

PREDITORES DE PSICOPATOLOGIA:
PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA E AMEAÇA PERCEBIDA DE COVID-19

PREDICTORS OF PSYCHOPATHOLOGY:
PRESENCE OR ABSENCE OF CHRONIC ILLNESS AND PERCEIVED THREAT OF COVID-19

Laura Lacomba-Trejo

Universitat de València (Espanha)
Facultat de Psicologia i Logopedia, Departament de Psicologia Social
[0000-0002-1990-9711](mailto:laura.lacomba@uv.es) laura.lacomba@uv.es

Alda Portugal

Univ de Coimbra, Centro de Estudos Sociais (Portugal)
Univ da Madeira, Departamento de Psicologia (Portugal)
[0000-0001-8951-2077](mailto:alda.portugal@staff.uma.pt) alda.portugal@staff.uma.pt

Ana Diniz-Vieira

Universidade de Coimbra (Portugal)
[0000-0003-3419-7406](mailto:anadinizvieira33@gmail.com) anadinizvieira33@gmail.com

Luciana Sotero

Univ de Coimbra, Centro de Estudos Sociais (Portugal)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
[0000-0001-8393-2775](mailto:lucianasotero@fpce.uc.pt) lucianasotero@fpce.uc.pt

Sofia Major

Univ de Coimbra, CINEICC (Portugal)
Univ dos Açores, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
[0000-0002-4643-2170](mailto:sofia.o.major@uac.pt) sofia.o.major@uac.pt

Ana Paula Relvas

Univ de Coimbra, Centro de Estudos Sociais (Portugal)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
[0000-0001-9011-2230](mailto:aprelvas@fpce.uc.pt) aprelvas@fpce.uc.pt

RESUMO

A pandemia poderá ter contribuído para um aumento do stresse, ansiedade e depressão, especialmente em pessoas com doenças crónicas (DC) prévias, uma vez que a perceção que se tem da COVID-19 pode ser muito importante para a saúde mental. O presente estudo comparativo entre pessoas com e sem DC visa analisar o impacto da doença na previsão de stresse, ansiedade e depressão. O estudo contou com a participação de 1208 adultos portugueses (numa relação amorosa), dos quais 83,3% mulheres (16,1% homens, 0,2% pessoas *queer* e 0,4% outros), com idades entre os 18 e os 81 anos ($M = 44,40$; $DP = 10,52$). A recolha de dados foi realizada durante o primeiro ano da pandemia, considerando todos os princípios éticos. Realizaram-se análises descritivas, diferenças de médias, correlações de Pearson e modelos de regressão hierárquica. Os sintomas ansiosos, depressivos e de stresse estão associados a uma maior perceção de ameaça da COVID-19. Finalmente, ter uma DC e uma elevada perceção de ameaça da COVID-19 prevê *distress* emocional. É destacada a importância da perceção da COVID-19 na previsão do *distress* emocional durante a pandemia.

Palavras-chave: Estudo comparativo, COVID-19, perceção de ameaça, psicopatologia.

ABSTRACT

The pandemic may have led to an increase in stress, anxiety and depression, especially in people with previous chronic diseases (CD) because one's perception of COVID-19 could be very important for mental health. We aimed to conduct a comparative study of people with and without CD in order to analyse the influence of the disease in predicting stress, anxiety and depression. The study included the participation of 1208 Portuguese adults, of whom 83,3% were women (16,1% men, 0,2% queer people and 0,4% others), aged between 18 and 81 years ($M = 44,40$; $SD = 10,52$). Data collection was carried out during the first year of the pandemic, with all ethical principles being respected. Descriptive analyses, mean differences, Pearson correlations and hierarchical regression models were performed. Anxiety, depressive, and stress symptoms are associated with higher COVID-19 threat perception. Finally, having a CD and a high COVID-19 threat perception predict emotional distress. This signals the importance of COVID-19 threat perception in predicting distress during the pandemic.

Keywords: Comparative study, COVID-19, threat perception, psychopathology.

* O texto deste artigo corresponde a uma comunicação apresentada no I Seminário do Grupo de Medicina de Catástrofe, tendo sido submetido em 12-09-2022, sujeito a revisão por pares a 27-09-2022 e aceite para publicação em 07-12-2022.

Este artigo é parte integrante da Revista *Territorium*, n.º 30 (I), 2023, © RISCOS, ISSN: 0872-8941.

Introdução

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 - uma síndrome respiratória grave provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (OMS, 2020) - como uma pandemia mundial. É possível afirmar que a COVID-19 é um fenómeno macrosistémico, enquanto as doenças crónicas (DC) são microsistémicas. A pandemia por COVID-19 pode ser considerada uma DC macrosistémica, porque afeta a comunidade global, mas também uma doença individual ou familiar (microsistémica), sendo possível concetualizar estes dois níveis de experiência da doença a partir de uma visão multisistémica (Rolland, 2020). Neste sentido, a pandemia por COVID-19 tem sido um grande desafio para a sociedade e para a saúde física e mental (Luo *et al.*, 2020). As pessoas com uma DC e as suas famílias já enfrentavam um grande fator de stresse antes da pandemia, dado que as DC podem ter um enorme impacto na vida das pessoas, alterando as suas rotinas, os seus planos para o futuro, as suas relações sociais e de trabalho e, até mesmo, ter um impacto severo nas suas finanças (Rolland, 2020). Estudos sugerem que ter uma condição pré-mórbida de DC aumenta a probabilidade de ter problemas de saúde mental como ansiedade, depressão e stresse durante a pandemia (Barzilay *et al.*, 2020; Bik-Multanowska, 2021). Fatores associados à pandemia, tais como o distanciamento do círculo familiar ou social, a privação da liberdade, o sentimento de desamparo e a incerteza quanto à evolução da doença, foram dos que mais afetaram a população, em geral, a nível emocional e psicológico (Cao *et al.*, 2020; Luo *et al.*, 2020).

A forma como a família, como um todo, lida com a doença pode melhorar o seu curso. Neste sentido, boa saúde mental, ou seja, a presença de bem-estar e a ausência de problemas de saúde mental, assim como um ambiente familiar caloroso, afetuoso e comunicativo, está associado a melhores resultados de saúde física e psicológica e a menor desajustamento emocional (Chen e Bonanno, 2020; Giannotti *et al.*, 2022). Além disso, fatores como a percepção de ameaça da COVID-19 e a capacidade de regulação emocional, podem ser mais significativos na previsão do impacto emocional (Lacomba-Trejo *et al.*, 2022).

Sabe-se que a resposta psicológica à doença é influenciada por uma multiplicidade de fatores. O Modelo de Auto-Regulação de Senso Comum (Cameron *et al.*, 1993) postula que os sistemas cognitivos e afetivos contribuem, de forma independente, para a saúde e para o comportamento salutogénico (Brownlee *et al.*, 2000; Leventhal e Diefenbach, 1991). Este modelo tem em conta fatores sociais, culturais, ambientais e cognitivos sobre saúde e doença (Cameron e Leventhal, 2003). Os seus princípios consideram que: (1) a pessoa

que tem a doença é ativa face ao problema; (2) o mais relevante é a percepção que a pessoa tem da doença (i.e. representação cognitiva da doença), pois esta representação determina o comportamento face ao tratamento, as decisões tomadas e a percepção global da sua saúde; e (3) as percepções da doença são únicas e individuais e podem não ser as mesmas que a equipa de saúde tem (Leventhal *et al.*, 2016). Assim, existem múltiplos fatores que podem influenciar a resposta psicológica a uma combinação de várias situações de emergência (Chen e Bonanno, 2020). Por esta razão, é importante ter em consideração a avaliação de fatores promotores e não promotores da saúde, dado que os primeiros aumentam a capacidade pessoal para lidar com um evento ou ameaça stressante (como é o caso da COVID-19) e os segundos estão tipicamente relacionados com uma maior probabilidade de ocorrência e manutenção de resultados negativos (Matos, 2021). A análise destes fatores deve ter em conta a idade da pessoa, bem como, o seu estágio de desenvolvimento (Matos, 2021).

O presente trabalho visa estudar o impacto emocional e a percepção de ameaça da COVID-19 na população portuguesa resultante da pandemia (objetivo geral). Além disso, pretende-se (objetivo específico 1) verificar se existem diferenças no nível de sintomas de ansiedade, depressão e stresse e na percepção de ameaça da COVID-19 em função da presença ou ausência de uma DC. Hipotetiza-se (H1) que as pessoas com uma DC terão maior *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse). Pretende-se ainda (objetivo específico 2) analisar as possíveis relações entre as variáveis em estudo. Hipotetiza-se (H2) assim que o sofrimento emocional estará positivamente associado à percepção de ameaça da COVID-19. Finalmente, pretende-se (objetivo específico 3) avaliar se a presença de DC e a percepção de ameaça da COVID-19 predizem sintomas ansiosos, depressivos ou stresse. Desta forma, hipotetiza-se (H3) que o *distress* seja previsto pela existência de uma DC e uma alta percepção de ameaça da COVID-19.

Método

Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra de 1208 pessoas de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos de idade ($M = 40,40$; $DP = 10,52$). A maioria dos/as participantes identificam-se com o género feminino ($n = 1006$; 83,3%). Relativamente à existência ou não de DC, 25,1% ($n = 303$) indicaram ser portadores/as de DC, enquanto 74,9% ($n = 905$) reportaram não as ter. Quanto ao tipo de doença, 4,0% ($n = 12$) padecem de doenças do foro psicológico, 94,0% ($n = 281$) sofrem de doenças físicas e 2,0% ($n = 6$) possuem ambas.

Instrumentos

Para além de um questionário de dados sociodemográficos, foi aplicado um protocolo de avaliação constituído pelos seguintes instrumentos:

- *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress-21 (EADS-21; versão original de Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa reduzida de Pais-Ribeiro et al., 2004).* A EADS-21 é uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004). Trata-se de um questionário de autoavaliação, numa versão reduzida composta por 21 itens (a versão original inglesa continha 42 itens), agrupados em três subescalas (Depressão, Ansiedade e Stresse), cada uma constituída por sete itens. Este instrumento pretende avaliar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stresse em jovens-adultos/as e adultos/as portugueses/as. Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo *Likert* com quatro pontos (0 = “Não se aplicou nada a mim”, 1 = “Aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 = “Aplicou-se a mim muitas vezes”, 3 = “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) que apontam para a severidade e frequência dos sintomas experienciados nos últimos 7 dias. A cotação é obtida através da soma dos resultados dos sete itens, podendo cada subescala atingir um resultado mínimo de zero e máximo de 21 pontos, e de 63 pontos para a escala completa, sendo possível identificar cinco níveis de severidade: normal, leve, moderada, severa e extremamente severa (Lovibond e Lovibond, 1995). Pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). Quanto à consistência interna, os resultados obtidos por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) apresentam alfas de Cronbach para as três subescalas (Depressão = .85; Ansiedade = .74; Stresse = .81). No presente estudo, obtiveram-se valores elevados para os coeficientes alfas de Cronbach elevados para as três subescalas, designadamente, Depressão = .92; Ansiedade = .88; Stresse = .92
- *Questionário Breve de Perceção da Doença (BIPQ; Broadbent et al., 2006; versão portuguesa traduzida por Araújo-Soares et al., s/d).* O BIPQ é uma versão reduzida do *Questionário de Perceção da Doença Revisto* (IPQ-R) para uma doença específica, desenvolvida por Broadbent e colaboradores (2006), traduzida para a população portuguesa por Araújo e colaboradores (s/d). Baseia-se no Modelo de Auto-Regulação de Senso Comum (Cameron et al., 1993). Trata-se de um breve questionário de autorresposta que avalia as representações cognitivas e emocionais percecionadas pelos sujeitos relativamente a uma doença (Broadbent

et al., 2006), sendo composto por nove questões. Para o presente estudo, as perguntas foram adaptadas especificamente à COVID-19, tendo sido também reduzido o número de itens para sete, de forma a ajustar o instrumento ao objetivo do estudo. Cada um destes itens avalia uma construção, nomeadamente quanto: (1) à perceção das consequências da doença (“Até que ponto é que a pandemia de COVID-19 afetou a sua vida?”), (2) à perceção da sua duração (“Por quanto tempo acha que a pandemia de COVID-19 vai continuar?”), (3) à perceção do controlo pessoal (“Até que ponto sente que controla a situação de COVID-19 (Ex: não ser infetado/a ou ultrapassar isto)?”), (4) à perceção do controlo do tratamento (“Até que ponto considera que os tratamentos existentes podem ajudar doentes com COVID-19?”), (5) à perceção da preocupação com a doença (“Quão preocupado(a) está com a pandemia de COVID-19?”), (6) à perceção da compreensão da doença (“Até que ponto sente que compreende a situação de COVID-19?”) e (7) à perceção da resposta emocional (“Até que ponto é que a pandemia de COVID-19 o/a afetou emocionalmente? (Ex: fez com que ficasse zangado/a, assustado/a, perturbado/a ou deprimido/a)”). Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo *Likert* entre um mínimo de 0 a um máximo de 10 pontos acerca da importância que cada dimensão representa para o doente, sendo por isso possível obter uma pontuação representativa do grau em que o paciente perceciona a doença como grave (negativa) ou menos importante. Na cotação, os resultados dos itens 3, 4 e 7 são invertidos e adicionados aos restantes, obtendo-se uma pontuação total que, quanto mais elevada for, mais negativa é a perceção da doença como ameaça. É possível obter pontuações totais que variam entre um mínimo de zero - perceção ideal da doença - e um máximo de 70, que representa a quase impossibilidade de viver com a ameaça da doença (Broadbent et al., 2006). Quanto à análise da fiabilidade do BIPQ, esta foi confirmada pelos resultados positivos obtidos através do teste-reteste (estabilidade temporal) relativamente ao IPQ-R (valores alfa entre .64 e .85, dependendo da amostra). Por sua vez, a validade discriminativa do BIPQ é atestada pela sua capacidade discriminativa na distinção diferentes doenças individualmente (Figueiras et al., 2012).

Procedimentos

O presente estudo surge enquadrado num projeto de investigação internacional, designado *COVID-19: Effects of a Global Stressor on Marital Relationships*, coordenado internacionalmente por Ashley Randall (Universidade do Estado do Arizona) e em Portugal por Ana Paula Relvas (Universidade de Coimbra). A colaboração teve início com o processo de recolha, adaptação e pedidos de autorização para a utilização

dos instrumentos incluídos no protocolo de investigação original, previamente selecionados pela coordenação internacional do projeto. Foi necessário traduzir e adaptar o questionário sociodemográfico por parte da equipa de investigação portuguesa tendo o cuidado de garantir que os conceitos incluídos no questionário não eram deturpados, considerando a língua original. Para o restante protocolo de avaliação pretendeu-se garantir que os instrumentos estavam adaptados do ponto de vista linguístico, mas também de tempo e contexto, atendendo a possíveis barreiras ao fazer uma comparação direta entre diferentes nações, culturas e épocas (Gjersing *et al.*, 2010).

Na fase preparatória deste estudo, foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que autorizou a investigação, iniciando-se, desta forma, a recolha da amostra. Os dados foram recolhidos *online*, durante o primeiro ano da pandemia, de abril de 2020 a junho de 2021, por meio da plataforma *Qualtrics XM*. Para a participação neste estudo, foram estabelecidos quatro critérios de inclusão: (1) idade igual ou superior a 18 anos, (2) estar numa relação amorosa há pelo menos um ano, (3) coabitar com o/a parceiro/a e (4) residir em Portugal. Antes de iniciar o preenchimento do questionário, os/as participantes tinham de concordar com o consentimento informado, que incluía informação sobre a confidencialidade dos dados e o caráter voluntário da investigação, de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Foi facultado o contacto dos/as investigadores/as, para o qual os/as participantes podiam enviar as suas questões. A divulgação do protocolo de investigação foi feita por meio de *sites* institucionais (e.g., Ordem dos Psicólogos Portugueses, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) e de publicações nas redes sociais dos/as investigadores/as, sendo o método de amostragem não probabilística.

Análise de dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25). Foram realizadas estatísticas descritivas e *testes t de Student* para variáveis independentes para a análise das diferenças de médias cujos tamanhos de efeito foram calculados utilizando o *d* de Cohen. Um tamanho de efeito pequeno foi considerado $d = 0.2$, médio $d = 0.5$, e grande $d = 0.8$ (Cohen, 1988). As relações entre as variáveis foram analisadas através das correlações de *Pearson*. Os níveis de significância estatística foram estabelecidos em .05.

Foi igualmente analisado o poder preditivo das variáveis (presença ou não de uma DC e a percepção de ameaça da doença) em estudo através de modelos de regressão

hierárquica (MRH). As variáveis preditas foram a depressão, ansiedade e stresse. Para esta análise utilizou-se a amostra total do estudo com o objetivo de analisar a influência de ter ou não DC na explicação das variáveis dependentes. Os modelos de predição realizaram-se em dois passos nos quais se incluíram: presença de doença crónica (passo 1) e a ameaça percebida de doença (passo 2). Neste sentido, os pressupostos (linearidade, homocedasticidade, normalidade e independência) foram cumpridos.

Resultados

Análise descritiva e comparação inter-grupos

Quando considerada a amostra total para os itens do BIPQ, percepção de consequências, duração, a percepção de controlo do tratamento e resposta emocional apresentam médias baixas, enquanto percepção de preocupação, compreensão e a pontuação total revelam médias moderadas. Relativamente à depressão, ansiedade e stresse verificaram-se níveis de severidade considerados normais, de acordo com a classificação proposta pelos autores da escala (Lovibond e Lovibond, 1995). Quanto à comparação entre pessoas com e sem DC, observou-se que as pessoas com DC mostram uma percepção de maior duração da COVID-19, e de maior ansiedade, depressão e stresse. No entanto, os tamanhos do efeito são pequenos (TABELA I).

Análise correlacional

Globalmente, pode-se observar que a presença de stresse, depressão e ansiedade está associada a uma percepção mais ameaçadora da COVID-19, sob a forma de maior duração, mais preocupações, mais resposta emocional e menos controlo da situação (TABELA II).

Modelos preditivos de sintomatologia ansiosa, depressiva e de stresse

O poder preditivo das variáveis estudadas foi analisado através de um modelo de regressão hierárquica (MRH). As variáveis de critério foram a Depressão, Ansiedade e Stresse. O modelo preditivo foi conduzido em dois passos (TABELA III): o primeiro passo incluía a presença ou ausência de DC e o segundo incluía a pontuação total da ameaça percebida da doença. O modelo mostrou independência, uma vez que a estatística de Durbin-Watson se situava entre 1 e 2.

Em primeiro lugar, no modelo de predição da Depressão, os resultados mostraram que esta é explicada por 12% da variância das variáveis incluídas. No passo dois, a presença de uma DC e a percepção de ameaça da COVID-19 apresentaram um coeficiente beta positivo e estatisticamente

TABELA I - Análise Descritiva, diferença de médias e tamanho do efeito das variáveis em estudo.

TABLE I - Descriptive Analysis, difference in means and effect size of the variables under study.

Questionário	Variável	Doença Crónica			t	p	d
		TOTAL	SIM (n = 303)	NÃO (n = 905)			
		M (DP)	M (DP)	M (DP)			
BIPQ	Consequências	6.94 (1.97)	7.10 (1.83)	6.88 (2.02)	1.61	.108	.15
	Duração	6.04 (1.72)	6.25 (1.62)	5.98 (1.74)	2.34	.019	.16
	Controlo Pessoal	4.80 (2.16)	4.67 (2.18)	4.84 (2.16)	1.14	.254	.08
	Controlo do tratamento	5.16 (2.18)	5.02 (2.19)	5.21 (2.18)	1.26	.207	.09
	Preocupação	7.43 (2.07)	7.48 (2.04)	7.41 (2.08)	.47	.640	.03
	Compreensão	7.09 (2.19)	7.13 (2.28)	7.06 (2.16)	.42	.677	.07
	Resposta Emocional	5.93 (2.47)	5.95 (2.49)	5.92 (2.47)	.20	.842	.01
	Total	39.30 (7.24)	39.94 (7.08)	39.07 (7.29)	1.82	.070	.01
EADS-21	Depressão	3.50 (4.41)	4.26 (5.26)	3.22 (4.02)	2.88	.004	.24
	Ansiedade	2.65 (3.74)	3.34 (4.46)	2.40 (3.41)	3.04	.003	.25
	Stresse	6.16 (4.97)	6.81 (5.23)	5.93 (4.86)	2.42	.016	.18

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão; t = valor t; p = valor p; d = tamanho do efeito; BIPQ = Questionário Breve da Percepção da Doença; EADS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse.

TABELA II - Associações entre as variáveis em estudo.

TABLE II - Associations between the variables under study.

		Co	Du	Cp	Ct	Pr	Cm	Re	To	De	An	St
BIPQ	Consequências	1										
	Duração	.12**	1									
	Controlo pessoal	-.08**	-.01	1								
	Controlo do tratamento	-.02	.04	.26**	1							
	Preocupação	.34**	.25**	.07*	-.05	1						
	Compreensão	.01	.01	.19**	.12**	.11**	1					
	Resposta emocional	.41**	.20**	.08**	-.03	.41**	-.04	1				
EADS-21	Total	.56**	.40**	.50**	.39**	.55**	.37**	.64**	1			
	Depressão	.20**	.09**	-.11**	-.13**	.12**	-.08**	.40**	.26**	1		
	Ansiedade	.20**	.15**	-.16**	-.11**	.22**	-.10**	.43**	.29**	.71**	1	
	Stresse	.25**	.10**	-.15**	-.10**	.21**	-.08*	.53**	.32**	.72**	.73**	1

Nota: Co = Consequências; Du = Duração; Cp = Controlo pessoal; Ct = Controlo do tratamento; Pr = Preocupação; Cm = Compreensão; Re = Resposta emocional; To = Total; De = Depressão; An = Ansiedade; St = Stresse; *p < .05; **p < .01; BIPQ = Questionário Breve da Percepção da Doença; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão.

significativo. Por sua vez, relativamente à Ansiedade, as variáveis incluídas no modelo explicaram 17% da variância, sendo as duas variáveis incluídas no último passo significativas e tendo um coeficiente B positivo. Finalmente, em relação ao Stresse, estas variáveis previram 18% da variância, e de forma semelhante, na segunda etapa, am-

bas foram significativas e positivas. A percepção da ameaça da COVID-19 teve mais impacto na previsão da ansiedade, stresse e depressão do que ter uma DC. Na verdade, embora a presença de uma DC seja estatisticamente significativa, o seu impacto na equação de regressão é mínimo (esta informação pode ser consultada na TABELA III).

TABELA III - Modelos de regressão.

TABLE III - Regression models.

Preditor	Depressão				Ansiedade				Stresse			
	ΔR^2	DF	B	t	ΔR^2	DF	B	t	ΔR^2	DF	B	t
Passo 1	.01	10.60**			.01	11.81**	.09	3.14**	.01	5.88*	.06	2.04**
Doença crónica			.09	2.94**								
Passo 2	.11	123.27***			.17	181.46***			.18	204.70***		
Percepção de ameaça			.34	3.86***			.40	13.47***			.42	14.31***
Durbin-Watson	1.77				1.94				1.79			
$R^2_{ajustado}$	.12				.17				.18			

Nota: ΔR^2 = mudança de R^2 ; DF = mudança em F; B = coeficiente padronizado de regressão; t = valor estatístico do teste-t;

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

Discussão

Apesar de a pandemia ter tido impacto na vida da maior parte das pessoas, a verdade é que esse impacto não foi igual, nem vivenciado da mesma forma por todos nós. Em particular, as pessoas com DC podem ser mais vulneráveis a fatores de stresse, especialmente se estiverem em risco de vida (Liu, 2020). Por esta razão o presente estudo visava analisar o impacto emocional e a perceção de ameaça da COVID-19 em pessoas com e sem DC durante a pandemia. Com base nos resultados, observaram-se níveis considerados normais (Lovibond e Lovibond, 1995) (ou não clínicos) de depressão, ansiedade e stresse. Assim, estes resultados parecem contradizer estudos anteriores que sugeriam um grande impacto emocional da pandemia (Barzilay *et al.*, 2020; Busch *et al.*, 2021). É possível que os participantes do presente estudo pudessem dispor de fortes recursos pessoais para enfrentar a adversidade, podendo isto explicar os resultados obtidos. Por conseguinte, estudos futuros devem debruçar-se sobre a análise de capacidades para lidar com a adversidade, tais como as competências emocionais. Estas competências foram relatadas como protetoras durante a pandemia em estudos anteriores (Chen e Bonanno, 2020; Chi *et al.*, 2021).

Relativamente ao objetivo específico 1, ou seja, o estudo comparativo entre pessoas com e sem DC, observámos que as pessoas com DC apresentam maior *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) do que as pessoas sem DC. Este resultado é concordante com a H1 e com resultados encontrados em trabalhos anteriores (Barzilay *et al.*, 2020; Bik-Multanowska, 2021; Busch *et al.*, 2021). Verificou-se também que as pessoas com DC também parecem considerar que a situação pandémica pode durar mais tempo do que as pessoas sem DC.

Em relação ao objetivo específico 2 (H2), observámos que a perceção de ameaça da doença estava relacionada com um maior *distress* emocional. Como salientado por estudos anteriores à pandemia por COVID-19, a perceção de uma pessoa sobre uma situação stressante é muito relevante para a previsão de saúde mental (Marin *et al.*, 2011).

Finalmente, no que diz respeito ao objetivo específico (3), observamos que, como se afirma em H3, a presença de *distress* emocional é prevista tanto pelo facto de possuir uma DC, como pela perceção mais ameaçadora da situação de COVID-19. Contudo, o presente estudo parece indicar que, na previsão de ansiedade, stresse e depressão, a variável mais relevante é a perceção de ameaça que uma pessoa tem. Ter uma DC não tem praticamente nenhum impacto na previsão de sintomas ansiosos, depressivos e de stresse, pelo que os dados parecem indicar que as variáveis potencialmente modificáveis, tais como a perceção de ameaça, parecem ser mais relevantes na previsão de problemas

psicológicos. Estes resultados podem ser úteis para a planificação de futuros programas de intervenção que promovam uma perceção razoável e ajustada da doença, neste caso para a COVID-19. Além disto, a elaboração de programas de intervenção reforçaria o papel relevante que as instituições de prestação de cuidados de saúde têm na gestão emocional, na medida em que os interventores comunitários têm, também, uma responsabilidade na forma como as pessoas lidam com as suas dificuldades, percebidas ou reais.

Apesar do potencial do estudo, este não está isento de limitações. Em primeiro lugar, trata-se de uma amostragem por conveniência. Além disso, a recolha dos dados foi conduzida *online*, dado que o país se encontrava em situação de confinamento. Para tentar controlar os efeitos indesejados da recolha *online*, eliminámos os participantes que não responderam integralmente ao inquérito e aqueles que o fizeram durante um período de tempo demasiado longo. Em termos de limitações, acresce que, os dados podem não ser representativos, uma vez que a maioria das pessoas da amostra apresentava níveis classificados como normais de *distress* emocional, o que pode ficar a dever-se às características sociodemográficas da própria amostra (na sua maioria mulheres, com acesso a *internet*, etc.). Os estudos futuros devem continuar a abordar esta questão. Além disso, o trabalho aqui apresentado baseia-se num estudo transversal, embora os desenhos longitudinais sejam recomendados para trabalhos futuros. Seria também importante realizar um estudo com vista à diferenciação da amostra de acordo com a(s) patologia(s) presente(s). Do mesmo modo, outros estudos devem ter em conta outras variáveis que se tenham revelado importantes, tais como o *coping* diádico, inteligência emocional, resiliência, satisfação do parceiro ou tipo de DC (Baba, 2020; Chen e Bonanno, 2020; Randall *et al.*, 2021).

Apesar das limitações, uma das potencialidades deste estudo é a dimensão considerável da amostra, representando de algum modo uma parte da realidade vivida no nosso país. Acresce que, ao explorar as diferenças entre pessoas com e sem DC, o presente estudo acaba por explorar um tópico menos frequentemente abordado. Os resultados apontam para a importância de intervenções focadas na perceção de ameaça da COVID-19, a fim de reduzir o sofrimento emocional.

Conclusão

A literatura mostra que foi mais desafiador para as pessoas com DC lidar com o stresse associado à pandemia por COVID-19 (Bramanti *et al.*, 2021; Umucu e Lee, 2020) e os resultados desta investigação são congruentes com a literatura apresentada. Este estudo traz implicações clínicas relativamente à visão sistémica do stresse experienciado por indivíduos que padecem de uma (ou mais) DC, contribuindo para uma melhor compreensão

sobre o modo como estes pacientes se sentem. Estes dados poderão contribuir para uma abordagem interventiva dirigida à gestão emocional do indivíduo e ao modo como este lida com a DC numa situação de crise sanitária. Em conclusão, salientamos que os fatores psicológicos parecem ser muito relevantes na adaptação emocional a crises sociais, de saúde e pessoais. Uma abordagem conjunta e multidisciplinar revela-se mais profícua na prevenção de problemas de saúde mental.

Agradecimentos

A participação de Laura Lacomba-Trejo no presente estudo foi apoiada pelo programa “Ayuda de Atracción de Talent” da Universidade de Valência (0113/2018), bem como, pela bolsa “Estades Curtes a l'Estranger” (2021 e 2022), no âmbito do programa “Ayuda de Atracción de Talent”.

Referências Bibliográficas

- Baba, M. M. (2020). Navigating COVID-19 with emotional intelligence. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(8), 810-820.
DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020934519>
- Balzarini, R. N., Muise, A., Zoppolat, G., Di Bartolomeo, A., Rodrigues, D. L., Alonso- Ferres, M., Urganci, B., Debrot, A., Pichayayothin, N. B., Dharma, C., Chi, P., Karremans, J., Schoebi, D., & Slatcher, R. B. (2020). Love in the time of Covid: Perceived partner responsiveness buffers people from lower relationship quality associated with covid-related stressors. *Social Psychological and Personality Science*.
DOI: <https://doi.org/10.31234/osf.io/e3fh4>
- Bik-Multanowska, K., Mikocka-Walus, A., Fernando, J., & Westrupp, E. (2021). Mental distress of parents with chronic diseases during the COVID-19 pandemic in Australia: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152, 1-9.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110688>
- Bramanti, S. M., Trumello, C., Lombardi, L., & Babore, A. (2021). COVID-19 and chronic disease patients: Perceived stress, worry, and emotional regulation strategies. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 380-385.
DOI: <https://doi.org/10.1037/rep0000409>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brownlee, S., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Regulation, Self-Regulation, and Construction of the Self in the Maintenance of Physical Health. *Handbook of Self-Regulation*, 369-416.
DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50041-X>
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. Routledge.
DOI: <https://psycnet.apa.org/record/2003-88028-000>
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12(3), 171-179.
DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.3.171>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S51-S54. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Figueiras, M. J., Monteiro, R., & Caeiro, R. (2012). Misconceptions and illness perceptions in cardiac patients and their spouses: A pilot study. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 232-245.
DOI: <https://doi.org/10.5964/pch.v1i3.24>
- Giannotti, M., Mazzoni, N., Bentenuto, A., Venuti, P., & Falco, S. (2022). Family adjustment to COVID-19 lockdown in Italy: Parental stress, coparenting, and child externalizing behavior. *Family Process*, 61, 745-763.
DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12686>
- Lacomba-Trejo, L., Calderón-Cholbi, A., & Delhom, I. (2022). Análisis de los predictores del estrés durante el confinamiento por COVID-19 en España. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 50(4), 236-244.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The Active Side of Illness Cognition. In R. T. Skelton & M. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 247-272). Springer.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935-946.
DOI: <https://doi.org/10.1007/S10865-016-9782-2>
- Liu, H., Chen, S., Liu, M., Nie, H., & Lu, H. (2020). Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Aging and Disease*, 11(3), 668-678.
DOI: <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0502>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>
- Matos, M. G. (2021). Comportamento e Saúde. In I. Leal & J. P. Ribeiro. (Coord.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 101-108), Pactor.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & 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 & Doenças*, 5(2), 229-239. URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf>
- Randall, A. K., Leon, G., Basili, E., Martos, T., Boiger, M., Baldi, M., ... & Chiarolanza, C. (2021). Coping with global uncertainty: Perceptions of COVID-19 psychological distress, relationship quality, and dyadic coping for romantic partners across countries *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(1), 3-33. DOI: <https://doi.org/10.1177/02654075211034236>
- Rolland, J. S. (2020). COVID-19 pandemic: Applying a multisystemic lens. *Family Process*, 59, 922-936. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12584>
- Shi, W., Yuan, G. F., Hall, B. J., Liu, X., Su, Y., Zhao, L., & Jia P. (2021). Mental disorders and emotional competence among chinese adolescents before and during COVID-19 pandemic: A longitudinal mediation model. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.767004>.
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 193. DOI: <https://doi.org/10.1037/rep0000328>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>