostas adaptativas distintas nas diferentes fases do ciclo de vida. Em termos sociais, maior idade pode corresponder muitas vezes a um menor suporte social e menos contactos interpessoais, mas acarreta uma maior experiência para lidar com situações de adversidade e com emoções e sentimentos negativos. Assim, é compreensível que se confirme a primeira hipótese e que a variável idade seja preditora dos valores das estratégias de *coping*, resiliência e sintomatologia psicopatológica.

Atendendo à segunda hipótese, uma das razões para que o grupo de mais de 65 anos, com maior risco de mortalidade durante a pandemia, cinco vezes superior (*United Nations*, 2020), ter menores níveis de sintomatologia psicopatológica poderá ser que, durante a pandemia, a idade estava associada a menores níveis ansiedade e depressão, de stress e menos problemas psicossociais (Ferreira et al., 2021; Minahan, Falzarano, Yazdani & Siedlecki, 2021). Igualmente, no estudo de Kimhi, Marciano, Eshel e Adini, (2020), com sete grupos etários desde os 18 anos até mais de 71 anos, maior idade predizia menores níveis de sintomas de *distress*. Por outro lado, os adultos mais jovens, entre os 18 e os 30 anos detêm uma maior vulnerabilidade à incerteza futura profissional e económica, bem como uma superior exposição às redes sociais, estando frequentemente associada à depressão e à ansiedade (Ahmed et al., 2020; Gao et al., 2020; Kazmi et al., 2020; Ni et al. 2020; Qiu et al., 2020). O facto de os adultos mais velhos reportarem um maior número de perturbações de saúde mental no passado e menor no presente em relação aos adultos mais jovens, poderá contribuir para explicar os menores níveis de ansiedade e depressão. Dado que o grupo 3 (mais de 65 anos) apresenta uma maior experiência a lidar com situações adversas e com os problemas de saúde mental, poderia estar melhor preparado para lidar com uma situação de crise, como a pandemia covid-19, manifestando uma menor sintomatologia.

Em conformidade com a hipótese 2 e a literatura apresentada, era esperado que os adultos mais velhos apresentassem maiores níveis de resiliência que os mais jovens (Li et al., 2021; Ueno, Hirano & Oshio, 2018). O já referido risco acrescido de mortalidade, tal como as perdas relativas à idade, com repercussões no estado de saúde, no funcionamento diário, no número de amigos e menores crenças de controlo interno e abertura a perspectivas futuras (Rothermund & Brandtstädter, 2003). Assim como o aumento da incidência de comorbilidades, incapacidade, solidão e luto (Blandin & Pepin, 2017; Cheng, Lau, & Chan, 2014; Mick et al., 2018), possivelmente agravados com a pandemia, poderão ser uma possível explicação para este resultado inesperado (de o grupo 3 apresentar menor resiliência que o grupo 1).

Considerando que a resiliência é a capacidade para enfrentar, adaptar e recuperar de uma ameaça ou situação de crise, torna-se difícil que os adultos mais velhos o consigam fazer com maior facilidade que os mais jovens durante a pandemia. Dado que têm um risco de mortalidade consideravelmente superior, o que aumenta o impacto negativo da experiência da pandemia e, devido a este risco, ficaram também mais isolados das redes de suporte social, quer presencialmente por precaução, quer online por falta de conhecimento tecnológico.

Os níveis do *coping* focado no problema, tal como antecipado na segunda hipótese, foram significativamente inferiores nos adultos mais velhos que nos mais jovens. O processo de envelhecimento, no qual estão envolvidas superiores limitações funcionais e de perceção de incontrolabilidade (Mullen et al., 2012; Murabito et al., 2008), está associado a uma transição de estratégias de *coping* focadas no problema para um *coping* mais focado nas emoções (Chen, Peng, Xu, & O'Brain, 2018; Mélendez, Benlluire, & Mayordomo, 2017). Assim sendo, os adultos mais velhos teriam, tal como se verificou nos resultados, menor controlo e poder de ação relativamente à resolução e enfrentamento direto nas situações de stress e adversidade, e menor capacidade de utilizar estratégias focadas no problema que os mais jovens. Com o envelhecimento os eventos de stress relacionado com a saúde tornam-se mais exigentes, situação agravada pelo declínio dos recursos de *coping* existente. Deste modo, com o aumento das vulnerabilidades, os adultos mais velhos poderão ter maior dificuldade que os mais jovens em utilizar *coping* focado no problema e experienciar menores níveis de efeitos positivos do uso destas estratégias.

Inversamente ao previsto na hipótese 2, a idade mostrou-se associada, de forma significativa e negativa, ao *coping* focado nas emoções. Isto poderá dever-se ao facto de

as estratégias focadas nas emoções, terem como objetivo lidar com os aspetos emocionais negativos da situação potencialmente ameaçadora (Lazarus & Folkman, 1984). Tendo em conta que terceiro grupo apresentou menores níveis de ansiedade e a depressão, poderão ter tido uma menor necessidade de utilizar este tipo de estratégias para lidar com a sintomatologia psicopatológica que o grupo 1, dos adultos mais jovens.

Analisando as correlações de *Pearson*, tal como era expectável de acordo com literatura e a hipótese 3, as estratégias de *coping* focado nas emoções manifestaram a única correlação positiva forte ou alta com a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente os níveis de ansiedade e depressão. Isto vai ao encontro do evidenciado por Bennett et al (2005) e Cohen (2002), uma maior frequência de utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções está associado a um superior número de sintomas de ansiedade e depressão. Esta evidência, de acordo com os estudos de Dawson e Golijani-Moghaddam, (2020) e de Mariani e colegas (2020), manteve-se durante a pandemia, comportamentos de *coping* de evitamento e estratégias focadas nas emoções estão associados à ansiedade e à depressão e a diversos índices de *distress*.

Uma justificação para esta correlação mais forte pode ser o facto de os indivíduos deprimidos terem uma menor perceção de controlo, o que está associado ao evitamento. Na ausência de perceção de controlo, o *distress* aumenta e as estratégias de *coping* ativo não são utilizadas (Carver et al., 2000; Folkman & Greer, 2000). Assim, os sujeitos com maiores níveis de ansiedade e depressão poderão utilizar *coping* focado nas emoções, devido à presença de pensamentos negativos e ineficazes, ou de estarem constrangidos pelo passado, ou com preocupação extrema com o futuro incerto. Ao confrontar eventos de stress, percecionam-nos com maior gravidade e, em vez de procederem a ações diretas de *coping* focado no problema, recorrem ao *coping* focado nas emoções, que a curto prazo os liberta de elevados níveis de stress (Sadaghiani & Sorkhab, 2013).

O sucesso temporário leva-os a repetir este tipo de estratégias de *coping* em diversas situações de stress, ignorando que estas estratégias seriam eficazes a curto prazo, mas que a longo prazo perdem eficácia, acarretando um maior número de sintomas (Folkman & Lazarus, 1986). Por conseguinte, neste estudo o *coping* focado nas emoções está correlacionado fortemente à sintomatologia. Uma possível explicação seria as pessoas com elevados sintomas de ansiedade e depressão encontrarem um alívio sintomático imediato nestas estratégias, não tendo de lidar ativamente com a situação. No entanto o problema mantém-se, o que causa continuamente algum nível de ansiedade e a

não resolução do problema, leva a sensações de frustração, impotência e falta de controlo, relacionadas com a depressão.

Um outro objetivo da hipótese 3 prendia-se com a verificação da relação entre as estratégias de *coping* focadas no problema e os níveis de sintomatologia psicopatológica. Contudo não se obtiveram associações significativas entre as referidas variáveis. O mesmo sucedeu relativamente à hipótese 4, não havendo igualmente uma relação significativa entre a resiliência e a sintomatologia.

A evidência da literatura refere que durante a pandemia o sexo feminino apresentou maiores níveis de ansiedade e depressão e um maior impacto e *distress* psicológico face ao Covid-19 que o sexo masculino (Barzilay et al., 2020; Gurvich, et al., 2020; Huang et al., 2020; Liu et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Özdin & Özdin, 2020; Wang et al., 2020; Xiao et al., 2020). Os resultados vão ao encontro da literatura e da hipótese 5. As participantes do sexo feminino obtiveram valores de sintomatologia psicopatológica, incluindo a ansiedade e a depressão, muito significativamente superiores aos do sexo masculino. Uma eventual justificação para esta diferença poderá ser a existência no género feminino de uma significativamente superior perceção de risco de adquirir Covid-19, associada de forma significativa com as respostas psicológicas (Olagoke, Olagoke, & Hughes, 2020; Petzold et al. 2020; Yıldırım, Geçer & Akgül, 2021). Também os estudos de Dévieux e colegas (2013) e Nygaard e Heir (2012) referiram as mulheres, como tendo maior probabilidade de percecionar um *distress* mais elevado, devido ao acrescido foco nos aspetos negativos dos eventos de stress. Esta explicação é reforçada pelo estudo de Xiao e colaboradores (2020) no qual o efeito moderador do género se tornou insignificante, unicamente quando foi incluída a variável perceção de risco de adquirir Covid-19. Igualmente, no estudo de Park et al (2020), o género constituiu-se preditor relativamente à exposição e suscetibilidade ao stress.

Os papeis do género incutidos nas normas sociais contribuem igualmente para que as mulheres tenham sensações de menor controlo e autonomia nas suas vidas pessoais, o que também está associado à prevalência depressiva (World Health Organization, 2002). Em conformidade com a literatura, o papel do género feminino está muitas vezes associado à internalização das suas emoções, contrariamente ao masculino que as externaliza, o que leva a diferenças no impacto psicológico das situações de stress (Rosenfield & Smith, 2010; Eaton et al., 2012). O sexo feminino apresentou maiores níveis de stress associados ao medo e preocupação relativamente ao vírus SARS-CoV-2 e do impacto deste em diversos aspetos da vida diária (Broche-Pérez, 2020; Horesh, et

al., 2020; Yıldırım et al., 2021). Atendendo ao facto de que a ansiedade se define por uma resposta adaptativa a ameaças, tornando-se patológica quando é desproporcional ao nível de ameaça, o género feminino ao internalizar mais frequentemente as suas emoções, ao sofrer de maior stress com o medo e a preocupação referente à pandemia na sua vida diária e ao perceber um risco significativamente superior de adquirir Covid-19, pode resultar numa avaliação e antecipação de uma ameaça futura mais negativa e ansiogénica. Por outro lado, considerando que a depressão é uma reação natural de uma súbita deterioração das circunstâncias de vida, incluindo a incerteza e a exposição a eventos incontrolláveis, o acrescido foco nos aspetos negativos do eventos de stress pandémico e as sensações de menor controlo e autonomia nas suas vidas pessoais, poderá levar a uma sensação de maior incerteza, incontrollabilidade, impotência e agravamento das situações de vida, contribuindo para superiores níveis depressivos.

Ao contrário do esperado, níveis de resiliência significativamente superiores no género masculino durante a pandemia (Carriedo, Cecchini, Fernández-Río & Méndez-Giménez, 2020; Román-Mata et al., 2020; Song et al., 2020; Sturman, 2020), o sexo feminino obteve valores significativamente mais elevados de resiliência. O impacto do género no risco e na resiliência ao stress é complexo e varia consoante as características do “stressor” como o tipo, o *timing* e a duração, bem como com o desenvolvimento (Hodes & Epperson, 2019). Esta complexidade associada a um período excepcional na sociedade, como aconteceu na pandemia Covid-19, poderá ter contribuído para este resultado imprevisto.

O facto de o grupo etário 1 (18 aos 30 anos) e do sexo feminino apresentarem níveis significativamente superiores de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de ansiedade e depressão, quando comparados com os grupos 2 (31 aos 64 anos) e 3 (mais de 65 anos) e do sexo masculino, evidencia-os como apresentando maior risco e vulnerabilidade relativamente à pandemia. Os adultos mais jovens podem apresentar mais sintomatologia devido à maior vulnerabilidade, à já referida incerteza futura e à superior exposição às redes sociais. Enquanto o sexo feminino obteve níveis mais elevados de ansiedade e depressão, especialmente por uma maior: 1) internalização das emoções; 2) percepção de risco, 3) stress associado ao medo e preocupação na sua vida diária; 4) foco nos aspetos negativos; 5) sensação de menor controlo e autonomia.

A relevância destes fatores de risco para a sintomatologia psicológica, permitem-nos compreender e agir de uma forma mais adequada e eficaz dando apoios aos jovens, reforçando o acesso e a estabilidade nos seus empregos e proporcionando um uso mais

saudável, assim como alternativas às redes sociais. Relativamente às mulheres poderia ser benéfico um maior suporte social, e se necessário intervenção psicoterapêutica, contribuindo para uma maior externalização das emoções, relativizar o risco, uma diminuição do enfoque nos aspetos negativos da pandemia e, progressivamente, incrementar uma sensação de controlo e autonomia.

Estes valores de sintomatologia tornam-se particularmente elevados se tivermos em consideração que, tanto o grupo 1, como o género feminino apresentam superiores níveis de resiliência, variável protetora dos níveis de ansiedade e depressão, associada negativamente a estes na literatura, quando comparados com o grupo 3 e o sexo masculino. Uma das já referidas soluções, a tentativa de diminuição da perceção de risco de adquirir Covid-19 no sexo feminino, foi destacada como particularmente importante na literatura, sendo possivelmente um dos principais fatores diferenciais da ansiedade e depressão entre géneros em vários estudos, entre os quais o de Xiao e colaboradores (2020).

De forma a combater este fator na sintomatologia das mulheres, poderia ser útil identificar e reformular as crenças disfuncionais potencialmente desajustadas do risco real e partilhar os dados referentes à menor probabilidade de contágio e de sintomas após a vacinação. Seria igualmente útil, o reforço do *coping* focado no problema, especialmente nas mulheres e a diminuição do *coping* focado nas emoções, em ambos os grupos de risco, género feminino e adultos mais jovens.

O presente estudo apresenta determinadas limitações, que poderão ser abordadas futuramente em outras investigações e por este motivo os resultados devem ser interpretados com precaução. A recolha das respostas dos participantes procedeu-se em formato online e apesar de ter sido facultado o email, isto poderá ter levado a lapsos por falhas de compreensão e interpretação, do que era requerido. O recurso a questionários online pode ter constituído um viés na população com mais de 65 anos, promovendo a resposta por adultos mais velhos, com maior literacia digital, bem como outras características que possam estar associadas. Outro fator poderá ser que uma parte considerável da amostra foi recolhida por conveniência e, apesar do esforço para a diversificar e torná-la mais representativa da população, acabou por ser composta maioritariamente por pessoas que vivem em Lisboa.

Torna-se igualmente relevante salientar os pontos fortes e contributos desta investigação: 1) à data da elaboração deste estudo, não havia nenhum semelhante em Portugal, sendo este o único a avaliar a interação das variáveis idade, resiliência, *coping*,

ansiedade e depressão, durante o primeiro período de confinamento, devido ao estado de emergência decretado em Março de 2020; 2) houve uma número substancial de indivíduos idosos na amostra (163, 25%), o que apenas ocorreu por ter havido um esforço e uma procura intencional de participantes com mais de 65 anos. Isto acaba por fornecer dados importantes relativamente aos idosos portugueses, dado que normalmente, na maioria dos estudos que consultei, os sujeitos destas idades estavam sub-representados; 3) a pertinência e atualidade do tema, dado que a pandemia permanece na nossa sociedade e não sabemos por quanto tempo, tal como as suas possíveis implicações práticas tendo em conta a idade, os seus efeitos e os fatores de risco e protetores da sintomatologia psicopatológica; e 4) destaca os adultos mais jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e do sexo feminino como os grupos de maior vulnerabilidade e risco, relativamente aos níveis de sintomatologia psicopatológica durante a pandemia Covid-19, aos quais deve ser dada especial atenção futura, tomando-se medidas para colmatar estas diferenças com os restantes grupos etários e de género.

Foram supracitados na discussão algumas questões e aspetos a considerar em futuros estudos. Poderia ser interessante replicar este estudo com uma amostra mais diversificada, com maior representatividade geográfica nacional. A realização de um estudo longitudinal poderia ser uma mais-valia para avaliar a evolução das variáveis ao longo do tempo. Finalmente de forma a compreender com maior detalhe a ansiedade e a depressão, seria pertinente, para além da avaliação da sintomatologia psicopatológica total (BSI-18), utilizar escalas independentes como o *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger et al., 1983) para a ansiedade e o *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer & Brown, 1996) para a depressão, de forma a explorar se as associações e correlações do presente estudo se replicariam.

Em suma, com base nos resultados obtidos, salientam-se as seguintes conclusões: 1) a idade foi preditora da sintomatologia psicopatológica, das estratégias de *coping* e da resiliência; 2) O grupo de adultos mais jovens apresentou maior sintomatologia psicopatológica e resiliência e mais recurso a estratégias de *coping* focada nas emoções e no problema, devendo ser considerado um grupo de risco. 3) As participantes do género feminino apresentaram maior sintomatologia, apesar dos níveis de resiliência mais elevados, devendo esta diferença ter particular atenção e constituem outro grupo de risco; 4) o grupo com mais de 65 anos, com maiores riscos de saúde, menor resiliência e menos utilização de *coping* focado no problema, acabou por evidenciar menores níveis de

ansiedade e depressão; 5) as estratégias de *coping* focadas nas emoções foram as mais correlacionadas com a sintomatologia psicopatológica.

Num período da história em que o conhecimento e o desenvolvimento tecnológico e científico criaram no ser humano a ilusão de ser capaz de controlar o meio e a evolução, a pandemia covid19 confrontou-o com uma das suas características mais determinantes, mas também promotoras de maior crescimento: a vulnerabilidade.

Vivemos circunstâncias excepcionais, de incerteza, isolamento e afastamento social e incontrolabilidade de contrair um vírus que pode ter consequências graves em todos nós. Numa fase em que desconhecidos, conhecidos, amigos ou familiares se contagiaram, estiveram nos cuidados intensivos ou morreram, torna-se fulcral para além da saúde somática, uma melhor compreensão e intervenção a nível psicológico. Foi este o desafio que assumi ao realizar esta tese.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, Article 102092.
- 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.
- Alea, N., Arneaud, M. J., & Ali, S. (2013). The quality of self, social, and directive memories: Are there adult age group differences?. *International Journal of Behavioral Development*, *37*(5), 395-406.
- Alea, N., & Bluck, S. (2013). When does meaning making predict subjective well-being? Examining young and older adults in two cultures. *Memory*, *21*(1), 44-63.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2014). The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Anjos, J. F., Dos Santos, M. J. H., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: validation study in a Portuguese sample. *BMJ open*, *9*(6).
- Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, *70*, Advance online publication.
- Barro, R. J., Ursúa, J. F., & Weng, J. (2020). The coronavirus and the great influenza pandemic: Lessons from the “spanish flu” for the coronavirus’s potential effects on mortality and economic activity (No. w26866). *National Bureau of Economic Research*.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L., ...Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, *10*(291).
- Bauer, J. J., & McAdams, D. P. (2004). Personal growth in adults' stories of life transitions. *Journal of personality*, *72*(3), 573-602.
- Bauer, J. J., McAdams, D. P., & Sakaeda, A. R. (2005). Interpreting the good life: growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of personality and social psychology*, *88*(1), 203-217.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(8), 667–672.
- Beck, A., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic

- and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II.
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305–312.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología, Volumen II*. Madrid: Cristina Sánchez.
- Bennett, K. K., Compas, B. E., Beckjord, E., & Glinder, J. G. (2005). Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 313-323.
- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1996). Gender differences in coping reactions under community crisis and daily routine conditions. *Personality and Individual Differences*, 20, 331-340.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351–364). Wiley Blackwell.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Life stressors and social resources affect post-treatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 140.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Psychosocial process of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 314-325.
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Blanc, J., Louis, E. F., Joseph, J., Castor, C., & Jean-Louis, G. (2020). What the world could learn from the Haitian resilience while managing COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(6), 569–571.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P61–P64.
- Blandin, K., & Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia*, 16(1), 67–78.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 151(7), 979–986.

- Bluck, S., & Alea, N. (2011). Crafting the TALE: Construction of a measure to assess the functions of autobiographical remembering. *Memory, 19*(5), 470-486.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20–28.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E., & Rodríguez-Martin, B. C. (2020). Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *International Journal of Mental Health and Addiction, 1–9*.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920.
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 21*(1), 100196.
- Cameron, L. & Wally, C. (2015). Chronic Illness, Psychosocial Coping with. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 549-554*.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies, 22*(3), 266-272.
- Carriedo, A., Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., & Méndez-Giménez, A. (2020). Resilience and physical activity in people under home isolation due to COVID-19: a preliminary evaluation. *Mental Health and Physical Activity, 19*, 100361.
- Carstensen, L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation, 40*, 209-254.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4*(5), 151-156.
- Carstensen, L. L., & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology, 17*(6), 494-503.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion, 27*, 103–123.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165-181.

- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, *14*, 117–121.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92-100.
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*(2), 139-149.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(2), 375-390.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 184–195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., and Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* *56*, 267–283.
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2011). *Adult development and aging* (6th ed). Boston, MA: Cengage Learning
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, *97*(2), 268–274.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, *136* (6), 1068–1091.
- Charles, S. T., & Luong, G. (2013). Emotional experience across adulthood: The theoretical model of strength and vulnerability integration. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 443–448.
- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, *86*(4), 347-363.
- Cheng, C., Lau, H. B., & Chan, M. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140* (6), 1582–1607.
- Cohen. F., & Lazarus. R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*. *35*, 375-389.

- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Academic Press.
- Cohen, M. (2002). Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 245-251.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., and Saltzman, H. (2000). Responses to STRESS in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 976–992.
- Conway, V. J., & Terry, D. J. (1992). Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology*, 44(1), 1-7.
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1995). Life context, coping processes, and depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 569-587). New York: Guilford Press.
- Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126-134.
- Derogatis, L. R. (2001). BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: Pearson.
- Dévieux, J. G., Malow, R. M., Attonito, J. M., Jean-Gilles, M., Rosenberg, R., Gaston, S., ... Deschamps, M. M. (2013). Post-traumatic stress disorder symptomatology and alcohol use among HIV-seropositive adults in Haiti. *AIDS care*, 25(10), 1210-1218.
- Dolan, C. A., & White, J. W. (1988). Issues of consistency and effectiveness in coping with daily stressors. *Journal of Research in Personality*, 22(3), 395-407.
- Dong, M., & Zheng, J. (2020). Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(2), 259-260.
- Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit:

- Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92,1087–1101.
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288.
- Eisenberg, S. A., Shen, B. J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of behavioral medicine*, 35(3), 253-261.
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., ... Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2(6): e260-e266.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. WW Norton & Company.
- Ferreira, F. D. O., Lopes-Silva, J. B., Siquara, G. M., Manfroi, E. C., & de Freitas, P. M. (2021). Coping in the Covid-19 pandemia: how different resources and strategies can be risk or protective factors to mental health in the Brazilian population. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 182-205.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63, e32.
- Fleming, R., Baum, A., & Singer, J. E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 939.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., & Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus–positive and –negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 409-416.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1) 11- 19.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171–184.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*, 745–774.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, *11*(4), 473-485.
- Freed, M., Cubanski, J., Neuman, T., Kates, J., & Michaud, J. (2020). What Share of People Who Have Died of COVID-19 Are 65 and Older – and How Does It Vary By State?. *Kaiser Family Foundation*.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *The International Journal of Aging and Human Development*, *52*(3), 185-206.
- Gaffey, A. E., Bergeman, C. S., Clark, L. A., & Wirth, M. M. (2016). Aging and the HPA axis: stress and resilience in older adults. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *68*, 928-945.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of Covid-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, *180*, 817– 818.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, *15*, Article e0231924.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, *36*(2), 267–276.
- Gask, L., Kendrick, T., Peveler, R., & Chew-Graham, C. A. (2018). *Primary Care Mental Health*. Cambridge University Press.
- Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., & Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(3), 281-288.
- Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiato, K., ... Kulkarni, J. (2020). Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hanninen, V., & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science & Medicine*, *43*(10), 1453–1460.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152.
- Hodes, G. E., & Epperson, C. N. (2019). Sex differences in vulnerability and resilience to stress across the life span. *Biological Psychiatry, 86*(6), 421-432.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(2), 389.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 3-13.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry, 7*(6), 547-560.
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*, 331–335.
- Horesh, D., Kapel Lev-Ari, R., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role. *British Journal of Health Psychology.*
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2018). Prospective associations of coping styles with depression and suicide risk among psychiatric emergency patients. *Behavior Therapy 49*(2), 225–236.
- Howley, L., & Dickerson, K. (2009). Medical students' first male urogenital examination: investigating the effects of instruction and gender on anxiety. *Medical Education Online, 8*, 1–4.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *Plos One, 15*(8), e0237303.
- 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*, Article 112954.
- Huremovic, D. (2019). Social Distancing, Quarantine, and Isolation. In D. Huremovic (Ed.), *Psychiatry of Pandemics* (pp. 85--94). Springer International Publishing.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). *Mental Health*

and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus. Retrieved from https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/02/MHPSS-in-nCoV-2020_ENG-1.pdf.

- Ivbijaro, G., Brooks, C., Kolkiewicz, L., Sunkel, C., & Long, A. (2020). Psychological impact and psychosocial consequences of the COVID 19 pandemic Resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 3), S395-S403.
- Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I., & Schwartz, G. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11–21.
- Kaplan, J., Frias, L., & McFall-Johnsen, M. (2020). A third of the global population is on coronavirus lockdown – here’s our constantly updated list of countries locking down and opening up. Business Insider.
- Kararımkak, O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.
- Karataş, Z., & Tagay, Ö. (2021). The relationships between resilience of the adults affected by the covid pandemic in Turkey and Covid-19 fear, meaning in life, life satisfaction, intolerance of uncertainty and hope. *Personality and Individual Differences*, 172, 110592.
- Kazmi, S. S. H., Hasan, K., Talib, S., & Saxena, S. (2020). COVID-19 and Lockdwon: A Study on the Impact on Mental Health. *SSRN Electronic Journal*.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(10), 839-846.
- Killgore, W. D., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113216.
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., & Adini, B. (2020). Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science & Medicine*, 265, 113389.
- Krovetz, M. L. (1999). *Fostering resilience: Expecting all students to use their minds and hearts well*. California: Corwin Press.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3, e203976.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of

Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor*, 26, Article e924609-1

- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., ... Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(16).
- Lian, B., & Yoon, S. Y. (2020). Burdens, Resilience, and Mutual Support: A Comparative Study of Families in China and South Korea Amid the COVID-19 Pandemic. *Journal of Comparative Family Studies*, 51(3-4), 337-346.
- Lind, M., Bluck, S., & McAdams, D. P. (2021). More vulnerable? The life story approach highlights older people's potential for strength during the pandemic. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e45-e48.
- Lissoni, B., Del Negro, S., Brioschi, P., Casella, G., Fontana, I., Bruni, C., & Lamiani, G. (2020). Promoting resilience in the acute phase of the COVID-19 pandemic: Psychological interventions for intensive care unit (ICU) clinicians and family members. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S105-S107.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSD during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15-23.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- 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(3), 149-156.
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 587724.
- Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala Brief Cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 300-313.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia* 4, 65-90.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and*

Individual Differences, 37(7), 1401-1415.

- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., ... Eicher, M. (2016). Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical activity in Cancer Patients: A cross-sectional observation study. *PloS one*, 11(4), e0154496.
- Mazure, C. M., & Maciejewski, P. K. (2003). The interplay of stress, gender and cognitive style in depressive onset. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 5-8.
- Mélendez, J. C., Benlliure, V. A., & Mayordomo, T. (2017). Idle minds are the devil's tools? Coping, depressed mood and divergent thinking in older adults. *Aging & Mental Health*, 22 (12), 1606-1613.
- Mélendez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089–1098.
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., & Hyde, J. S. (2002). Domain specificity of gender differences in rumination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 421-434.
- Mick, P., Parfyonov, M., Wittich, W., Phillips, N., & Pichora-Fuller, M. K. (2018). Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian longitudinal study on aging. *Canadian Family Physician*, 64(1), e33–e41.
- Miller, G. (2020). Social distancing prevents infections, but it can have unintended consequences. *Science*. <https://www.sciencemag.org/news/2020/03/we-are-social-species-how-will-social-distancing-affect-us>.
- Minahan, J., Falzarano, F., Yazdani, N., & Siedlecki, K. L. (2021). The COVID-19 pandemic and psychosocial outcomes across age through the stress and coping framework. *The Gerontologist*, 61(2), 228-239.
- Misra, R., & McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16(1), 41–51.
- Moos, R.H. (1974). Psychological techniques in the assessment of adaptive behavior. In G.V. Calho, D.A. Hamburg. & J.E. Adams (Eds.). *Coping and adaptation* (pp. 334-399). New York: Basic Books.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nded., pp. 234-257). New York: Free Press.
- Moreira, W. C., de Sousa, A. R., & Maria do Perpétuo, S. S. (2020). Adoecimento mental na população geral e profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29(1).

- Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A., ... Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety, 37*(10), 965-971.
- Mullen, S. P., McAuley, E., Satariano, W. A., Kealey, M., & Prohaska, T. R. (2012). Physical activity and functional limitations in older adults: The influence of self-efficacy and functional performance. *The Journals of Gerontology: Series B, 67B*(3), 354–361.
- Murabito, J. M., Pencina, M. J., Zhu, L., Kelly-Hayes, M., Shrader, P., & D’Agostino, R. B. S. (2008). Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: The Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health, 98*(7), 1256–1262.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2015). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory 18* (BSI 18).
- Ni, M. Y., Yang, L., Leung, C. M., Li, N., Yao, X. I., Wang, Y., ... Liao, Q. (2020). Mental health, risk factors, and social media use during the COVID-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. *JMIR Public Health and Surveillance, 7*, Article e19009.
- Nogueira, P. J., de Araújo Nobre, M., Nicola, P. J., Furtado, C., & Carneiro, A. V. (2020). Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: preliminary data from Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 33*(6), 376-383.
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 145-158.
- Nygaard, E., & Heir, T. (2012). World assumptions, posttraumatic stress and quality of life after a natural disaster: A longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*(76).
- Olagoke, A. A., Olagoke, O. O., & Hughes, A. M. (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression. *British Journal of Health Psychology, 25*(4), 865-874.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 730–749.
- Oppenheimer, B. (1984). Short-term small group intervention for college freshmen. *Journal of Counseling Psychology, 31*(1), 45–53.
- Orgeta, V., & Orrell, M. (2014). Coping styles for anxiety and depressive symptoms in community-dwelling older adults. *Clinical Gerontologist, 37*(4), 406-417.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-

- Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020
- Özdin, S., & Özdin, Ş. B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program* (6th ed.). London, UK: McGraw-Hill Education.
- Park, C. L. (2016). Meaning making in the context of disasters. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1234-1246.
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of general internal medicine*, 35(8), 2296–2303.
- Passos, L., Prazeres, F., Teixeira, A., & Martins, C. (2020). Impact on mental health due to COVID-19 pandemic: Cross-sectional study in Portugal and Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6794.
- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental Health. *International Journal of Epidemiology*, 36 (4), 703–707.
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44-55.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., ... Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior*, 10(9), e01745.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. Advance online publication.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361, k1415.
- Pordata. (2020). Base de dados de Portugal Contemporâneo. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Pordata. (2021). Base de dados de Portugal Contemporâneo. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.

- Porter, L. S., & Stone, A. A. (1995). Are there really gender differences in coping? A reconsideration of previous data and results from a daily study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 184-202.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 421-430.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality, 60*, 747-770.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General psychiatry, 33*, e100213.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine, 262*, 113261.
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental Health. Our World in Data. Retrieved from <https://ourworldindata.org/mental-health>.
- Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory Medicine, 176*, 106219.
- Román, F., Fores, A., Calandri, I., Gautreaux, R., Antúnez, A., Ordehi, D., & Barcelo, E. (2020). Resiliencia de docentes en distanciamiento social preventivo obligatorio durante la pandemia de Covid-19. *Journal of Neuroeducation, 1*(1), 76-87.
- Román-Mata, S. S., Zurita-Ortega, F., Puertas-Molero, P., Badicu, G., & González-Valero, G. (2020). A predictive study of resilience and its relationship with academic and work dimensions during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Medicine, 9*(10), 3258.
- Rosenfield, S., & Smith, D. (2010). Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problems? In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 256–267. Cambridge University Press.
- Rossen, L. M., Ahmad, F. B., Anderson, R. N., Branum, A. M., Du, C., Krumholz, H. M., ... & Faust, J. S. (2021). Disparities in Excess Mortality Associated with COVID-19-United States, 2020. *Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and mortality weekly report, 70*(33), 1114-1119.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging, 18*(1), 80-90.

- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344.
- Sadaghiani, N. S. K., & Sorkhab, M. S. (2013). The comparison of coping styles in depressed, anxious, under stress individuals and the normal ones. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 615-620.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 57.
- Saniah, A. R., & Zainal, N. Z. (2010). Anxiety, depression and coping strategies in breast cancer patients on chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2).
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(407-412).
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F., Maramis, M. M., & Atika, A. (2021). Anxiety and resilience of healthcare workers during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1-8.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 345-355.
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J.G., Hartman, T.K., Levita, L., ... Bentall, R.P. (2020). Anxiety, Depression, Traumatic Stress, and COVID-19 Related Anxiety in the UK General Population During the COVID-19 Pandemic. *PsyArXiv*.
- Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *Jama*, 313(6), 567-568.
- Singer, J., Rexhaj, B., & Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *Memory*, 15(8), 886-898.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual?. *Ecology and Society*, 20(4).
- Song, S., Yang, X., Yang, H., Zhou, P., Ma, H., Teng, C., ... Zhang, N. (2020). Psychological resilience as a protective factor for depression and anxiety among the public during the outbreak of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11, 618509.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Stanislawski, K. (2019). The coping circumplex model: An integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology, 10*, 694.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*(5), 537–549.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 476–493.
- Steptoe, A., Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R., & Wichstrom, L. (1997). Leisure-time physical exercise: Prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young Europeans from 21 countries. *Preventive Medicine, 26*(6), 845–854.
- Stone, L. (2020). Coping during a pandemic. *Australian Journal of General Practice, 49* (19).
- Stosny, S. (2017). Overcoming headline stress disorder. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/anger-in-the-age-entitlement/201703/overcoming-headline-stress-disorder>.
- Sturman, E. D. (2020). Coping with COVID-19: Resilience and Psychological Well-Being in the Midst of a Pandemic. *Journal of Social and Clinical Psychology, 39*(7), 561-570.
- Swindle, R. W., Jr., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 468-477.
- The Academy of Medical Sciences. (2020) Survey results: Understanding people’s concerns about the mental health impacts of the COVID-19 pandemic.
- Timko, C., Stovel, K. W., & Moos, R. H. (1992). Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 705-724.
- Tsang, H. W., Scudds, R. J., & Chan, E. Y. (2004). Psychosocial impact of SARS. *Emerging Infectious Diseases, 10* (7).
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality, 72*(6), 1161-1190.
- Ueno, Y., Hirano, M., Oshio, A. (2018). The relationship between resilience and age in a large cross-sectional Japanese adult sample. *The Japanese Journal of Psychology, 89*(5) 514–519.
- United Nations COVID and Aging Brief. (2020, May 1st). Secretary-general’s policy

brief: The impact of COVID-19 on older persons.

- Urcos, W. H. C., Urcos, C. N. C., Ruales, E. A. B., & Urcos, J. F. C. (2020). Stress, anguish, anxiety and resilience of university teachers in the face of covid-19. *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 25(7), 453-464.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Verdolini, N., Amoretti, S., Montejo, L., García-Rizo, C., Hogg, B., Mezquida, G., ... Solé, B. (2021). Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 283, 156-164.
- Vingerhoets, A. J. M., & Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20, 125-135.
- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 582–592.
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350.
- 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.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2014). Time to flourish: The relationship of temporal perspective to well-being and wisdom across adulthood. *Ageing & mental health*, 18(8), 1046-1056.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190–211.
- Wong, S., Oei, T., Ang, R., Lee, B., Ng, A., & Leng, V. (2007). Personality, meta-mood experience, life satisfaction, and anxiety in Australian versus Singaporean students. *Current Psychology*, 26(2), 109–120.
- Wong, T. W., Yau, J. K., Chan, C. L., Kwong, R. S., Ho, S. M., Lau, C. C., ... Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 13–18.
- World Health Organization. (2002). Gender and Mental Health. https://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf

- World Health Organization (2020). *Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak*. Geneva. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2.
- World Health Organization. (2020). Weekly update on COVID-19. 23 April - 1 May 2020.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Retrieved 24/06 from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/whodirector-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wright, L., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Are we all in this together? Longitudinal assessment of cumulative adversities by socioeconomic position in the first 3 weeks of lockdown in the UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(9), 683-688.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., ... & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 706-712.
- Xiao, X., Xiao, J., Yao, J., Chen, Y., Saligan, L., Reynolds, N. R., & Wang, H. (2020). The Role of Resilience and Gender in Relation to Infectious-Disease-Specific Health Literacy and Anxiety During the COVID-19 Pandemic. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3011-3021.
- Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2021). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 35-43.
- Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 31(2), 86-92
- YoungMinds. (2021). *Coronavirus: Impact on young people with mental health needs*.
- Zakaria, F. (2020). *Ten lessons for a post-pandemic world*. Penguin UK.
- Zhang, J., Yang, Z., Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., ... Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4020-4029.

ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado

O presente estudo insere-se numa investigação de mestrado a decorrer no ISPA (Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida). Este estudo tem como objetivo obter uma melhor compreensão da Saúde Mental e da Capacidade para Lidar com a Pandemia de Covid-19, sendo este um período excepcional e extraordinário, nunca antes vivido.

A sua participação, que terá em média 10 minutos, é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação nem qualquer penalização. Não existem riscos associados a esta investigação. No entanto, ao responder, irá estar a contribuir para um aprofundamento do conhecimento psicológico, numa fase onde este é de extrema importância, devido ao período de quarentena em que vivemos e às suas evidentes consequências psicológicas.

Neste questionário, realizado num ambiente seguro e privado, são garantidas a confidencialidade e o anonimato dos dados de respostas e de identidade, não sendo requerido qualquer nome ou outra forma de identificar os participantes.

AGRADEÇEMOS DESDE JÁ A SUA PARTICIPAÇÃO QUE É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DESTE ESTUDO,

Investigador Principal: Miguel Dias Alves Sousa Gago
Sob a Orientação de: Professor Doutor David Neto

Caso apresente qualquer tipo de dúvida, quer durante, quer após o preenchimento do questionário, poderá contactar-me pelo email: miguelsousag@gmail.com

Aceita participar no presente estudo?

Aceito _____

Anexo B - Questionário Sociodemográfico

Sexo

Masculino _____

Feminino _____

Idade _____

Estado Civil

Solteiro _____

Casado/união de facto _____

Divorçado/separado _____

Viúvo _____

Escolaridade

1.º Ciclo (4ª classe) _____

2.º Ciclo (6ª classe) _____

3.º Ciclo (9ª classe = 5º ano do Antigo Liceu) _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior – Licenciatura _____

Ensino Superior – Mestrado _____

Doutoramento _____

Local de Residência (por ordem alfabética) ainda vou fazer

Selecione a opção que mais se adequa à sua situação

Saio de casa para trabalhar _____

Trabalho a partir de casa _____

Estudo a partir de casa _____

Encontro-me em casa, sem trabalhar nem estudar _____

Foi-lhe diagnosticado alguma perturbação mental no passado (ex. depressão ou perturbação de pânico)

Sim _____

Não _____

Prefiro não responder _____

Se respondeu sim, neste momento tem uma perturbação mental

Sim _____

Não _____

Prefiro não responder _____