Rita Caldas Tavares Ruão Martins

Respostas psicológicas perante um stressor global e prolongado: O papel das estratégias de *coping* e da orientação positiva para a vida

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira

janeiro 2022

Rita Caldas Tavares Ruão Martins

Respostas psicológicas perante um stressor global e prolongado: O papel das estratégias de *coping* e da orientação positiva para a vida

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 31/01/2022, perante o júri seguinte:

Presidente: Profª Doutora Inês Martins Jongenelen

(Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto);

Arguente: Prof Doutor Rui Manuel Costa Sofia

(Professor Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto);

Orientador: Profª Doutora Maria José Pereira Ferreira

(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto).

janeiro 2022

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessa, que a tal se compromete.

Agradecimentos

O meu maior e sincero agradecimento,

À Prof.ª Doutora Maria José Pereira Ferreira pela disponibilidade e atenção prestada para realização deste estudo.

Aos meus pais pelo apoio inquestionável e amor incondicional, por serem o meu porto seguro.

Aos meus irmãos por me tranquilizarem, por vezes, destabilizarem, no entanto, são o meu ponto de equilíbrio.

Aos meus meninos e meninas por festejarem comigo cada vitória como se fossem deles, por serem o meu refúgio e sinónimo de casa segura.

À minha querida avó pelo companheirismo em grande parte deste processo e que me iluminará daqui em diante.

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Respostas psicológicas perante um stressor global e prolongado: O papel das estratégias de *coping* e da orientação positiva para a vida

Resumo

A atual crise pandémica provocada pela *COVID-19* está a causar uma preocupação generalizada com a saúde mental dos indivíduos e com as suas respostas psicológicas a este *stressor* global e prolongado. Neste sentido, o presente estudo pretendeu analisar as diferenças nos níveis de bem-estar e de *distress* psicológico reportados por um grupo de participantes residentes em Portugal durante o primeiro confinamento geral (Março e Abril de 2020) e cerca de nove/dez meses após o início da pandemia. Pretendeu também analisar o papel da Orientação Positiva para a Vida (OPV) e das estratégias de *coping* na predição dos níveis de bem-estar, de *PTSD*, de depressão, ansiedade e stress reportados no segundo momento de avaliação. Este estudo, de design longitudinal, foi realizado através de um questionário autoadministrado online e contou com uma amostra constituída por 133 participantes, sendo que, 82,0% são mulheres e 18,0% homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 72 anos (M = 39,29, SD = 11,46). Os resultados sugerem que houve uma diminuição significativa nos níveis de bem-estar reportados no segundo momento de avaliação comparativamente aos níveis reportados pelos mesmos indivíduos no primeiro momento de avaliação. Em relação aos níveis de depressão, ansiedade e stress, apesar de mais elevados no segundo momento, as diferenças encontradas não foram significativas. Em relação ao papel da OPV e das estratégias de *coping*, os resultados indicam que a OPV é um preditor significativo de *distress* psicológico, de bem-estar e de *PTSD*. Já as estratégias de *coping* ajudam a predizer o *distress* psicológico e a *PTSD*, mas não o bem-estar. De entre o conjunto de estratégias utlizadas pelos indivíduos no primeiro momento de avaliação, apenas a autoculpabilização, a negação e a autodistração demonstraram ser preditores significativos.

Este estudo permitiu sublinhar o papel determinante da OPV e da utilização de algumas estratégias de *coping* no ajustamento à atual crise pandémica, sendo ainda discutidas algumas das suas principais limitações.

Palavras-chave: Pandemia COVID-19; Orientação Positiva Para a Vida; *Distress* Psicológico; Bem-Estar; *PTSD*; Estratégias de *Coping*

Abstract

The current pandemic crisis caused by COVID-19 is causing widespread concern about the mental health of individuals and their psychological responses to this global and prolonged stressor. In this perspective, the present study aimed to analyze the differences in the levels of well-being and psychological distress reported by a group of participants living in Portugal during the first general lockdown (March and April 2020) and about nine/ten months after the pandemic outbreak. In addition, it also aimed to analyze the role of Positive Orientation for Life (OPV) and coping strategies in predicting the levels of well-being, PTSD, and depression, anxiety, and stress reported at the second moment of assessment. This longitudinal study was conducted using an online self-administered questionnaire and had a sample consisting of 133 participants, 82.0% women and 18.0% men, with ages ranging from 20 to 72 years (M = 39.29, SD = 11.46). The results suggest a significant decrease in the levels of well-being reported at the first moment of assessment compared to the levels reported by the same individuals at the second moment of assessment. Regarding the levels of depression, anxiety, and stress, although higher at the second moment, the differences were not significant. Regarding the role of PVO and coping strategies, the results indicate that PVO is a significant predictor of psychological distress, well-being, and PTSD. Coping strategies help predict psychological distress and PTSD, but not well-being. Among the set of strategies used by individuals at the first moment of assessment, only self-blame, denial, and self-distraction proved to be significant predictors.

This study highlighted the decisive role of OPV and some coping strategies in the adjustment to the current pandemic crisis, and some of its main limitations are discussed.

Keywords: Pandemic COVID-19; Positive Life Orientation; Psychological Distress; PTSD; Well-Being; Coping Strategies

índice

Lista de Abreviaturas……..……..vii

Enquadramento Teórico……...……..8

A Psicologia Positiva, o Bem-Estar e o impacto da *COVID-19* 8

Orientação Positiva Para a Vida (OPV) 11

A Utilização de Estratégias de *Coping* na Pandemia 12

Perturbação Stress-Pós-Traumático e a *COVID-19* 14

Método ..... ….....16

Participantes 16

Instrumentos…….....…17

Questionário Sociodemográfico ..... ……17

PERMA- Profiler ..... ……17

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) ..... …….18

Brief COPE ..... ……18

Escala da Positividade (EP) ..... ……19

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM- (PCL5)……19

Procedimento de Recolha de Dados 20

Tratamento de Dados 20

Resultados ..... ….21

Diferenças entre os níveis de Bem-Estar e de *Distress* Psicológico reportados no primeiro confinamento geral e nove/dez meses após o início da pandemia 21

Associações entre as variáveis em estudo 22

Preditores de *PTSD*, Bem-Estar, Depressão, Ansiedade e Stress 25

Discussão ..... ….....28

Referências ..... ……32

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos Participantes (N = 133) 16

Tabela 2. Diferenças entre os níveis de Bem-Estar reportados no primeiro e segundo momento de avaliação 21

Tabela 3. Diferenças entre os níveis de depressão, ansiedade e stress reportados no primeiro e segundo momento de avaliação 22

Tabela 4. Correlação de Pearson 24

Tabela 6. Análise de Regressão Hierárquica para prever o Sofrimento Psicológico..... 26

Lista de Abreviaturas

BCOP – *Brief Cope*

DASS- 21- Escala de Depressão, ansiedade e stress

EP- Escala da Positividade

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPV- Orientação Positiva para a Vida

PCL- 5- Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

***PTSD*-** Perturbação do Stress Pós-Traumático

PWB- Bem-Estar Psicológico

Enquadramento Teórico

A *COVID-19*, doença causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, causou uma preocupação, sem precedentes, relacionada com a saúde mental da população em geral (Sibley et al., 2020). A natureza altamente contagiosa da doença levou os governos de vários países a adotar um vasto leque de medidas sociais restritivas como o confinamento obrigatório, o teletrabalho, o encerramento de escolas, a obrigatoriedade de distanciamento físico, o evitamento de lugares públicos, a restrição de viagens, entre outros. Este conjunto de medidas aliado à grande incerteza acerca do desenvolvimento desta crise pandémica parece ter afetado a saúde mental e física de pessoas em todo o mundo, (Yıldırım et al., 2021), assim como em Portugal (Ferreira et al., 2021). É evidente o aumento da preocupação com a saúde mental e com o bem-estar das populações quando a exposição a um stressor desta natureza se torna prolongada e incerta (Rossi et al., 2020). Os sucessivos confinamentos, aliados a todas as outras medidas de contenção da pandemia parecem ter despoletado níveis elevados de stress, ansiedade, depressão e irritabilidade. Para além destas medidas de contenção terem, por si só, um impacto alarmante no bem-estar psicossocial, as notícias constantes relacionadas com a *COVID-19* potenciam a sintomatologia ansiosa, stress e também o medo face ao desconhecido (Rubin & Wessely, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (Boxer, 2005). Para melhor se compreender o impacto da atual crise pandémica de Covid-19 na saúde mental dos indivíduos, torna-se essencial analisar quer os níveis de *distress* psicológico dos indivíduos, quer os seus níveis de bem-estar, assim como o papel de variáveis disposicionais e das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com estes stressores.

A Psicologia Positiva, o Bem-Estar e o impacto da *COVID-19*

Na última década, o campo da psicologia positiva surgiu para fornecer respostas baseadas em evidências. O principal objetivo é descentralizar o foco da psicologia tradicional no tratamento de patologias e focar-se no desenvolvimento dos aspetos positivos do indivíduo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A potencialização das virtudes e das competências humanas é visto como um auxílio para lidar com uma situação

problemática, reduzir o impacto negativo e desenvolver uma vida com sentido e satisfatória (Seligman, 2002).

Cada vez mais o bem-estar é visto não apenas como a ausência de patologia, mas também como a necessidade da presença de recursos psicológicos positivos, incluindo componentes de hedonia ou bem-estar subjetivo (afeto positivo, satisfação com a vida e felicidade), bem como componentes de bem-estar eudaimónico (autoaceitação, relações positivas, autonomia, propósito de vida) (Diener, 1984; Ryff, 1989). O bem-estar é um construto polissémico e complexo, para o qual dificilmente se encontra uma definição concreta. É composto por vários elementos mensuráveis mas nenhum deles o define completamente (Keyes et al., 2002). No entanto, perante a comunidade científica, é melhor conceptualizado como um composto de hedonia e eudaimonia, duas dimensões relacionadas.

A perpectiva mais hedónica do bem-estar, segundo alguns autores, define o bem-estar de acordo com duas componentes centrais: a componente cognitiva e a componente afetiva. A primeira integra as interpretações e as avaliações cognitivas que as pessoas fazem sobre determinada situação e o respetivo nível de satisfação, enquanto que a componente afetiva integra as emoções positivas e negativas desencadeadas perante um estímulo experienciado (Diener, 1984; Heintzelman, 2018). As experiências vivenciadas pelo indivíduo despertam emoções positivas ou negativas que podem envolver julgamentos e sentimentos relacionados com o nível de satisfação da própria vida. As emoções positivas provêm de uma avaliação e interpretação de um acontecimento de uma forma desejável, enquanto que as emoções negativas resultam de situações desprazerosas. Apesar de polos distintos, estas emoções estão intrinsecamente relacionadas. Por norma, à medida que as emoções positivas aumentam, as negativas decrescem, no entanto coexistem (Jebb et al., 2020; Tambyah & Tan, 2018).

O bem-estar eudaimónico é melhor representado pelos modelos de bem-estar psicológico, representa o significado e a autorrealização do indivíduo, defendendo que o bem-estar se define pelo nível funcional e potencial da pessoa (Ryff, 1989; Heintzelman, 2018). Ryff (1989), a autora do modelo de Bem-Estar Psicológico (PWB), define o bem-estar segundo um modelo multidimensional e propõe seis dimensões psicológicas cruciais entre elas: ter uma atitude positiva em relação a si próprio, reconhecer e aceitar os aspetos do *self*, incluindo as qualidades boas e más e com a presença de um sentimento positivo em relação à vida passada (autoaceitação); ter relações satisfatórias e de confiança com os

outros, preocupação com o bem-estar dos outros e ser capaz de estabelecer laços relacionais (relações interpessoais positivas); ser autodeterminado e independente, capaz de autorregular o seu comportamento, foco nos padrões pessoais, nas suas crenças e não ceder às pressões sociais, nem procura aprovação social (autonomia); ter capacidade lidar com o ambiente e criar contextos adequados às necessidades e valores pessoais (domínio do meio); ter um bom sentido de orientação e saber delinear objetivos de vida, sentir que há significado na vida presente e passada (propósito de vida); ter um sentimento de desenvolvimento contínuo, estar aberto a novas experiências (crescimento pessoal) (Ryff, 1989; 2014).

Na ótica de Seligman (2018), o bem-estar é considerado uma das principais operacionalizações da construção do "florescimento", sendo este definido como "um estado ótimo e dinâmico de funcionamento psicossocial que surge através de um bom funcionamento em todos os domínios psicossociais" (Seligman, 2018). Seguindo a lógica deste autor, o florescimento é um estado que está associado à presença de fatores que diminuem o risco de desenvolvimento de patologias psicológicas, físicas e aumenta a produtividade e a capacidade relacional (Manderscheid et al., 2010). O seu modelo (PERMA) centra-se na existência de cinco elementos base cruciais para o bem-estar psicossocial do ser humano que integram as abordagens anteriormente referenciadas, a hedónica e a eudaimónica. As emoções positivas "*positive emotions*" (P), englobam sentimentos hedónicos tais como felicidade, prazer e conforto. O envolvimento, "*engagement*" (E) refere-se a uma ligação profunda com interesse, empenho e absorção numa determinada atividade. As relações interpessoais "*relationships*" (R), que incluem sentimentos de integração com a sociedade, sentimentos de satisfação com a sua rede social. O apoio das relações sociais esta associado a uma menor sintomatologia depressiva, a uma melhor saúde física, a menor mortalidade, e outros resultados positivos. O significado "*meaning*" (M), refere-se a ter um sentido de propósito e direção na vida, ao sentimento ligado a algo maior do que o *self*. E, por último, a realização, "*accomplishment*" (A), refere-se à progressão em direção aos objetivos e alcançar um nível superior de satisfação e realização pessoal (Seligman, 2018).

A pandemia causada pela COVID-19 foi uma das situações problemáticas que mais destabilizou a dinâmica da vida das pessoas e desencadeou um misto de emoções, afetando a sua saúde mental. Embora as medidas restritivas possam retardar a propagação da doença, também parecem ter um potencial altamente prejudicial para o bem-estar das

pessoas. Alguns estudos têm vindo a demonstrar que o isolamento social tem um impacto negativo na saúde e no bem-estar dos indivíduos e que levou a um aumento significativo da solidão emocional, dos níveis de stress e a um aumento da probabilidade do desenvolvimento de outras perturbações psicopatológicas (Stephenson, 2020; Wu, 2020). Segundo a literatura, as mudanças de comportamento também podem influenciar o bem-estar, assim como os acontecimentos de vida indutores de stress (Koszycki et al., 2010). Estudos recentes indicam que a pandemia de *COVID-19* parece ter causado uma diminuição significativa nos níveis de bem-estar dos indivíduos (Ahmed et al., 2020; Kachanoff et al., 2021). As disrupções na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades, a exposição a uma série de fatores stressores, nomeadamente as restrições que causaram um grande impacto psicossocial e socioeconómico na vida das pessoas são apontados como alguns dos motivos para estes resultados (Möhring et al., 2021). Estas evidências suportam e credibilizam a hipótese que o aumento de bem-estar pode promover a saúde mental e minimizar sintomas patológicos durante e após a crise pandémica de *COVID-19*.

Orientação Positiva Para a Vida (OPV)

Em todas as fases da vida o ser humano confronta-se com acontecimentos tanto agradáveis como dolorosos, é um processo inevitável. O que diferencia é a atitude face a essas experiências vividas. A OPV pode ser encarada como uma atitude face à vida baseada no otimismo e na positividade. É indispensável no confronto de acontecimentos negativos inevitáveis durante a vida e auxilia o ser humano a experienciar uma vida mais saudável e a refletir sobre as suas vivências passadas, sobre os seus comportamentos, pensamentos e emoções (Caprara et al., 2009). No entanto, esta orientação de vida, não implica necessariamente que os indivíduos se protejam ou evitem a experiência de emoções negativas mas sim a ter uma perspetiva positiva e realista das experiências de vida e atitudes em relação ao futuro (Caprara et al., 2019).

A OPV (Caprara et al., 2009) é um constructo relativamente recente que integra o que de comum têm a satisfação com a vida, o otimismo e a autoestima. Um corpo em crescimento na investigação tem vindo a mostrar que a OPV está associada a níveis mais elevados de funcionalidade individual e, consequentemente, a uma melhor saúde, um trabalho mais bem-sucedido e ao desenvolvimento de relações interpessoais mais positivas (Lyubomirsky et al., 2005).

A satisfação com a vida, consiste na avaliação e no julgamento geral positivo que a pessoa faz perante as situações que vão ocorrendo ao longo da vida. Está associada a resultados positivos, incluindo níveis mais altos de saúde física e uma maior utilização de estratégias positivas (Diener, 1984). A autoestima está associada à autoaceitação e à auto consideração geral que a pessoa tem por si própria. As pessoas com maiores níveis de autoestima adotam estratégias mais eficazes e adaptativas e menos propensas a falhar, consequentemente, apresentam um menor risco de ansiedade, sintomas depressivos e revelam melhores resultados de saúde física e mental (Linley et al., 2004). O otimismo diz respeito à visão que a pessoa tem acerca do futuro, depende da avaliação que o indivíduo faz acerca de uma situação e a considera como uma situação desejável, acreditando que situações pessoais e sociais futuras serão mais prevalentes do que as situações desfavoráveis (Brissette et al., 2002). Pessoas com níveis mais elevados de OPV têm uma tendência geral para desenvolver pensamentos e atitudes positivas face às experiências de vida (Caprara et al., 2009). Este "olhar" positivo não é revelado apenas em situações favoráveis ao indivíduo. Um indivíduo considerado otimista mantém os pensamentos positivos numa situação ameaçadora, capaz de ter uma perspetiva realista e uma atitude conformista para com a situação e, consequentemente, consegue retirar pontos positivos de uma situação aparentemente negativa (Carver & Scheier, 1990).

A visão positiva perante a vida está também associada a uma melhor saúde mental. A literatura revela ainda que as pessoas com a atitude incerta face ao futuro estão suscetíveis a não enfrentarem as adversidades e a não resolverem os seus problemas (Caprara et al., 2015). Segundo Caprara (2009) as pessoas precisam da OPV para crescerem e levarem uma vida satisfatória e feliz (Caprara et al., 2009). No entanto, esse nível de satisfação depende não só das oportunidades ambientais, mas também da capacidade que o indivíduo tem para encontrar estratégias para enfrentar e lidar de forma eficaz com situações stressoras (Caprara et al., 2010).

A Utilização de Estratégias de *Coping* na Pandemia

Atualmente, toda a gente está perante um estímulo stressor e alarmante que impõe muitas limitações e restrições diárias. A interpretação da situação experienciada depende da avaliação que o ser humano faz da mesma e, consequentemente, das estratégias que usa para se adaptar a tais circunstâncias (Kelso et al., 2005). As estratégias de *coping* estão relacionadas com a saúde mental uma vez, que bem usadas, podem promover o bem-estar e

diminuir o sofrimento, atenuando o impacto das adversidades internas e externas que aparecem ao longo da vida (Carr & Steel, 2013).

Lazarus e Folkman (1988) definiram estratégias de *coping* como estratégias comportamentais e cognitivas que o ser humano utiliza para fazer face a situações stressantes, habitualmente avaliadas como ameaçadoras (Folkman & Lazarus, 1988). Estes autores distinguiram dois tipos funcionais de estratégias, o *coping* focado no problema e o *coping* focado nas emoções. O primeiro centra-se na resolução do problema causador de mal-estar, através da delineação de estratégias fundamentadas e baseadas no problema, que facilitam o confronto de modo a diminuir o impacto negativo do fator stressor (Folkman & Lazarus, 1988). O *coping* focado nas emoções, por sua vez, foca-se em normalizar e minimizar as emoções negativas desencadeadas pelo stressor, a sua prioridade direciona-se em estabilizar e equilibrar a resposta emocional do indivíduo face ao stressor, diminuindo a tensão emocional (Folkman & Lazarus, 1988).

A eficácia das estratégias de *coping* está muito dependente do contexto, uma vez que estão relacionadas com fatores situacionais, temporais e com o tipo de stressor, sendo que a mesma estratégia de *coping* pode obter diferentes resultados em diferentes situações (Folkman & Lazarus, 1988).

A pandemia *COVID-19* corresponde certamente à definição de um stressor prolongado e um desafio emocional para a maioria das pessoas. A utilização de estratégias de *coping* adaptativas é importante para manter uma estabilidade emocional e um funcionamento saudável face a um estimulo stressor que exigiu uma mudança de comportamentos diários em toda a comunidade (Folkman & Lazarus, 1988; Zacher & Rudolph, 2021). No entanto, quando as estratégias de *coping* são desadaptativas a esse contexto, existe uma dificuldade maior em regular as emoções e, consequentemente, aumenta a probabilidade de os indivíduos experienciarem dificuldades a nível pessoal, social e profissional.

Estudos relacionados com doenças infeciosas anteriores, relatam que os comportamentos e as estratégias de evitamento, assim como a utilização do humor para fugir a gravidade foram as estratégias mais comuns (Marjanovic et al., 2007; Phua et al., 2005). Segundo Suls e Fletcher (1985) os comportamentos de evitamento estão, em algumas situações, associados a uma adaptação positiva a curto prazo, no entanto, resultados a longo prazo indicam que as estratégias de confronto surgem associadas a resultados mais positivos (Suls & Fletcher, 1985). Segundo esta linha teórica, existem comportamentos e estratégias que ajudam as pessoas a lidarem com o fator stressor através

de estratégias consideradas adaptativas como: procurar apoio social e emocional, autoaceitação do problema e interpretação positiva do problema (Hajian et al., 2017). Em contrapartida, o consumo de álcool e/ou outras substâncias, a autoculpabilização (Liang et al., 2020), a ventilação emocional e o desinvestimento comportamental (Ferreira et al., 2021) têm se mostrado estratégias mais desadaptativas face à atual situação ameaçadora.

Os níveis elevados de stress desenvolvidos durante a pandemia podem ser confrontados também através da utilização de outras estratégias de *coping* que se têm demonstrado mais adaptativas (Waters et al., 2021). As estratégias focadas na emoção como a aceitação do problema, ter um bom suporte social estão associadas a níveis mais elevados de bem-estar (Zacher & Rudolph, 2021), assim como a reavaliação positiva, o planeamento ou a aceitação.

Perturbação Stress-Pós-Traumático e a *COVID-19*

Para além do impacto significativo que a crise pandémica provocada pela *COVID-19* parece estar a ter na saúde mental dos indivíduos, pode ainda, em função das experiências vividas, resultar numa perturbação de stress-pós-traumático (*PTSD*) (Tang et al., 2020).

A quarentena e o isolamento social, apesar de constituírem medidas importantes para a proteção da saúde, também podem levar a um maior risco de desenvolvimento de doenças mentais, para além disso, a solidão pode ser um fator altamente prevalente e devastador durante o confinamento geral, devido ao distanciamento e isolamento social. Quanto maior for o período de isolamento, maior parece ser o risco de desenvolver emoções negativas como humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, raiva, medo, insónia e, em muitos casos, um quadro psicopatológico (Reynolds et al., 2008). Esses stressores podem levar a altos níveis de ansiedade, sintomas depressivos, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e perturbação de stress pós-traumático (Liu et al., 2020).

A perturbação do stress-pós-traumático (*PTSD*) é uma doença grave de saúde mental causada por um evento aterrorizante fora da normalidade da experiência humana (Fawaz & Samaha, 2020). É uma perturbação mental debilitante que se pode desenvolver depois de experimentar ou assistir um evento com risco de vida. Este sofrimento é associado ao comprometimento social, ocupacional e outros domínios. Para além disso, existe uma grande associação entre *PTSD* e condições comórbidas como a depressão e perturbações por uso de substâncias (American Psychiatric Association, 2014). Os sintomas de *PTSD* envolvem sintomas graves de ansiedade como *flashbacks*, pesadelos, hiperestimulação, o

aumento de crenças e sentimentos negativos e uma vida social reduzida. Indivíduos com *PTSD* têm um maior risco de ideação suicida (Thibodeau et al., 2013).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado um nível bastante elevado de prevalência de problemas de saúde mental entre os sobreviventes, as famílias vítimas, os profissionais de saúde e o público em geral após um surto epidémico de doenças infeciosas (Xiao et al., 2020). A maioria destes problemas de saúde mental podem desaparecer após a superação da epidemia, no entanto, os sintomas de *PTSD* podem durar por um longo período de tempo e resultar numa grave constrição e incapacidade. Identificaram-se consequências a longo prazo para a saúde mental associados a períodos de quarentena, verificando-se ainda um aumento do risco de abuso de álcool e de sintomas depressivos (Reynolds et al., 2008).

Experienciar, vivenciar ou testemunhar o sofrimento relacionado a *COVID-19* pode também resultar em alta prevalência de stress-pós-traumático (Xiao et al., 2020). Segundo um estudo de Xiao e colaboradores (2020), a exposição a um surto epidémico de doenças infeciosas resulta num tipo particular de trauma psicológico que pode ser categorizado em três grupos. O primeiro é definido pela exposição direta, em que o indivíduo vivencia diretamente o surto e sofre os sintomas associados, por exemplo, dispneia, insuficiência respiratória, incapacidade motora, alteração de estados conscientes, ameaça de morte, considerado um trauma significativo nas pessoas com *COVID-19* grave. O segundo, é o testemunho de pacientes, familiares, ou pessoas que sofreram um impacto indireto da experiência, uma vez que assistiram e acompanharam o percurso dos indivíduos que lutaram, sofreram e até morreram da doença infeciosa. A terceira, é definida por experimentar o medo realista ou irrealista da infeção através do isolamento social, exclusão e estigmatização (Xiao et al., 2020). O primeiro grupo parece ser o que traz piores consequências, uma vez que parecem ser os sobreviventes da doença *COVID-19* que apresentam níveis mais elevados de *PTSD* comparativamente às pessoas não infetadas (Bo et al., 2020).

Apesar dos vários estudos que apontam para o impacto negativo da atual crise pandémica do bem-estar e saúde mental dos indivíduos, a grande maioria dos estudos publicados apresentam um design transversal, não sendo, por isso, possível tirar conclusões acerca do seu impacto. Além disso, tão importante como analisar o efeito desta pandemia é o de analisar alguns dos potenciais fatores de risco e de proteção para a saúde mental. Neste sentido, o presente estudo, de design longitudinal, pretende comparar os níveis de bem-estar e de *distress* psicológico reportados durante o primeiro confinamento geral e nove a

dez meses após o início da pandemia. Pretende ainda analisar como é que a OPV e as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos no início da pandemia poderão predizer os níveis de *PTSD*, de bem-estar e de *distress* psicológico, reportados pelos indivíduos no segundo momento de recolha de dados.

Método

Participantes

Recorreu-se ao G*Power (Faul et al., 2007) para calcular o tamanho mínimo de amostra recomendado para detetar um tamanho de efeito significativo. Para tal, teve-se em consideração os testes a serem utilizados, um nível de significância de 0.05, uma potência de 0.80 e um tamanho de efeito médio de 0.15 (Cohen's f^2) (Cohen, 1988). Considerando a utilização de 13 preditores, deverá então ser considerado um tamanho mínimo da amostra de 133 participantes. Como critérios de inclusão foram definidos i) ter 18 anos de idade ou mais; ii) viver em Portugal no primeiro momento de confinamento geral e cerca de nove a dez meses após; iii) ser capaz de ler e compreender Português; iv) depois de estar informado acerca dos objetivos e condições do estudo, concordar em participar. Onze dos participantes (7.6%) foram excluídos por não residirem em Portugal nos dois momentos do estudo. Posto isto, a amostra final incluíu 133 participantes, dos quais 82.0 % são mulheres e 18.0% homens com idades compreendidas entre os 20 e os 72 anos (M = 39.29, SD = 11.46).

A maioria dos participantes eram casados (41.4%), em seguida solteiros (28.6%), numa relação (13.5%), em união de facto (10.5%) e divorciados (6.0%). O nível de escolaridade reportado pelos participantes foi o seguinte: 3º ciclo EB- 9ºano (75.9%), 2º ciclo EB- 6ºano (12.0%), secundário- 12ºano (6.8%), 1ºciclo EB- 4ºano (0.8 %) e, licenciatura (4.5%). Relativamente ao o nível socioeconómico, a maioria dos participantes considerava integrar-se no nível médio (86.5%), seguido pelo nível acima do médio (8.3%) e, por fim, o nível abaixo do médio (5.3%).

Tabela 1. *Características Sociodemográficas dos Participantes (N* = 133*)*

	N	*%*	*Média*	*DP*
Idade	133	100.00	39.29	11.46
Género				
Feminino	109	82.0		
Masculino	24	18.0		
Estado Civil				
Casado	55	41.4		

Solteiro	38	28.6
Numa relação	18	13.5
União de facto	14	10.5
Divorciado	8	6.0
Nível de educação		
3º ciclo EB- 9ºano	101	75.9
2º ciclo EB- 6ºano	16	12.0
secundário- 12ºano	9	6.8
1ºciclo EB- 4ºano	1	0.8
licenciatura	6	4.5
Nível Socioeconómico		
Médio	115	86.5
Acima do nível médio	11	8.3
Abaixo do nível médio	7	5.3

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi realizado um questionário sociodemográfico com o objetivo de recolher dados como a idade, género, estado civil, nível de educação, assim como, o nível socioeconómico.

PERMA- Profiler

O PERMA- Profiler é um instrumento que avalia de forma rápida os níveis de bem-estar. Desenvolvido por Butler e Kern (2016), inspirado no modelo de florescimento de Seligman (2011), o qual descreve o bem-estar em cinco pilares: emoção positiva (P: tendência geral para sentir satisfação e contentamento); envolvimento (E: sentimento de interesse e envolvência numa atividade), relações (R: receber e expressar apoio e valorização), significado (M: sentir um propósito de vida) e realização (A: sentimentos de concretização e empenho para realizar um objetivo) (Butler & Kern, 2016). Apesar da saúde física e das emoções negativas não fazerem parte do modelo, são uns fatores importantes para o nosso bem-estar, sendo que este modelo mede subjetivamente também estas subescalas. Inclui no total 23 itens, classificados numa escala de 7 pontos de 0 a 6. As pontuações de cada subescala são calculadas através da soma dos itens, nas quais as pontuações são mais elevadas refletem níveis de bem-estar mais elevado. Nesta amostra, no primeiro momento, foi observado um alfa de Cronbach de (α = .90) para o bem-estar total, (α = .83) para as emoções positivas, (α = .69) para o envolvimento, (α = .84) para as relações, (α = .93) para o significado, (α = .78) para a realização, (α = .74) para as emoções negativas e (α = ..84) para a saúde física. No segundo momento, os alfas de Cronbach foram os seguintes: (α = .92) para o bem-estar total, (α = .86) para as emoções positivas. (α

= .69) para o envolvimento, (α = .82) para as relações, (α = .93) para o significado, (α = .79) para a realização, (α = .76) para as emoções negativas e (α = .88) para a saúde física.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21)

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) é uma escala de autorrelato que pretende avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e stress na população adulta. Foi utilizada a versão mais curta de 21 itens da escala original de 42 itens. A versão original foi elaborada por Lovibond e Lovibond (1995) e validado para a população adulta Portuguesa por Pais-Ribeiro (2004) (Pais-ribeiro & Leal, 2004). Ao responder a esta escala, os participantes indicam o quão experimentaram cada um dos sintomas descritos durante a última semana numa escala Likert de 4 pontos, desde o 0 (*não se aplica a mim de todo*) a 3 (*aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo*). As pontuações das subescalas podem ser interpretadas consoante os diferentes níveis de severidade. Para a ansiedade os valores são interpretados da seguinte forma: (0-6) normal, (7-9) suave, (10-14) moderado, (15-19) severo, (20-42) extremamente severo. O stress poderá ser interpretado a partir destes valores: (0-10) normal, (11-18) suave, (19-26) moderado, (27-34) severo e (35-42) extremamente severo. Por último, os níveis de depressão poderão ser interpretados da seguinte forma: (0-9) normal, (10-12) suave, (13-20) moderada, (21-27) grave e (28-42) extremamente grave) (Pais-ribeiro & Leal, 2004). Os valores de consistência interna para o presente estudo são os seguintes: no primeiro momento de avaliação: depressão (α = .82), ansiedade (α = .82) stress (α =. 90) e no segundo momento: depressão (α = .90), ansiedade (α = .88), stress (α =. 92).

Brief COPE

O BCOP (Carver, 1997) traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro (Ribeiro & Rodrigues, 2004) foi utilizado com o objetivo de avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes no primeiro confinamento. É composto por 14 escalas, entre as quais são: autodistração (realizar entretenimentos para não pensar no problema); *coping* ativo (refletir medidas para tentar eliminar o problema), planeamento (pensar em como lidar com o problema); utilizar suporte instrumental (procurar ajuda, conselhos e informação); utilizar suporte social emocional (procurar obter apoio emocional de outras pessoas); religião (utilizar a fé como apoio); reavaliação positiva (reavaliar o stressor de forma positiva); autoculpabilização (culpar-se a si mesmo pela situação); aceitação (aceitar a existência do problema); ventilação emocional (expressar sentimentos

negativos associados ao problema); negação (recursar-se a acreditar a realidade do problema); desinvestimento comportamental (desistir de tentar lidar com o problema); uso de substâncias (uso de álcool ou drogas para reduzir o sofrimento); humor (brincar com o stressor). As respostas variam numa escala tipo Likert-4 com quatro alternativas (de 1 a 4) entre (*nunca faço isto*) até (*faço sempre isto*). As pontuações são calculadas pela soma dos itens de cada subescala, sendo que as pontuações mais altas relatam uma maior tendência da utilização da estratégia respetiva. Na amostra atual os valores de consistência foram os seguintes: planeamento (α = .42); *coping* ativo (α = .44); negação (α = .57); abuso substâncias (α = .84); apoio emocional (α = .67); apoio instrumental (α = .62); desinvestimento comportamental (α = .81); ventilação emocional (α = .16); reavaliação positiva (α = .78); humor (α = .80); aceitação (α = .77); religião (α = .84); autoculpabilização (α = .50) e autodistração (α = .48).

Escala da Positividade (EP)

Para este estudo foi utilizada também a escala de Positividade (EP) desenvolvida por Caprara e colaboradores (Caprara et al., 2015). Adaptada e validada para a população portuguesa por Cruz e col. (2012), tem como objetivo avaliar o construto de positividade e tem subentendido a avaliação de três medidas teóricas relacionadas: a autoestima, a satisfação com a vida e o otimismo. É composta por oito itens, respondidos através de uma escala tipo Likert-5 pontos entre o (1=Discordo totalmente; 5=Concordo totalmente). As pontuações são calculadas pela soma dos itens, sendo que os scores totais variam entre 5 a 40, nos quais os valores superiores refletem níveis mais elevados de positividade. Para o presente estudo o valor de consistência interna é de .78.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL- 5)

O *PCL-5* consiste numa medida de autorrelato que avalia os sintomas de *PTSD* de acordo com o *DSM-5*. Os participantes devem reportar numa escala de (0 = nada; 4 = extremamente) o grau segundo o qual se sentiram afetados por cada um dos sintomas descritos na última semana. O *PCL-5* pode ser usado como uma medida continua de forma a avaliar a severidade da sintomatologia e/ou como uma medida dicotómica para o rastreio de PTSD de acordo com os critérios da DSM-5 (Blevins et al., 2015). Para efeitos do presente estudo, o instrumento foi utilizado como medida contínua onde scores mais elevados indicam níveis mais severos de sintomatologia *PTSD*. De forma a coincidir com a medida utilizada no estudo internacional foram selecionados apenas 9 dos itens originais

da escala. A instrução fornecida aos participantes solicitava que classificassem os itens apenas de acordo com a experiência relacionada com a pandemia de coronavírus. A versão original do instrumento apresentou valores de consistência interna de (α = .94) no estudo 1 e de (α = .95) no estudo 2 (Blevins et al., 2015). Quer a versão portuguesa do instrumento (Carvalho et al., 2019), quer o presente estudo apresentam um valor de consistência interna para o total do instrumento de (α = .94).

Procedimento de Recolha de Dados

Os participantes foram convidados a complementar um questionário *online*, disponibilizado através da plataforma *Google forms,* através das redes sociais e através de contactos de e-mail. Foram informados acerca dos objetivos gerais do estudo, com os quais tiveram de consentir e concordar antes de iniciarem o preenchimento do protocolo. Os dados foram recolhidos em dois momentos. Na fase inicial da crise pandémica, em Portugal, mais especificamente durante os meses de confinamento total (Março e Abril de 2020) e nove a dez meses depois do início da pandemia (dezembro de 2020 e janeiro de 2021). Todos os intervenientes foram informados sobre a natureza voluntária e anónima da sua participação, assim como da possibilidade de desistirem a qualquer momento. Não receberam qualquer tipo de compensação por terem participado neste estudo. Foi obtida a aprovação ética da Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto.

Tratamento de Dados

No presente estudo, a análise quantitativa dos dados foi efetuada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (*IBM SPSS, v.27*). Inicialmente, foi realizada uma estatística descritiva para caracterizar os participantes. De seguida, foi utilizada uma análise de diferenças intrasujeitos para testar as diferenças nos valores de bem-estar e de distress psicológico reportados pelos participantes nos dois momentos de avaliação. A correlação de *Pearson* foi realizada para analisar as associações entre as variáveis em estudo. Por último, foram realizadas análises de regressão múltiplas hierárquicas para identificar os principais preditores de bem-estar, *PTSD* e de *distress* psicológico, introduzindo as variáveis do género e a idade no primeiro passo, a orientação positiva para a vida no segundo passo e as estratégias de *coping* no terceiro passo.

Resultados

Diferenças entre os níveis de Bem-Estar e de *Distress* Psicológico reportados no primeiro confinamento geral e nove/dez meses após o início da pandemia

Os resultados do teste de diferenças intrasujeitos indicam um decréscimo nos níveis de bem-estar entre o primeiro confinamento e nove/dez meses após o início da pandemia, na maioria das subescalas da medida de bem-estar (ver tabela 2). Os participantes reportaram uma diminuição significativa nas emoções positivas, t (132) = 2.15; p = .033; no envolvimento, t (132) = 3.32, p = .002, nas relações, t (132) = 2.35; p = .020, tal como nos sentimentos de realização, t (132) = 2.09; p = .039. A perceção de saúde física dos participantes também registou uma diminuição, uma vez que o valor no início da pandemia é significativamente superior ao valor obtido no segundo momento de avaliação t (132) = 2.74, p = 007. O bem-estar geral também apresentou uma diminuição entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, t (132) = 2.50; p = .013, assim como o bem-estar total (onde foram agregados os valores de emoções positivas (P), envolvimento (E), relações (R), significado (M) e realização(A), t (131) = 2.50; p = .014. Os participantes também reportaram níveis ligeiramente mais baixos de emoções negativas no segundo momento, tal como de significado, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas. Os níveis de solidão, pelo contrário, aumentaram no segundo momento, porém a diferença também não foi estatisticamente significativa.

Tabela 2. *Diferenças entre os níveis de Bem-Estar reportados no primeiro e segundo momento de avaliação*

	Primeiro momento (N = 133) M (DP)	Segundo momento (N = 133) M (DP)	T (1,32)
Emoções positivas	4.24 (1.03)	4.07 (1,18)	**2.15***
Envolvimento	4.42 (1.02)	4.15 (1,14)	**3.32 ***
Relações	4.62 (1.20)	4.42 (1,21)	**2.35***
Significado	4.51 (1.35)	4.34 (1,37)	1.81
Realização	4.15 (1.03)	3.98 (1,10)	**2.09***
Emoções negativas	2.38 (1.21)	2.35 (1,20)	0.30
Saúde física	4.13 (1.05)	3.89 (1,12)	**2.74 ****
Solidão	1.88 (1.79)	1.98 (1,78)	-.652
Bem-estar geral	4.60 (1.12)	4.39 (1,26)	**2.50***
Bem-estar total	4.40 (0.96)	4.23 (1,05)	**2.50***

Nota. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Em relação ao *distress* psicológico, os participantes apresentam valores mais elevados de depressão, t (132) = .774, p = .440, de ansiedade, t (132) = -1.319, p =.190, e de stress, t

(132) = -1.209, *p* =.229 no segundo momento de avaliação. No entanto, nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa (ver tabela 3).

Tabela 3. *Diferenças entre os níveis de depressão, ansiedade e stress reportados no primeiro e segundo momento de avaliação*

	Primeiro momento	Segundo momento	
			T (132)
Depressão	3.74 (3.61)	3.9 (4.22)	-.774
Ansiedade	2.67 (3.38)	3.05 (3.93)	-1.319
Stress	6.60 (4.69)	7.04 (5.06)	-1.209

Associações entre as variáveis em estudo

Através da tabela 4, é possível observar que o bem-estar associa-se positiva e significativamente com a OPV (*r* = .716, *p* < 0.001) e com as estratégias de *coping* de aceitação (*r* = .247, *p* = 0.004), reavaliação positiva (*r* = .224, p = 0.010) e *coping* ativo (*r* = .241, *p* = 0.005). Está negativamente correlacionado com a *PTSD* (*r* = -.404, *p* < 0.001), depressão (*r* = -.631, *p* < 0.001), ansiedade (*r* = -.391, *p* < 0.001), stress (*r* = -.433, *p* < 0.001) e também com o abuso de substâncias (*r* = -.286, *p* < 0.001), o desinvestimento comportamental (*r* = -.406, *p* <0.001) e a autoculpabilização (r = -224, p = 0.010).

Os níveis de *PTSD* associam-se positivamente com a depressão (*r* = .746, *p* < 0.001), a ansiedade (*r* = .720, *p* <0.001), o stress (*r* = .708, *p* < 0.001) e também com as estratégias de *coping* da negação (*r* = .322, *p* < 0.001), desinvestimento comportamental (*r* = .199, *p* = 0.022), autoculpabilização (*r* = .313, *p* <0.001) e autodistração (*r* = .295, *p* <0.001). Por outro lado, correlaciona-se negativamente com OPV (*r* = -.307, *p* < 0.001).

Relativamente à depressão, os resultados indicam que está positivamente correlacionada com a ansiedade (*r* = .666, *p* < 0.001), o stress (*r* = .748, *p* < 0.001) e com o uso das estratégias de *coping* da negação (*r* = .235, *p* = 0.007), abuso de substâncias (*r* = .206, *p* = .206), desinvestimento comportamental (*r* = .342, *p* < 0.001), autoculpabilização (*r* = .309, *p* < 0.001) e com a autodistração (*r* = .267, *p* = 0.002). Por outro lado, está negativamente associada à aceitação (*r* = -.196, *p* = 0.024) e à OPV (*r* = -.433, *p* < 0.001).

Como se pode observar na tabela 4, a ansiedade associa-se, de forma positiva, com níveis mais elevados de negação (*r* = .258, *p* = 0.003), abuso de substâncias (*r* = .174, *p* = 0.045), autoculpabilização (*r* = 281, *p* < 0.001), autodistração (*r* = .219, *p* = 0.011) e associa-se negativa e significativamente com os níveis de OPV (*r* = -.295, *p* < 0.001).

No que diz respeito ao stress, a análise dos coeficientes da Correlação de *Pearson* revela uma associação positiva com as estratégias de *coping* da negação (r = .237, p = 0.006), abuso de substâncias (r = .247, p = 0.004), apoio emocional (r = .205, p = 0.018), apoio instrumental (r = .196, p = 0.024), desinvestimento comportamental (r = .195, p = 0.024), autoculpabilização (r = .317, p < 0.001) e a autodistração (r = .219, p = 0.011). Mostra ainda uma correlação significativa, mas negativa, com a OPV (r = .-295, p < 0.001).

A orientação positiva para a vida mostra-se positivamente correlacionada com o coping ativo (r = .316, p < 0.001), a reavaliação positiva (r = .329, p < 0.001), a aceitação (r = .356, p < 0.001). Porém, revela-se associada negativamente com a negação (r = -.193, p = 0.026), o abuso de substâncias (r = -.245, p = 0.005), o desinvestimento comportamental (r = -.434, p < 0.001), assim como com a autoculpabilização (r = -.282, p < 0.001) e a autodistração (r = -.191, p = 0.028).

Tabela 4. *Correlação de Pearson*

Variável	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1 Bem-estar total	--																			
2- PTSD	**-.404*** **	--																		
3- Idade	0.014	0.005	--																	
4- Depressão	**-.631*** **	**.746*** **	-0.051	--																
5- Ansiedade	**-.391*** **	**.720*** **	-0.057	**.666*** **	--															
6- Stress	**-.433*** **	**.708*** **	-0.098	**.748*** **	**.761*** **	--														
7-Coping Ativo	**.241** **	0.030	0.102	-0.072	-0.053	-0.067	--													
8- Negação	-0.089	**.322*** **	0.090	**.235** **	**.258** **	**.237** **	0.032	--												
9- Abuso de substâncias	**-.286*** **	0.122	-0.004	**.206***	**.174***	**.247** **	-0.084	0.125	--											
10- Apoio emocional	0.033	0.121	-0.141	0.149	0.038	**.205***	**.185***	0.014	0.097	--										
11- Apoio Instrumental	0.067	0.096	-0.093	0.117	0.101	**.196***	**.236** **	0.068	0.077	**.699*** **	--									
12- Desinvestimento Comportamental	**-.406*** **	**.199***	-0.092	**.342*** **	0.158	**.195***	**-.265** **	**.227** **	**.231** **	-0.047	-0.065	--								
13- Ventilação Emocional	-0.004	0.096	0.008	0.149	0.077	0.133	**.336*** **	0.159	0.043	**.379*** **	**.421*** **	0.073	--							
14- Reavaliação positiva	**.224***	-0.096	-0.038	-0.170	-0.044	-0.156	**.371*** **	0.010	-0.132	0.149	0.147	**-.228** **	**.255** **	--						
15- Humor	0.031	-0.076	-0.045	-0.110	-0.083	-0.050	**.214***	-0.106	0.047	**.171***	0.157	-0.107	0.080	**.324*** **	--					
16- Aceitação	**.247** **	-0.168	-0.023	**-.196***	-0.076	-0.162	**.245***	**-.310****	-0.112	0.021	0.059	**-.216***	**.196***	**.449*** **	**.252** **	--				
17- Autoculpabilização	**-.224***	**.313*** **	-0.093	**.309*** **	**.281** **	**.317*** **	0.008	**.189***	0.034	**.195***	0.151	0.147	**.294** **	0.145	0.147	**-.192***	--			
18- Religião	0.105	0.105	0.09	0.043	0.071	0.118	**.253***	0.163	-0.111	**.263***	.237	-0.09	**.256***	**.181***	-0.154	0.032	0.097	--		
19- Autodistração	-0.08	**.295** **	0.045	**.267** **	**.300*** **	**.219***	0.096	**.303*** **	0.023	0.081	0.14	0.149	0.17	-0.112	-0.13	-0.114	0.154	**.223***	--	
20- EPOS total	**.716*** **	**-.307*** **	0.03	**-.433*** **	**-.242***	**-295** **	**.316*** **	**-.193***	**-.245***	0.07	0.05	**-.434*** **	-0.02	**.329*** **	0.09	**.356*** **	**-.282** **	0.16	**-.191** **	--

Nota. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Preditores de *PTSD*, Bem-Estar, Depressão, Ansiedade e Stress

Na primeira etapa da análise, o género e a idade não foram preditores significativos dos níveis de *PTSD* F (2.130) = .419; p =.659. No entanto, com a introdução da OPV na segundo etapa, o modelo produziu uma alteração significativa F (3.129) = 5.078; $p <$ 0.001 e passou a explicar 10.6% da variância da *PTSD*. Na terceira etapa foram introduzidas as estratégias de *coping* que também se mostraram preditores significativos, nomeadamente a negação F(13.119) = 3.254; p =.017 e a autoculpabilização F(13.119) = 3.254; p =.018, passando o modelo a explicar 26.2 % da variância.

Na análise dos preditores de bem-estar, as variáveis género e idade, introduzidos na primeira etapa, também não foram preditores significativos, F (2.129) = 0.73; p = .930. Na segunda etapa, a OPV contribuiu significativamente para o modelo que passa a explicar 51.4% da variância, F (3.128) = 45.186; p <0.001. As estratégias de *coping*, introduzidas na terceira etapa não se mostraram preditores significativos de bem-estar F (13.118) = 10.964, p = .579.

A depressão não foi prevista pelas variáveis do género e da idade F (2.130) = .698; p =.500. Porém, no segundo passo, a positividade foi um preditor significativo F (3.129) = 11.052; p <0.001, passando o modelo a explicar 20.4% da variância. Com a introdução das estratégias de *coping* o modelo passa a explicar 32,4% da variância, sendo estratégia de autoculpabilização o preditor que contribui significativamente para o modelo, F (13.119) = 4.394; $p < 0.001$ e aumentou 6.5% da variância.

Em relação à ansiedade, o género e a idade não contribuem significativamente para o modelo de regressão F (2.130) = .995; p =.372. Posteriormente, a positividade foi um preditor significativo da ansiedade F (3.129) = 3.620; p = .004 e explica 7.8% da variância. A introdução das estratégias de *coping* na terceira etapa, demonstrou que a autoculpabilização F (13.119) = 2.772, p = 0.14 e a autodistração F (13.119) = 2.772, p = 0.35 foram preditores significativos da ansiedade e o modelo passa a explicar 23.2% da variância.

Quanto ao stress, o género e idade não são preditores significativos F (2.130) = 1.227; p =.280. Já a introdução da OPV no segundo passo produziu uma alteração significativa no modelo, F (3.129) = 5.317; $p < 0.001$, passando a explicar 11% da variância. Com o acréscimo das estratégias de *coping*, o modelo passa a explicar 28,1% da variância, sendo a autoculpabilização o preditor mais significativo dos níveis de stress F (13.119) = 3.577; p = 0.06 (ver tabela 6).

Tabela 5. *Análise de Regressão Hierárquica para prever o Sofrimento Psicológico*

	PTSD		*Bem-estar*		*Depressão*		*Ansiedade*		*Stress*	
	B	*β*	*B*	*β*	*B*	*β*	*B*	*β*	*B*	*β*
Step 1	(R^2 = .006)		(R^2 = .001)		(R^2 = .011)		(R^2 = .015)		(R^2 = .019)	
Idade	.012	.017	.002	.018	-.14	-.038	-.014	-.041	-.037	-.083
Género	1.669	.081	.084	.031	.988	.090	1.122	.110	1.319	.101
Step 2	(R^2 = .106)		(R^2 = .514)		(R^2 = .204)		(R^2 = .078)		(R^2 = .110)	
OPV	-3.676	**-.316*****	1.105	**.719*****	-2.720	**-.442*****	-1.441	**-.251*****	-2.231	**-.302*****
Step 3	(R^2 = .262)		(R^2 = .547)		(R^2 = .324)		(R^2 = .232)		(R^2 = .281)	
Coping Ativo	.517	.083	-.001	-.001	.135	.041	-.207	-.068	-.093	-.024
Negação	1.951	**.222***	.087	1.042	.453	.097	.758	.175	.913	.164
Abuso de substâncias	.395	.030	-.188	-1.654	.497	.041	.846	.130	1.335	.160

Apoio emocional	.405	.085	-.025	-.435	.274	.108	-.272	-.115	.248	.082
Apoio Instrumental	-.124	-.025	.033	.585	.035	.013	.272	.113	.295	.095
Desinvestimento Comportamental	.182	.022	-.124	-1.603	.615	.143	-.093	-.023	-.037	-.007
Avaliação Positiva	-.542	-.106	-.028	-.519	-.283	-.105	-.090	-.036	-.573	-.177
Aceitação	.283	.047	.004	.061	.123	.038	.297	.099	.255	.066
Autoculpabilização	1.273	**.027***	-.030	-.545	.566	**.182***	.664	**.229***	.937	**.251****
Autodistração	.596	.127	.029	.680	.255	.103	-440	**.190***	.195	.065

Nota. * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos comparar os níveis de bem-estar e de *distress* psicológico reportados durante o primeiro confinamento geral devido ao surto da *COVID-19* e nove a dez meses após o início da pandemia (ou seja, entre de março/abril de 2020 e dezembro de 2020/ janeiro de 2021). Pretendeu ainda explorar o papel da OPV e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar, da *PTSD*, de ansiedade, depressão e stress reportados pelos indivíduos no segundo momento da recolha de dados.

Os resultados sugerem que, em Portugal, a crise pandémica provocada pela COVID-19 tive um efeito negativo no bem-estar dos indivíduos. Houve uma diminuição significativa nos níveis de bem-estar reportados no segundo momento de avaliação, relativamente aos níveis reportados pelos mesmos indivíduos no primeiro momento. Estes resultados podem ser interpretados pela vulnerabilidade às consequências do isolamento social, nomeadamente a perda de liberdade, a incerteza sobre o estado da doença, o rompimento das atividades profissionais e dos contactos pessoais. O facto de as pessoas utilizarem as plataformas sociais e reterem informações negativas acerca da pandemia, como o aumento exponencial do número de casos de infetados, internamentos e óbitos, que foi bastante mais elevado na segunda vaga, pode ter suscitado um aumento de preocupação com as suas vidas e a dos seus entes queridos, assim como despoletar sentimentos desesperançosos para com o regresso da normalidade. Resultados similares têm sido encontrados em estudos que sugerem que o comprometimento das atividades habituais e o isolamento social afeta a saúde mental e física das pessoas (Brooks et al., 2020; Xiong et al., 2020).

Relativamente ao efeito da pandemia no *distress* psicológico entre os dois momentos de avaliação, neste estudo, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de depressão, ansiedade e stress reportados. Alguns estudos atuais têm vindo a indicar que o estado da saúde mental das pessoas deteriorou-se com a evolução da pandemia e que as pessoas que estão isoladas e que já tiveram uma experiência de quarentena apresentam níveis mais elevados de ansiedade, raiva e stress (Chodkiewicz et al., 2021; Salari et al., 2020) e que a ausência de interações sociais também aumenta os níveis de distress (Brooks et al., 2020). No entanto, a maior parte dos estudos publicados apresentam um design transversal, comparando, muitas vezes os níveis de *distress*

reportados durante a pandemia com níveis pré-pandémicos médios reportados em estudos anteriores com participantes distintos.

Outro dos objetivos principais deste estudo passava por analisar as associações entre a OPV e as estratégias de coping com os níveis de *PTSD*, bem-estar, depressão, ansiedade e stress dos participantes. As variáveis sociodemográficas idade e género foram introduzidas nos modelos de predição uma vez que, estudos prévios realizados no início da crise apontaram estas variáveis como preditores significativos de bem-estar e de *distress* psicológico, com as mulheres e os jovens adultos (<35 anos) a mostrarem um maior comprometimento ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa (Ferreira et al., 2021; Moreira et al., 2021; Pieh et al., 2020; Xiong et al., 2020). Curiosamente, estas duas variáveis deixam de ser preditores significativos o que poderá indicar que, após as dificuldades iniciais destes grupos em lidar com as exigências da crise conseguiram uma melhor adaptação. Seria, no entanto, importantes estudos futuros analisarem com maior detalhe o padrão de evolução da resposta à pandemia em função destas variáveis para se compreender melhor estes resultados.

Em relação ao papel da OPV e das estratégias de *coping*, os resultados deste estudo mostram que a OPV é um preditor significativo quer de *distress* psicológico, quer de bem-estar, assim como de *PTSD*. Estudos prévios realizados no início da pandemia já haviam apontado o papel determinante da OPV para um melhor ajustamento a esta crise (Ferreira et al., 2021; Isik et al., 2021; Trzebiński et al., 2020). O que se observa que as pessoas, com pouca orientação positiva para a vida, têm uma menor capacidade de avaliação positiva e otimista como resultado à exposição a um evento stressor.

Quanto às estratégias de *coping*, segundo os resultados do presente estudo, as estratégias que predizem um possível desenvolvimento patológico são negação, a autoculpabilização e autodistração. Em estudos prévios transversais, outras estratégias de *coping* também se mostraram preditores significativos de bem-estar e de *distress*. No entanto, quando analisamos a capacidade das estratégias de *coping* utilizadas no primeiro momento de avaliação, predizer os níveis de *distress* e de *PTSD* reportados no segundo momento de avaliação, apenas as estratégias referidas se mantêm como preditores significativos. É importante ainda sublinhar que apenas a autoculpabilização prediz de forma significativa quer a *PTSD*, quer a depressão, ansiedade e stress. Os indivíduos ao utilizarem esta estratégia podem refletir um sentimento implícito de frustração e culpa relacionada com a atribuição de responsabilidade. Enquanto que a negação pode estar associada à sensação de imponência e frustração face ao stressor

pandémico, a autoculpabilização dirige para o próprio a responsabilidade pelos acontecimentos negativos. A utilização destas estratégias de *coping* mostram-se desadaptativas a este contexto pandémico, pois diminuem a capacidade de os indivíduos agirem ativamente sobre o stressor e parecem ser importantes fatores de risco (Garros et al., 2020). Estes resultados estão de acordo com a literatura em relação a outras epidemias, pois observaram que a utilização da negação e da autoculpabilização são estratégias que predispõem os indivíduos a desenvolver sintomas de stress e stress- pós-traumático (Phua et al., 2005; Teasdale et al., 2012).

Este estudo procurou contribuir para uma melhor compreensão das respostas psicológicas dos indivíduos perante um stressor global e prolongado, assim como analisar a contribuição da OPV e das estratégias de *coping* para o bem-estar, para o *distress* psicológico e para a *PTSD*. Os resultados obtidos sugerem que houve mudanças significativas ao nível do bem-estar percebido, mas não relativamente aos níveis de *distress* psicológico, o que mais uma vez sublinha a necessidade da investigação não se focar apenas no funcionamento desajustado, mas também nas ameaças ao bem-estar e ao florescimento dos indivíduos. Salientou ainda o papel determinante da OPV, quer na promoção do bem-estar, quer na redução do risco do desenvolvimento de respostas mais negativas. Pessoas que revelam uma elevada OPV, parecem ter uma menor tendência a desenvolver sintomatologias depressivas, ansiosas e de stress. Em concordância com a literatura, a orientação positiva é um forte indicador na prevenção de sintomas depressivos, ansiosos e de stress (Caprara et al., 2017) e, relatam também que as pessoas otimistas tendem a enfrentar um evento stressor com o uso da aceitação e da reavaliação positiva, ao contrário das pessimistas que relatam preferências em utilizar estratégias de evitamento, como a negação e a autodistração. Estas diferenças na utilização de estratégias de *coping* contribuem para um maior sofrimento e piores resultados na saúde (Carver et al., 1989; Scheier & Carver, 1992). No mesmo sentido, as pessoas com maiores níveis de OPV, apresentam uma maior tendência para apresentarem níveis mais elevados de bem-estar. O que significa que as pessoas que apresentam maior otimismo, uma boa autoestima e uma satisfação com a sua vida, revelam uma tendência para pensar e avaliar positivamente sobre si mesmas, as suas vidas e o seu futuro, respondendo aos desafios de vida com uma atitude positiva. O que vai de encontro com a literatura, uma vez que os três domínios estão associados positivamente ao bem-estar (Caprara et al., 2009).

Apesar deste estudo apresentar resultados relevantes, também apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O número de participantes que respondeu ao segundo momento foi bastante inferior ao número de participantes que respondeu ao primeiro, só tendo sido possível analisar as respostas dos que responderam nos dois momentos. Em segundo lugar, as características dos participantes neste estudo, quer em termos de género, quer em termos de escolaridade e nível socioeconómico não representam a globalidade da população Portuguesa. A fraca representatividade pode ser também salientada pelo facto de a recolha de dados ter sido realizada em formato *online*, o que intensificou a dificuldades no acesso ao estudo a populações menos escolarizadas e de meios sociais mais desfavorecidos.

Para futuras investigações, poderão ser ponderados alguns pontos para superar as limitações anteriormente descritas, entre elas, uma recolha de dados mais heterogénea e representativa. Seria importante também explorar de forma mais aprofundada a relação entre o bem-estar e a situação pandémica e não só o seu impacto na saúde mental. Assim como, as questões associadas à utilização das estratégias de *coping*, é também relevante abordar, de forma mais detalhada, a utilização de estratégias mais alternativas e adaptativas a uma situação stressora, visto que, no presente estudo, os participantes utilizaram estratégias de *coping* suficientes para prevenir o *distress* psicológico, mas não suficientes para não afetar o bem-estar. Posto esta problemática, é necessário um conjunto de intervenções mais focadas no sofrimento psicológico, assim como na monitorização do bem-estar. Seria de igual modo importante dar continuidade a este estudo no seguimento de analisar os níveis de *PTSD* dos indivíduos perante a nova normalidade, isto é, as reações face ao abrandamento das restrições impostas pela pandemia (fim dos limites de lotação, fim da obrigatoriedade do uso de máscara na maioria dos espaços, assim como, a abertura de locais de interação social).

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*(March), 102092. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatística de trasntornos mentais*.

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): *Development and Initial Psychometric Evaluation. Journal of Traumatic Stress, 28(6), 489–498.* https://doi.org/10.1002/jts.22059

Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. https://doi.org/10.1017/S0033291720000999

Boxer, J. (2005). Promoting mental health. *In The Handbook of Community Mental Health Nursing.* https://doi.org/10.5840/ncbq201616462

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(1), 102–111. https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.102

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, *6*(3), 1–48. https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526

Caprara, G. V., Alessandri, G., & Barbaranelli, C. (2010). Optimal functioning: Contribution of self-efficacy beliefs to positive orientation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*(5), 328–330. https://doi.org/10.1159/000319532

Caprara, G. V., Alessandri, G., & Caprara, M. (2019). Associations of positive orientation with health and psychosocial adaptation: A review of findings and perspectives. *Asian Journal of Social Psychology*, *22*(2), 126–132. https://doi.org/10.1111/ajsp.12325

Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Sforza, L. L. C., & Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior Genetics*, *39*(3), 277–284. https://doi.org/10.1007/s10519-009-9267-y

Caprara, G. V., Nisini, R., Castellani, V., Pasquali, V., Alessandri, G., Vincenzo, Z., Claudia, F., Valentina, G., Picchianti Diamanti, A., Biondo, M. I., Milanetti, F., Salerno, G., Vincenzo, V., Mario, P., Aniballi, E., Simonetta, S., Angela, S., & D'Amelio, R. (2017). Lymphocyte subsets are influenced by positivity levels in healthy subjects before and after mild acute stress. *Immunology Letters*, *188*, 13–20. https://doi.org/10.1016/j.imlet.2017.05.012

Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., Mcwhinnie, C. M., Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., & Mcwhinnie, C. M. (2015). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale Positive orientation : explorations on what is common to life satisfaction , self-esteem , and optimism Positive orientation : explorations on what is common to life satisfaction , self-esteem , and optimism*. *2010*, 63–71. https://doi.org/10.1017/S1121189X00001615

Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto Gouveia, J.. (2019). Portuguese Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of Latent Models and Other Psychometric Analyses (Version 2). *Advance*. https://doi.org/10.31124/advance.8167550.v2

Carr, B. I., & Steel, J. (2013). Psychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes and their management. *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes and Their Management*, 1–419. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A

Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

Charles S. Carver. (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.

Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Krajewska, E., & Biliński, P. (2021). Mental health during the second wave of the covid-19 pandemic—polish studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7). https://doi.org/10.3390/ijerph18073423

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. England, UK: *Routledge Academic*

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

Fawaz, M., & Samaha, A. (2020). COVID-19 quarantine: Post-traumatic stress symptomatology among Lebanese citizens. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(7), 666–674. https://doi.org/10.1177/0020764020932207

Ferreira, M. J., Sofia, R., Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Jongenelen, I., & Cruz, J. F. A. (2021). Dealing With the Pandemic of COVID-19 in Portugal: On the Important Role of Positivity, Experiential Avoidance, and Coping Strategies. *Frontiers in Psychology*, *12*(June), 1–15. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647984

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Kango Kenkyu. The Japanese Journal of Nursing Research*, *21*(4), 337–359.

Garros, D., Austin, W., & Dodek, P. (2020). HOW CAN I SURVIVE THIS? Coping during COVID-19 pandemic. *Chest*. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.11.012

Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *18*(1), 215–224. https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.1.215

Heintzelman, B. S. J. (2018). *Eudaimonia in the Contemporary Science of Subjective Self-Determination , and Meaning in Life Abstract :* 1–14.

Isik, K., Başoğul, C., & Yildirim, H. (2021). The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(1), 351–357. https://doi.org/10.1111/ppc.12572

Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. *Psychological Science*, *31*(3), 293–305. https://doi.org/10.1177/0956797619898826

Kachanoff, F. J., Bigman, Y. E., Kapsaskis, K., & Gray, K. (2021). Measuring Realistic and Symbolic Threats of COVID-19 and Their Unique Impacts on Well-Being and Adherence to Public Health Behaviors. *Social Psychological and Personality Science*, *12*(5), 603–616. https://doi.org/10.1177/1948550620931634

Kelso, T., French, D., & Fernandez, M. (2005). *Stress and coping in primary caregivers of children with a disability : a qualitative study using the Lazarus and Folkman Process Model of Coping*. *5*(1), 3–10. https://doi.org/10.1111/J.1471-3802.2005.00033.x

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). *Optimizing Well-Being : The Empirical Encounter of Two Traditions*. *82*(6), 1007–1022. https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(4), 430–441. https://doi.org/10.1002/jclp

Liang, J., Kõlves, K., Lew, B., de Leo, D., Yuan, L., Abu Talib, M., & Jia, C. X. (2020). Coping Strategies and Suicidality: A Cross-Sectional Study From China. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(March), 1–6. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00129

Linley, P. A., Joseph, S., Mutrie, N., & Faulkner, G. U. Y. (2004). *09 - Physical Activity: Positive Psychology in Motion*. 146–164.

Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. "Chris." (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*, *290*(May). https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect:

Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803–855. https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803

Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., Mcknight-eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). *<Prev Chronic Dis 2010 Manderscheid-1.pdf>*. *7*(1), 5–10.

Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 44*(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012

Möhring, K., Naumann, E., Reifenscheid, M., Wenz, A., Rettig, T., Krieger, U., Friedel, S., Finkel, M., Cornesse, C., & Blom, A. G. (2021). The COVID-19 pandemic and subjective well-being: longitudinal evidence on satisfaction with work and family. *European Societies*, *23*(S1), S601–S617. https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1833066

Pais-ribeiro, J., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade,depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *V*(2), 229–239.

Phua, D. H., Tang, H. K., & Tham, K. Y. (2005). Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Academic Emergency Medicine*, *12*(4), 322–328. https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.015

Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, *136*(May), 110186. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, *136*(7), 997–1007. https://doi.org/10.1017/S0950268807009156

Ribeiro, P., & Rodrigues. (2004). Número completo QUESTÕES ACERCA DO COPING: *O coping 1 tem sido definido como um factor estabilizador , ou seja , que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações*

ou em momentos stressantes (Holahan & Moos , 1987). E.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (2014). *Psychological Well-Being Revisited : Advances in the Science and Practice of Eudaimonia*. *53706*, 10–28. https://doi.org/10.1159/000353263

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). *Globalization and Health*, *16*(1), 1–11.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 201–228. https://doi.org/10.1007/BF01173489

Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *Journal of Positive Psychology*, *13*(4), 333–335. https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, *55*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of Positive Psychology*, 3–9. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R., & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *American Psychologist*, *75*(5), 618–630. https://doi.org/10.1037/amp0000662

Stephenson, J. (2020). In Time of Social Distancing, Report's Call for Health Care System to Address Isolation and Loneliness Among Seniors Resonates. *JAMA Health Forum*, *1*(3), e200342. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0342

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *4*(3), 249–288.

https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249

Tambyah, S. K., & Tan, S. J. (2018). Subjective wellbeing II. *Happiness and Wellbeing*, 33–50. https://doi.org/10.4324/9781315093123-3

Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, *274*(May), 1–7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009

Teasdale, E., Yardley, L., Schlotz, W., & Michie, S. (2012). The importance of coping appraisal in behavioural responses to pandemic flu. *British Journal of Health Psychology*, *17*(1), 44–59. https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02017.x

Thibodeau, M. A., Welch, P. G., Sareen, J., & Asmundson, G. J. G. (2013). Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 947–954. https://doi.org/10.1002/da.22203

Trzebiński, J., Cabański, M., & Czarnecka, J. Z. (2020). Reaction to the COVID-19 pandemic: the influence of meaning in life, life satisfaction, and assumptions on world orderliness and positivity. *Journal of Loss and Trauma*, 1–14. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1765098

Waters, L., Algoe, S. B., Dutton, J., Emmons, R., Fredrickson, B. L., Heaphy, E., Moskowitz, J. T., Neff, K., Niemiec, R., Pury, C., & Steger, M. (2021). Positive psychology in a pandemic: buffering, bolstering, and building mental health. *Journal of Positive Psychology*, *00*(00), 1–21. https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1871945

Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*, *5*(1), 154–156. https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3

Xiao, S., Luo, D., & Xiao, Y. (2020). Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Global Health Research and Policy*, *5*(1), 4–6. https://doi.org/10.1186/s41256-020-00155-2

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *277*(July), 55–64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001

Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2021). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health and Medicine*, *26*(1), 35–43. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1776891

Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2021). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, *76*(1), 50–62. https://doi.org/10.1037/amp0000702