



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Maria Achando Moura Diniz Vieira

**PANDEMIA, QUALIDADE CONJUGAL E DOENÇA
CRÓNICA:**
ESTUDOS SOBRE A PERCEÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE
COVID-19 E DOENÇA CRÓNICA EM SUJEITOS QUE
VIVEM NUMA RELAÇÃO ÍNTIMA

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de
Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pela
Professora Doutora Ana Paula Pais Rodrigues Fonseca Relvas e pela Professora
Doutora Alda Portugal e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2022

Resumo

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou a COVID-19 como uma pandemia mundial. Neste âmbito, foi realizado o presente estudo comparativo entre elementos de casais com e sem doença crónica ($n = 303$; $n = 905$, respetivamente), cuja amostra, recolhida entre abril de 2020 e março de 2021, incluiu 1208 participantes com idade média de 40.58 anos. Ambos os grupos foram analisados ao nível da perceção de ameaça da doença e do estado emocional – níveis de depressão, ansiedade, stresse e bem-estar mental. Foi igualmente avaliada a perceção da qualidade relacional e a sua relação com o *coping* diádico positivo. Os resultados sugerem que pessoas com doença crónica têm níveis de perceção da duração da doença, depressão, ansiedade, stresse e *coping* diádico positivo superiores às sem doença. A correlação entre este último e a qualidade relacional percebida mostrou ser fortemente positiva, independentemente de haver ou não doença prévia. Por fim, de acordo com o modelo de regressão hierárquica foi a perceção da resposta emocional o fator com maior valor preditivo da depressão, ansiedade, stresse e bem-estar mental. Este estudo apresentou algumas limitações como um tamanho de amostra reduzido de doentes crónicos, de homens e de pessoas infetadas por COVID-19, bem como o facto de trabalharmos com a perceção de doença crónica e não com um diagnóstico médico. Assim, de modo a clarificar alguns dos achados, seria importante a realização de mais estudos em contextos adversos não-normativos.

Palavras-chave: Pandemia por COVID-19; Doença Crónica; Qualidade Relacional Percebida; Distresse Emocional; Bem-estar Mental; *Coping* Diádico Positivo.

Abstract

In March 2020, the World Health Organization declared COVID-19 a worldwide pandemic. In this context, the present comparative study was carried out between elements of couples with and without chronic disease ($n = 303$; $n = 905$, respectively), whose sample, collected between April 2020 and March 2021, included 1208 participants with average age of 40.58 years old.

Both groups were analyzed in terms of perceived threat of illness and emotional state – levels of depression, anxiety, stress and mental well-being. The perception of relational quality and its relationship with positive dyadic coping was also evaluated.

The results suggest that people with chronic illness have higher levels of perception of illness duration, depression, anxiety, stress and positive dyadic coping than those without illnesses. The correlation between the positive dyadic coping and perceived relational quality proved to be strongly positive, regardless of whether or not there was a previous disease. Finally, according to the hierarchical regression model, the perception of emotional response was the factor with the highest predictive value of depression, anxiety, stress and mental well-being.

This study had some limitations, such as a small sample size of chronically ill patients, men and people infected with COVID-19, as well as the fact that we work with the perception of chronic disease and not with a medical diagnosis. Thus, in order to clarify some of the findings, it would be important to carry out more studies in adverse non-normative contexts.

Key-words: COVID-19 Pandemic; Chronic Disease; Perceived Relational Quality; Emotional Distress; Mental Well-being; Positive Dyadic Coping.

Agradecimentos

Aos meus avós, Maria Alcide e José Álvaro, exemplos de vida, para os quais não há palavras que lhes façam jus, fica somente a minha eterna gratidão profunda.

Aos meus Pais Cristina e José e ao meu Irmão Zé, pela e na Percepção dos Equinócios.

Aos meus Tios Zé Paulo e (Madrinha) Paula, porque mais do que meus Tios foram, são e serão sempre como uns Pais para mim.

Aos meus Tios Elvira e Eduardo, que tanto contribuíram para a pessoa que hoje sou.

À minha Tia Rosário pelo exemplo do que é a força, resiliência, determinação e felicidade mesmo quando todos os ventos sopram na direção contrária.

À Inês, irmã de uma vida inteira.

À minha Zabel por estar sempre lá para mim e ser a prova viva do que significa amizade incondicional.

Ao André Gonçalves e André Antunes por toda a amizade e força que me dão.

Ao Filipe, por tudo.

À Dina, ouvinte e amiga de todas as horas.

À Mariana Maia de Carvalho, pela amizade e apoio.

À Rafaela Garcia, pela paciência de ser a minha enciclopédia.

À Marta Moreira e à Rafaela Agostinho, pela cumplicidade que nasceu das nossas infindáveis reuniões.

À Beatriz, por me fazer rir no meio da desgraça.

À Drica, que sei que esteja onde estiver torce por mim.

E, por fim, igualmente grata à Doutora Alda Portugal e à Professora Laura Lacomba por todo o apoio, paciência e disponibilidade. E, não podendo falhar, à Doutora Ana Paula Relvas que de imediato me aceitou como sua mestrande e me acompanhou e apoiou a par e passo desde o primeiro dia e que, no seu jeito único, com toda a paciência e disponibilidade, me simplificou o que eu sempre conseguia complicar.

Índice

Pandemia, qualidade conjugal e doença crónica: Estudos sobre a percepção da relação entre COVID-19 e doença crónica em sujeitos que vivem numa relação íntima	6
I – Enquadramento teórico	6
1. PANDEMIA POR COVID-19: CONCETUALIZAÇÃO E EFEITOS RELACIONAIS	6
1.1. <i>COVID-19 e percepção da qualidade da relação conjugal</i>	8
2. DOENÇA CRÓNICA (DC), STRESSE, ADAPTAÇÃO E EFEITOS RELACIONAIS	12
2.1. <i>Coexistência de duas crises não normativas: DC e pandemia por COVID-19</i>	15
2.2. <i>Objetivos</i>	16
II. Metodologia.....	16
1. PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO E RECOLHA DA AMOSTRA	16
2. PARTICIPANTES.....	17
3. INSTRUMENTOS	19
3.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	19
3.2. <i>Escala de Depressão, Ansiedade e Stress-21 (EADS-21)</i>	19
3.3. <i>Questionário Breve da Percepção da Doença (BIPQ)</i>	20
3.4. <i>Inventário da Percepção dos Componentes da Qualidade Relacional – Versão Reduzida (ICQRP)</i>	21
3.5. <i>Inventário de Coping Diádico (ICD)</i>	22
3.6. <i>Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)</i>	23
4. ANÁLISE DE DADOS	24
III. Resultados	25
IV. Discussão.....	33
Conclusão	33
Referências.....	38

Pandemia, qualidade conjugal e doença crónica: Estudos sobre a percepção da relação entre COVID-19 e doença crónica em sujeitos que vivem numa relação íntima

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) declarou a COVID-19 – que é uma síndrome respiratória grave provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (OMS, 2020) – como uma pandemia mundial. Esta surgiu em Wuhan, na China, e rapidamente se propagou pelo mundo provocando milhares de infeções e mortes. No caso português, o primeiro estado de emergência foi declarado a 19 de março de 2020 (Decreto Lei n.14-A/2020) e cessado a 30 de abril do mesmo ano. Porém, a 9 de novembro de 2020, foi novamente decretado estado de emergência (Decreto Lei n.º 51-U/2020) perpetuando-se até 30 de abril de 2021. Durante este período, a população viu-se privada da sua liberdade pois, numa fase inicial, a incerteza, desconhecimento e imprevisibilidade associadas ao vírus, fez com que as autoridades de saúde e políticas quisessem mitigar a sua propagação. As tentativas de mitigação incluíram o distanciamento social, novos hábitos de higiene, medidas de confinamento, estabelecimento de obrigatoriedade de horas de recolhimento, fecho de escolas, universidades, comércio e restaurantes, entre outras limitações que conduziram os/as portugueses/as a uma nova realidade que ainda hoje perdura, pese embora o levantamento da maioria das restrições (DRE, 2020). Estas últimas tiveram um impacto significativo não só ao nível económico, mas também, e acima de tudo, ao nível da saúde mental e física (e.g., interrupção de consultas de seguimento, tratamentos, adiamento de cirurgias, entre outras).

I – Enquadramento Teórico

1. Pandemia por COVID-19: Concetualização e efeitos relacionais

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) declarou a COVID-19 – que é uma síndrome respiratória grave provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (OMS, 2020) – como uma pandemia mundial. Estudos acerca de pandemias enfrentadas ao longo da história, demonstraram que os efeitos psicológicos do contágio e do confinamento não se reduzem ao receio de contrair a doença (Barbisch et al., 2015). Alguns autores mostraram que fatores associados à pandemia como o distanciamento do

círculo familiar/social, a privação da liberdade, o sentimento de desamparo e a incerteza quanto ao avanço da doença, eram dos que mais afetavam a população em geral ao nível emocional e psicológico (Cao et al., 2020; Luo et al., 2020). Pode-se, então, inferir que surge uma “crise paralela” (Paulino & Dumas-Diniz, 2020), caracterizada por sentimentos violentos de perda, desespero e medo/receio, concorrendo para um acentuar do sofrimento psíquico já causado pela pandemia *per si* (Brooks et al., 2020).

É possível afirmar que a COVID-19 é um fenómeno macrossistémico, enquanto as doenças crónicas são microssistémicas (Rolland, 2020). Porém, uma visão interessante abordada num artigo publicado por Rolland (2020), mostra que a pandemia por COVID-19 pode ser considerada uma doença crónica macrossistémica, porque afeta a comunidade global, mas também uma doença individual/familiar (microssistémica), sendo possível conceptualizar estes dois níveis de experiência da doença a partir de uma visão multissistémica (Rolland, 2020). Isto é, ao nível macrossistémico, a COVID-19 tem um impacto dominante e contínuo quando comparado com doenças crónicas pois, o coronavírus SARS-CoV-2 tem uma transmissibilidade generalizada, principalmente pelo ar, alta e rapidamente contagiosa e potencialmente letal, colocando toda a população em risco aumentado. Ao nível microssistémico (individual/familiar), a COVID-19 é vivenciada como um risco pessoal com possível infeção, com uma determinada evolução e recuperação ou fatalidade (Rolland, 2020). A COVID-19 não é considerada doença crónica, pela OMS, entre outros aspetos porque é transmissível (Bernell & Howard, 2016). A COVID-19 na sua vertente microssistémica terá que considerar três aspetos: (a) doente em risco, (b) infeção aguda, (c) longo Covid. Segundo Rolland (1987), deverá estar sempre presente na apreciação da afeção, a tipologia psicossocial da doença (início, curso, consequências/resultados, incapacidade). Assim, aceitando esse nível microssistémico e arriscando uma classificação segundo essa tipologia (Rolland 1984, 1987), a Covid-19 será uma doença com início agudo, evolução progressiva e resultado (não fatal/encurta a vida/fatal) e grau de incapacidade dependentes de diferentes fatores como comorbilidades, idade, estatuto socioeconómico, entre outros. Estes dois aspetos associam-se ao longo

Covid referido anteriormente. De acordo com Rolland (2020) a infecção por COVID-19 “não é um *sprint*, mas antes uma maratona”, geradora de stresse macro e micro sistémico.

1.1. COVID-19 e percepção da qualidade da relação conjugal

Numa visão sistémica da Família (Relvas, 1996), o subsistema conjugal, é constituído por dois adultos que estão unidos entre si por laços afetivos, tendo como propósito a formação do seu próprio sistema familiar (Minuchin, 1982), expressando vontade de morar juntos, criando um lar e o modelo próprio de uma relação: “eu, tu e nós” (Alarcão, 2002; Relvas, 1996). Caillé (1991) sugere como premissa base das relações conjugais a ideia de que “um mais um são três”. Féres-Carneiro (1998), redefine este mesmo conceito como identidade conjugal, mais comumente conhecido por “conjugalidade” na literatura científica. Adotando uma visão psicodinâmica, Magalhães e Féres-Carneiro (2003) partem do momento da escolha de parceiro, que iniciaria a trama identificatória conjugal, reatualizando vivências edipianas e pré-edipianas sendo, simultaneamente, uma oportunidade para a “recriação do eu”. De acordo com as autoras, a conjugalidade decorreria do reconhecimento do objeto de amor como separado/diferenciado do eu e da criação de ideais compartilhados.

Relativamente à qualidade conjugal, de acordo com Mosmann et al. (2006), a partir dos axiomas propostos pelas diversas teorias da qualidade conjugal (e.g., Troca Social, Comportamental, Vinculação, Teoria da Crise, Interacionismo Simbólico), é possível reconhecer um trio de variáveis essenciais para a conceptualização da qualidade conjugal: recursos pessoais da díade, contexto no qual o casal se insere e mecanismos adaptativos (Mosmann et al., 2006). Deste modo, a qualidade conjugal resulta de um processo dinâmico e interativo do casal, razão pela qual apresenta um carácter multidimensional. Isto é, o conceito de qualidade conjugal, diz mais respeito à experiência do casal na sua relação/convivência – processo dinâmico e interativo – do que apenas à percepção dos cônjuges acerca do seu casamento (Mosman et al., 2006).

Considerando o que dissemos inicialmente sobre a conceptualização desta doença, e focando-nos na dimensão micro sistémica intra-familiar, individual e conjugal da COVID-

19, importa mencionar, detalhadamente, o *coping* diádico que, segundo Bodenmann (2005), é um conceito que descreve o processo em que ambos os cônjuges (i.e., os elementos do subsistema conjugal), direta ou indiretamente, lidam (gerem) de forma conjunta com o stresse, enfrentando-o. Assim, para o autor, o *stresse diádico* é um acontecimento ou contexto stressante passível de afetar, direta ou indiretamente, ambos os cônjuges. Bodenmann (2005) distingue, então, dois tipos de stresse diádico: (a) o *stresse diádico direto* – surge quando os dois elementos do casal são, simultaneamente e a um nível similar, afetados por uma situação stressante comum, mesmo que o vivenciem/percecionem de formas diferentes (caso da pandemia por COVID-19); e (b) *stresse diádico indireto* – situações em que somente um dos cônjuges se vê ameaçado por um evento stressante, porém tanto o seu cônjuge como a relação que ambos mantêm é afetada pelo comportamento e estado emocional do parceiro (e.g., doença crónica; infeção por COVID-19 de um dos elementos do casal).

Alguns estudos (e.g., Crangle et al. 2019) sugerem que o *coping* diádico tem um papel mediador entre um acontecimento que causa impacto emocional, como é o caso da pandemia atual ou de uma doença crónica e a qualidade da relação conjugal. No contexto concreto da pandemia, além do impacto ao nível individual, as pressões impostas pela COVID-19 podem igualmente colocar à prova a dinâmica do relacionamento do casal, conduzindo-os a viver numa realidade diferente, pautada por novas rotinas e exigências (Balzarini et al, 2020). Outros stressores externos à pandemia, como o stresse associado ao isolamento social e às dificuldades laborais e económicas podem ter impacto na relação, por meio de um “processo de contaminação” (Neff & Karney, 2004), originando um stresse intra-diádico (Falconier, 2015b). Além dos stressores que podiam ser considerados “mais pequenos” com os quais os sujeitos já tinham de lidar no seu quotidiano e que eram passíveis de acarretar consequências nocivas para a qualidade do relacionamento do casal (Randall & Bodenmann, 2009), com a pandemia os cônjuges têm, ainda, que aprender a lidar com as exigências/consequências da crise pandémica (e.g., perdas económicas, saúde, conciliar teletrabalho com o cuidado dos filhos, possíveis separações temporárias do

cônjuge ou a permanente convivência com o mesmo, entre outras) que podem exacerbar as pressões sentidas pelo casal (Jones et al, 2021) e potenciar um tipo de comunicação mais crítica e hostil, originando dificuldades no que concerne às dinâmicas de resposta às necessidades do cônjuge (Pietromonaco & Overall, 2020).

De um outro ponto de vista, os casais com maiores fragilidades estruturais (e.g., vinculação insegura) e com um menor empenho em processos diádicos adaptativos (e.g., baixo *coping* diádico positivo) apresentam um maior risco de enfraquecimento da qualidade da relação (Pietromonaco & Overall, 2020). Por outro lado, casais com uma vinculação mais segura, que conseguem manter dinâmicas construtivas de apoio e resposta, em princípio, verão a sua relação fortalecida em consequência da superação das adversidades em conjunto (Pietromonaco & Overall, 2020). Pietromonaco e Overall (2020), adaptaram o modelo *Vulnerability-Stress-Adaptation* (VSA), criado por Karney e Bradbury (1995), ao contexto pandémico. Este modelo é utilizado para estudar as relações amorosas, por forma a detetar quais os fatores-chave que são passíveis de condicionar a capacidade de as díades preservarem relações de qualidade (Pietromonaco & Overall, 2020). De acordo com estes autores, a vulnerabilidade individual e o stresse podem interagir para afetar negativamente os processos adaptativos, sendo possível que ao experienciar níveis mais altos de stresse, a vulnerabilidade de ambas as partes tenha um efeito mais intenso nos processos diádicos. Logo, os efeitos da interação do casal sobre os mecanismos adaptativos da díade podem diminuir a qualidade do relacionamento e ameaçar a sua estabilidade (Pietromonaco & Overall, 2020). Os autores sublinham que as consequências do stresse causado durante a pandemia podem, também, ser agravados pela existência de vulnerabilidades preexistentes (e.g., doença crónica). Assim, segundo Pietromonaco e Overall (2020) e o modelo VSA, um aspeto-chave que determinará, em grande parte, se os casais serão mais ou menos capazes de enfrentar as adversidades e manter relações de qualidade, será a medida em que eles serão capazes de se envolver em processos diádicos adaptativos (e.g., dimensões positivas de *coping* diádico).

Um outro estudo relevante, e que está na origem da presente dissertação, foi o estudo transcultural (entre 27 países) realizado por Randall e colaboradores (2021), no qual, na maioria dos países, os participantes (todos vivendo numa relação íntima) reportaram um maior sofrimento psicológico após a implementação das restrições devido à pandemia. Ademais, este sofrimento mostrou estar também associado a uma menor qualidade de relação com o cônjuge (Randall et al., 2021). Quanto ao *coping* diádico positivo, em especial o percebido pelo parceiro, diminuiu a associação negativa entre o sofrimento psicológico e a qualidade da relação percebida durante a COVID-19 para a maioria da amostra dos diversos países. Todavia, este estudo revelou que para os participantes de alguns dos países (e.g., Canadá, Chile, Espanha) este tipo de *coping* não moderou a associação entre o sofrimento psicológico durante a COVID-19 e a qualidade da relação, não havendo uma justificação concreta para este resultado. Este dado não invalida, porém, que um dos destaques da conclusão do estudo tenha sido a importância do *coping* diádico positivo na mitigação das associações entre sofrimento psicológico relativo à pandemia e a qualidade do relacionamento, o que faz com que esta forma de *coping* mostre ser um comportamento de manutenção/melhoria do relacionamento podendo minimizar os efeitos nocivos do stresse, principalmente se os mecanismos de *coping* sociais/culturais forem baixos (Randall et al., 2021).

De destacar, ainda, que o género também pode ser relevante. Um estudo realizado por Almeida (2021) mostrou que no contexto da adversidade pandémica, foram as mulheres que relataram uma perceção de menor qualidade conjugal comparativamente aos homens, o que se pode justificar, segundo a autora e Carr e colaboradores (2014), pelo facto de, perante uma situação de stresse, as mulheres terem uma maior tendência para partilhar as suas emoções, ao passo que os homens permanecem mais passivos tanto no que concerne à situação geradora de stresse como aos problemas experienciados pela parceira. Esta justificação vai ao encontro da opinião de autores como Bodenmann (2005) e Vedes e colaboradores (2013), em que numa situação de crise o casal se desorganiza, tendendo a

não adotar estratégias de *coping* diádico profícuo (e.g., comunicação, suporte, apoio mútuo).

Em suma, dado que a pandemia causada pelo novo coronavírus, é percebida como um evento potenciador de stresse, inesperado, imprevisível e incerto (Chung et al., 2020), o *coping* diádico positivo – isto é, o *coping* que diz respeito aos esforços de ajustamento do casal quando ambos estão numa situação de stresse – irá fomentar a confiança mútua, o respeito, o compromisso e o sentimento de conforto da relação ao se apoiarem mutuamente (Bodenmann, 2005; Bodenmann & Cina, 2006). Portanto, quanto mais os cônjuges se veem como fonte de apoio mútuo, maior o sentimento de satisfação com a relação e, por conseguinte, maior é a sua perceção positiva do outro. Assim, quanto mais os casais enfrentam as dificuldades em conjunto, mais forte e coeso é o “nós” (Vedes et al., 2013).

2. Doença Crónica (DC): Stresse, Adaptação e efeitos relacionais

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as DC's são definidas como não sendo transmissíveis de pessoa para pessoa. São de longa duração e geralmente de progressão lenta. Os quatro tipos principais são doenças cardiovasculares (como ataques cardíacos e AVC), neoplasias, doenças respiratórias crónicas (como doença pulmonar obstrutiva crónica e asma) e diabetes (WHO, 2016).

A palavra “doença” provém do latim *dolentia*, de *dolens*, *entis*, isto é, dor, sofrimento, aflição que acompanha um estado mórbido (Houaiss et al., 2011, p.871b). Por sua vez, “afeção” vem do latim *affectione*, isto é, ação de afetar, influência; estado resultante da influência sofrida; modificação (Houaiss et al., 2011, pág. 74a). A palavra “crónica” radica em *Kronos*, que significa tempo e que, por sua vez, “engloba três conceitos distintos, a simultaneidade, a sucessão e a duração, e permite (...) denominar ao mesmo tempo a mudança, a evolução, a repetição, o devir, o desgaste, o envelhecimento e talvez mesmo a morte” (Klein, 2007, p. 20).

Deste modo, aquilo que aqui se propõe é uma abordagem num contínuo e não uma visão taxativa e categorial, pois ao falar em “doença física” reportar-nos-íamos a um

conceito muito focado, categorial e pouco aberto a esta perspectiva mais contínua/dimensional, mas com sobressaltos, avanços e recuos que a introdução da psicopatologia do desenvolvimento alterou ao fazer surgir um aspeto integrador muito benéfico na relação do médico com o doente, ambiente psicossocial e ainda na compreensão da própria doença nos seus diversos momentos evolutivos. A DC deverá, então, ser conceptualizada por via da conexão do mundo biológico e psicossocial (Rolland, 1987). Como diz Walsh e colaboradores (1988), uma pessoa com DC não deve ser avaliada fora do seu contexto familiar e social.

Recordemos como, recorrendo à tipologia psicossocial das doenças de acordo com Rolland (1987), o seu início pode ser classificado como *agudo* ou *gradual*. O curso/evolução pode consistir em três formas principais: *progressivo*, *constante* e *episódico* (ou de “recaída”). No que concerne às consequências/resultados estas podem ser categorizadas como *não-fatais*, *fatais* ou que *encurtam o tempo de vida* (Rolland, 1987). O ponto até ao qual uma DC pode ser a causa provável de morte ou até ao qual pode encurtar o tempo de vida é uma questão com um profundo impacto psicossocial, sendo o fator crucial a expectativa inicial de se uma doença será ou não uma causa provável de morte (Rolland, 1987). A par disto, foram estipulados por Rolland (1987), quatro tipos de incapacidade associados à DC: *nenhuma*, *média*, *moderada* e *grave*. A incapacidade pode ser resultado de um comprometimento cognitivo, sensorial, motor, estético (e.g., desfiguração causada por lepra), ou até mesmo por estigma social (e.g., SIDA). A dimensão, o tipo e o momento da incapacitação implicam diferenças substanciais tanto ao nível do grau de stresse que a família enfrentará, como dos ajustes específicos que lhe serão exigidos face às circunstâncias. Por fim, consoante o grau de conhecimento e previsibilidade das quatro categorias supramencionadas, é possível determinar aquilo que Rolland (1987) denomina *grau de incerteza*, o qual pode ser observado como uma metacaracterística, consoante os tipos de início, curso, resultado/consequência e incapacitação. Assim, as doenças com um maior grau de imprevisibilidade serão as mais difíceis de aceitar e gerir, pois implicam constante adiamento e/ou alteração de decisões causadas pela incerteza da doença.

Segundo Shuman (1996), o surgimento de uma DC é um acontecimento não-normativo que é passível de se tornar num intenso propulsor de stresse. Desta forma, o aparecimento de DC's tende a ser experienciado como causador de sofrimento, especialmente se elas se traduzem num alto grau de comprometimento orgânico-físico e de mudanças acentuadas na vida quotidiana. Tal como postula o modelo biopsicossocial de Rolland (1987), também Brannon e colaboradores (1997), mencionam múltiplos estudos que mostram que a DC difere no seu impacto, não tanto devido à gravidade da própria doença, mas sim na forma como afeta a vida do doente e do seu contexto. Desta forma, uma DC incapacitante, gradual e de evolução progressiva (e.g., doenças degenerativas do sistema nervoso), reflete diferentes níveis de elevado stresse na família, devido à permanente manifestação de sintomas e ao facto de a sua progressão ser acentuada (Rolland, 1987). Por outro lado, embora doenças com um diagnóstico agudo (e.g., doença coronária não fatal), em que os pacientes estão a ter um tratamento específico, requeiram determinados cuidados, a sua evolução não é incapacitante, pelo que, habitualmente, os níveis de stresse subsequentes são mais baixos (Rolland, 1987). Por fim, as DC's de curso rápido (e.g., neoplasias metastizadas) exigem meios familiares diferentes das utilizadas em caso de DC's de evolução morosa, visto que estas implicam um permanente ajuste, acarretam um sofrimento constante, podendo exigir recursos externos à família, sendo os "períodos de alívio" praticamente inexistentes, ou seja, há uma contínua necessidade de adaptação e mudança tácitas. A flexibilidade, *coping* e união da família reflete-se à medida que a doença vai evoluindo (Rolland, 1987).

A DC será, então, entendida como uma situação indutora de maior ou menor stresse, na medida em que o indivíduo a sente como ameaçadora do seu bem-estar, não tendo capacidade para lhe dar resposta (Lazarus & Folkman, 1984). No que se refere ao stresse, a tónica é, portanto, colocada na interpretação do sujeito perante acontecimentos externos e a avaliação que faz dos seus próprios recursos para fazer face a esses acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1984). Se transpusermos este aspeto para o âmbito do subsistema conjugal, o conceito ganha uma conotação sistémica (Traa et al., 2014), pois

afeta ambos os cônjuges mesmo que a situação stressante seja vivenciada por apenas um dos parceiros (Traa et al., 2014). Deste modo, o stresse é um potente preditor da diminuição de comportamentos de apoio/suporte e de afeto para com o parceiro, bem como da redução do bem-estar individual (Bodenmann, 2000; Donato et al., 2021), podendo estes acontecimentos reduzir a percepção da qualidade conjugal (Bodenmann, 2000; Donato et al., 2021). É neste âmbito que, como vimos anteriormente relativamente à COVID-19, vários estudos têm demonstrado a relevância do *coping* diádico, isto é, os esforços conjuntos que um casal emprega para lidar com uma situação emocionalmente impactante (Bodenmann, 2005). No caso do aparecimento de uma DC num dos cônjuges, estudos como o de Mittinty e colaboradores (2020) demonstram que um maior bem-estar, redução de stresse e melhoria do estado físico e psicológico, está diretamente associado ao suporte proporcionado pelo cônjuge (Mittinty et al., 2020). Assim sendo, quanto mais os casais recorrerem a estratégias de *coping* diádico positivo, melhor tende a ser a percepção da qualidade da relação conjugal, do bem-estar individual e de casal, bem como da capacidade conjunta de união e ajuda nas dificuldades (Bodenmann et al., 2006).

2.1. O presente estudo. Coexistência de duas crises não normativas: DC e pandemia por COVID-19

Minuchin (1979) distingue *crise esperada* de *crise inesperada*. As primeiras, normativas, acontecem regularmente ao longo do ciclo evolutivo, como o nascimento de um filho, por exemplo. As segundas ocorrem aquando de um acontecimento não-normativo, como é o caso do aparecimento de uma DC. Todavia, ambas exigem mudanças e são geradoras de stresse (Minuchin, 1979), que aumenta fortemente quando ocorre uma sobreposição de crises (*pile-up* de stresse [McCubbin & Patterson, 1983]) tal como no caso que nos ocupa nesta dissertação (ameaça da pandemia e de risco de infeção e DC de um elemento da família/casal). Segundo Pereira (2021), não só os idosos como também as pessoas com DC são quem corre maior risco de doença grave por COVID-19, o que implica o reforço desse *pile-up* de stresse. Este grupo (DC) abarca sujeitos com doenças

cardiovasculares, doença respiratória crónica, diabetes, insuficiência renal e doença oncológica (Pereira, 2021).

2.2. Objetivos

Tal como Pietromonaco e Overall (2020) afirmaram, os efeitos do stresse em período pandémico podem ser exacerbados pela existência de vulnerabilidades preexistentes (e.g., DC). Deste modo, selecionar sujeitos que estejam numa relação amorosa e que tenham a (con)vivência da DC e compará-los com indivíduos nas mesmas condições, mas que não tenham esta experiência, parece ser importante para perceber como a experiência da DC prévia os diferencia na perceção da qualidade conjugal.

Posto isto, a presente dissertação tem como objetivo geral um estudo comparativo entre pessoas com e sem DC, numa relação de conjugalidade, no período de pandemia, antes do processo de vacinação estar estabilizado. Mais especificamente pretende-se:

1. Comparar dois grupos (elementos de casais com DC e elementos de casais sem DC) relativamente a um conjunto de indicadores do estado emocional: (1.1) a perceção de ameaça da doença, ou seja, da COVID-19; (1.2) o estado emocional dos/as participantes, medido através do distresse emocional – depressão, stresse, ansiedade – bem como do bem-estar mental; (1.3) a perceção da qualidade da relação conjugal; (1.4) e a sua relação com o *coping* diádico positivo.
2. Avaliar o efeito preditivo de um conjunto de variáveis (perceção de ameaça da doença, *coping* diádico positivo, qualidade relacional percebida) no estado emocional dos/as participantes (depressão, ansiedade, stresse, bem-estar mental), controlando o efeito da idade e de ter ou não uma DC.

II. Metodologia

1. Procedimentos de investigação e recolha da amostra

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 dentro de um instrumento fossem iguais entre a língua original e a de destino, e adaptados ao tempo e contexto, considerando possíveis barreiras ao fazer uma comparação direta entre diferentes nações, culturas e épocas (Gjersing et al., 2010).

Na fase preparatória deste estudo, foi requerido 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 março 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, tal como está estatuído no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). Foi facultado o contacto dos/as investigadores/as, para o qual os/as participantes poderiam 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, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra) e de publicações nas redes sociais dos/as investigadores/as, sendo o método de amostragem não probabilística.

2. Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra de 1208 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos de idade ($M = 40.58$; $DP = 10.60$). A maioria dos/as participantes identificam-se com o género feminino ($n = 1006$; 83.3%) e como sendo

heterossexuais ($n = 1133$; 93.8%). No que concerne ao estatuto da relação, 15.3% ($n = 185$) encontram-se em namoro/coabitação, 31.3% ($n = 378$) em união de facto/coabitação e 53.4% ($n = 644$) estão casados/as. Por fim, relativamente à existência ou não de DC, 25.1% ($n = 303$) indicaram ser portadores/as de DC's, enquanto 74.9% ($n = 905$) reportaram não as ter. Quanto ao tipo de doença, 4% ($n = 12$) padecem de doenças do foro psicológico, 94% ($n = 281$) sofrem de doenças físicas e 2% ($n = 6$) possuem ambas (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

		<i>n</i>	Percentagem %
Idade	18-29 (Adultos Emergentes)	192	15.9
	30-65 (Adultos)	997	82.5
	≥65 (Adultos Maiores)	19	1.6
Género	Feminino	1006	83.3
	Masculino	194	16.1
	Queer	2	.2
	Outro	5	.4
Orientação Sexual	Heterossexual	1133	93.8
	Lésbica	17	1.4
	Gay	10	.8
	Bissexual	32	2.6
	Outro	14	1.2
	Não respondo/Não sei	2	.2
Estatuto da Relação	Namoro/Coabitação	185	15.3
	União de Facto/Coabitação	378	31.3
	Casado	644	53.4
Filhos	Sim	714	59.1
	Não	494	40.9
Situação Profissional	Empregado/a	944	78.4
	Desempregado/a	155	12.9
	Estudante	82	6.8
	Não respondo/Não sei	23	1.9
Regime de Trabalho	Teletrabalho	529	55.9

	Presencial	274	29.0
	Outro	143	15.1
Escolaridade	Ensino Superior	970	80.3
	Ensino Secundário (12. ^o ano)	180	14.9
	3. ^o Ciclo (9. ^o ano)	36	3.0
	2. ^o Ciclo (6. ^o ano)	14	1.2
	1. ^o Ciclo (4. ^o ano)	8	.7
Infeção por COVID-19	Sim	15	1.3
	Não	1097	91.6
	Não tem a certeza	86	7.2
Doença Crónica	Sim	303	25.1
	Não	905	74.9
Tipo de Doença	Doença Psicológica	12	4.0
	Doença Física	281	94.0
	Ambas	6	2.0

3. Instrumentos

3.1. *Questionário sociodemográfico*

O inquérito deste projeto incluía um questionário sociodemográfico composto por questões de índole sociodemográfica adaptadas à realidade portuguesa. As perguntas eram relativas à idade, identidade de género, orientação sexual, nível de escolaridade, estatuto e duração da relação conjugal, existência de filhos e respetivas idades, profissão, satisfação com as condições habitacionais e existência ou não de DC, bem como questões diretamente relacionadas com a COVID-19.

3.2. *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress-21 (EADS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa reduzida de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004;)*

A EADS-21 é uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), aferida 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 41 itens),

agrupados em três subescalas (depressão, ansiedade e stresse), constituídas por sete itens cada. 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 (“não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) que apontam para a severidade e frequência dos sintomas experimentados nos últimos sete 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, sendo possível identificar cinco níveis de severidade: normal, leve, moderada, severa e extremamente severa (Lovibond & 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 elevados para as três subescalas (Depressão = .85; Ansiedade = .74; Stresse = .81). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach elevado para as três subescalas, designadamente, Depressão = .92; Ansiedade = .88; Stresse = .92.

3.3. *Questionário Breve da 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). 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 este estudo em particular, 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. Assim, as representações presentes no questionário referem-se (1) à perceção das consequências da doença, (2) à perceção da sua duração, (3) à perceção do controlo pessoal, (4) à perceção do controlo do

tratamento, (5) à percepção da preocupação com a doença, (6) à percepção da compreensão da doença e (7) à percepção da resposta emocional.

Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo *Likert* entre um mínimo de zero e 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 percebe a doença como grave (negativa) ou benigna (menos importante). Na cotação, os resultados dos itens três, quatro e sete são invertidos e adicionados aos restantes, obtendo-se uma pontuação total que, quanto mais elevada for, mais negativa e pertinente é a percepção da doença como ameaça (Broadbent, 1996). É possível obter pontuações totais que variam entre um mínimo de zero – percepção ideal da doença – e um máximo de 80 que representa a quase impossibilidade de viver com a doença (Broadbent, 1996). Quanto à análise da fiabilidade do BIPQ, esta foi confirmada pelos resultados positivos obtidos através do teste-reteste (estabilidade temporal) relativamente ao IPQ-R. Por sua vez, a validade discriminativa do BIPQ é atestada pela possibilidade de distinguir diferentes doenças individualmente (Figueiras et al., 2012). No presente estudo, não foi realizada a análise de consistência interna, uma vez que não foi utilizado o total do BIPQ, tal como aconteceu no estudo original.

3.4. Inventário da Percepção dos Componentes da Qualidade Relacional – Versão Reduzida (ICQRP; Fletcher et al., 2000; versão portuguesa de Crespo et al., 2007)

Adaptado para a população portuguesa por Crespo e colaboradores (2007), o ICQRP é um instrumento que visa medir a qualidade conjugal percebida pelo sujeito (três itens para cada um dos componentes avaliados): satisfação, compromisso, intimidade, confiança, paixão e amor (Fletcher et al., 2000; Crespo, 2007). Neste estudo foi utilizada uma versão reduzida deste questionário, composta por apenas seis itens (Crespo et al., 2007) – a original contém 18 itens (Fletcher et al., 2000). Todos eles são avaliados através de uma escala de resposta de tipo *Likert* de um ponto (absolutamente nada) até seis pontos (extremamente). A cotação é dada pela soma dos seis itens a dividir por seis. Os resultados obtidos ao longo das seis dimensões são transformados numa média que fornece uma

classificação de qualidade relacional percebida (Crespo et al., 2007). Quanto à consistência interna da escala reduzida (seis itens), os resultados obtidos por Crespo e colaboradores (2007), apresentaram um alfa de Cronbach de .96 (Crespo, 2007). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .92.

3.5. Inventário de Coping Diádico (ICD; Bodenmann, 2008; versão portuguesa de Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind, & Ferreira, 2013).

O *Inventário de Coping Diádico* (ICD) – na versão original *Dyadic Coping Inventory* (DCI) – foi adaptado para a população portuguesa por Vedes e colaboradores (2013). Trata-se de um questionário de autorrelato que avalia as estratégias de *coping* diádico utilizadas pelos casais. Este instrumento contém 37 itens de autorresposta medidos numa escala de *Likert* de cinco pontos (de “1 = muito raramente” até “5 = muito frequentemente”). Estes itens estão divididos em nove subescalas: (1) Comunicação de stresse pelo próprio, (2) Comunicação de stresse pelo parceiro, (3) *Coping* Diádico de suporte pelo próprio, (4) *Coping* Diádico de suporte pelo parceiro, (5) *Coping* Diádico negativo pelo próprio, (6) *Coping* Diádico negativo pelo parceiro, (7) *Coping* Diádico delegado pelo próprio, (8) *Coping* Diádico delegado pelo parceiro e (9) *Coping* Diádico conjunto. As primeiras oito subescalas descrevem/refletem o comportamento demonstrado pelo próprio sujeito ou pelo/a seu/sua parceiro/a. A nona subescala expressa o comportamento conjunto de ambos/as os/as parceiros/as. No seu todo, estas subescalas descrevem o comportamento de *Coping* Diádico, obtido por meio da média dos primeiros 35 itens, servindo como pontuação total para o ICD, sendo necessário inverter os itens sete, 10, 11, 15, 22, 25, 26, 27. Os itens 36 e 37, pese embora não demonstrem o comportamento de *Coping* Diádico em si mesmo, avaliam o quão satisfeitos os sujeitos estão com o seu *Coping* Diádico. Destarte, quanto mais elevada for a média total dos itens maior é o *Coping* Diádico. No entanto, neste estudo foi apenas utilizado o *Coping* Diádico Positivo (CDP) que é constituído por três dimensões: *Coping* Diádico focado na emoção (itens cinco, seis e sete), *Coping* Diádico de suporte focado no problema (itens oito e 13) e *Coping* Diádico delegado pelo parceiro (itens 12 e

14). O seu resultado é obtido pela soma de cada uma das três dimensões a dividir por sete (Vedes et al., 2013).

Quanto à consistência interna o ICD apresenta, no inventário original (Bodenmann, 2008) um alfa de Cronbach de .91, enquanto no estudo adaptado para a versão portuguesa os alfas de Cronbach vão de .63 a .97, sendo que o seu valor global é de .95 (Vedes; et al., 2013). No presente estudo, como só será utilizado o CDP, apenas foi calculado o alfa de Cronbach do mesmo, apresentando este uma consistência interna de .85.

3.6. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Tennant, et al., 2007)

A *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* – na versão original *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS; Tennant et al., 2007; © NHS Health Scotland, University of Warwick, University of Edinburgh and University Fernando Pessoa and City Council of Viana do Castelo, 2012)* – trata-se de um questionário de autorresposta que mede o bem-estar mental focado inteiramente em aspetos positivos da saúde mental. Este instrumento contém 14 itens que abrangem aspetos hedónicos (felicidade, satisfação com a vida) e eudemónicos (funcionamento positivo) da saúde mental. Deste modo, a escala compreende o afeto positivo, as relações interpessoais satisfatórias e o funcionamento positivo dos sujeitos (Tennant et. al., 2007). O bem-estar mental é medido numa escala de tipo *Likert* entre um a cinco pontos (de 1 = *nunca* a 5 = *sempre*), sobre o que se sentiu nas duas últimas semanas, com uma pontuação mínima de 14 e uma pontuação máxima de 70 pontos (Tennant et. al., 2007). Todos os itens são pontuados positivamente. A pontuação geral do WEMWBS é obtida pela soma das pontuações de cada item. Assim, uma pontuação mais elevada está associada a um melhor nível de bem-estar mental (Tennant et. al., 2007). Quanto à consistência interna, no estudo original do WEMWBS, este apresentou uma boa validade de conteúdo com um alfa de Cronbach de .89 (amostra de alunos) e .91 (amostra populacional). No presente estudo obteve-se um alfa de Cronbach de .93.

4. Análise de dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25).

O protocolo foi aplicado de abril de 2020 a março de 2021. Neste estudo, procedeu-se à limpeza e organização da Base de Dados original. Procedeu-se, igualmente, à eliminação de sujeitos que não cumpriam os requisitos de elegibilidade: os que não responderam ao questionário após o questionário sociodemográfico; os segundos sujeitos do par conjugal, com vista a impedir a interdependência dos dados. Para efeitos estatísticos de cada instrumento de avaliação apenas foram contabilizados os/as participantes que responderam na íntegra ao instrumento. Finalmente a base ficou com 1208 sujeitos elegíveis para o estudo.

No que concerne à análise estatística esta incluiu estatísticas descritivas, tendo sido realizados *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 baixo tamanho de efeito foi considerado $d = 0.2$, médio $d = 0.5$, e alto $d = 0.8$ (Cohen, 1988). As relações entre as variáveis foram analisadas através das correlações de *Pearson* para a idade, os sete itens em separado do BIPQ, CDP, depressão, ansiedade, stresse (EADS-21), bem-estar mental (WEMWBS) e para a qualidade relacional percebida (ICQRP). Os níveis de significância foram estabelecidos em .05.

Foi igualmente analisado o poder preditivo das variáveis em estudo através de modelos de regressão hierárquica (MRH). As variáveis critério foram a depressão, ansiedade, stresse e bem-estar mental. Para esta análise utilizou-se a amostra total do estudo com o objetivo de conhecer a influência do padecimento ou não de DC na explicação das variáveis critério. Os modelos de predição realizaram-se em quatro passos nos quais se incluíram: a idade e a existência/inexistência de DC (passo 1), os sete itens em separado do BIPQ (passo 2), o CDP (passo 3) e o total do ICQRP (passo 4). Para a análise dos resultados teve-se em conta os resultados previamente obtidos nas correlações

de *Pearson* e os testes *t* de Student, pelo que apenas foram incluídas nos MHR as variáveis que revelaram ter significância estatística.

O alfa de Cronbach também foi realizado para avaliar a consistência interna dos instrumentos.

III. Resultados

Estatística descritiva

Análise descritiva

A Tabela 2 apresenta as médias, desvios-padrão, testes *t* de Student, níveis de significância e tamanhos do efeito das variáveis estudadas para a amostra total e para as pessoas com e sem DC. Quando comparados os dois grupos, é possível observar que as pessoas com DC apresentam médias mais elevadas em todas as variáveis à exceção da percepção do controlo pessoal ($M = 4.80$; $DP = 2.16$), da percepção do controlo do tratamento ($M = 5.16$; $DP = 2.18$), da qualidade relacional percebida ($M = 5.92$; $DP = 1.18$), do CDP ($M = 3.64$; $DP = .86$) e do bem-estar mental ($M = 48.80$; $DP = 9.16$). Ou seja, o grupo de sujeitos com DC têm pontuações médias mais elevadas ao nível da percepção das consequências ($M = 6.94$; $DP = 1.97$), da percepção da duração ($M = 6.04$; $DP = 1.72$), da percepção da preocupação ($M = 7.43$; $DP = 2.07$), da percepção da compreensão ($M = 7.09$; $DP = 2.19$), da percepção da resposta emocional ($M = 5.93$; $DP = 2.47$), da depressão ($M = 3.50$; $DP = 4.41$), do stresse ($M = 6.16$; $DP = 4.97$) e da ansiedade ($M = 2.65$; $DP = 3.74$) do que o grupo sem DC.

Estudo das diferenças entre grupos DC e Não DC nas variáveis percepção da doença, distresse emocional, CDP, qualidade relacional percebida e bem-estar mental

O teste *t* de Student para amostras independentes mostrou diferenças estatisticamente significativas ao nível da depressão ($t(372.09) = 2.88$; $p < .05$; $d = .24$), da ansiedade ($t(366.80) = 3.04$; $p < .05$; $d = .25$), do stresse ($t(423.16) = 2.34$; $p < .05$; $d = .18$), do CDP ($t(413.68) = 2.09$; $p < .05$; $d = .16$) e da percepção da duração da doença ($t(1171) = 2.34$; $p < .05$; $d = .16$). Por sua vez, no que diz respeito à qualidade relacional percebida ($t(932) = 1.72$; $p > .05$; $d = .13$), ao bem-estar mental ($t(867) = 1.90$; $p > .05$; $d = .15$), à

perceção das consequências da doença ($t(1171) = 1.61$; $p > .05$; $d = .15$), à perceção do controlo pessoal ($t(1171) = 1.14$; $p > .05$; $d = .08$), à perceção do controlo do tratamento ($t(1171) = 1.26$; $p > .05$; $d = .09$), à perceção da preocupação ($t(1171) = .47$; $p > .05$; $d = .03$), à perceção da compreensão ($t(1171) = .42$; $p > .05$; $d = .07$) e à perceção da resposta emocional ($t(1171) = .20$; $p > .05$; $d = .01$) a análise não revelou diferenças entre os grupos testados (Tabela 2).

Tabela 2

Análise Descritiva, diferença de médias e tamanho do efeito das variáveis em estudo

		Doença Crónica					
Questionário	Variável	TOTAL	SIM	NÃO	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
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
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
ICQRP	Qualidade relacional percebida	5.92 (1.18)	5.81 (1.25)	5.96 (1.15)	1.72	.086	.13
IDC	CDP	3.64 (.86)	3.54 (.90)	3.68 (.84)	2.15	.032	.16
WEMWBS	Bem-estar mental	48.80 (9.16)	47.81 (9.58)	49.15 (8.99)	1.90	.057	.15

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = valor estatístico do teste *t*; *p* = valor *p*; *d* = tamanho do efeito; *ICQRP* = Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida; *EADS-21* = Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse; *CDP* = Coping Diádico Positivo; *IDC* = Inventário de Coping Diádico; *WEMWBS* = Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh

Correlações bivariadas entre todas as variáveis

A Tabela 3 apresenta a matriz de correlações entre as variáveis em estudo. As associações comentadas são as que têm uma força $<.50$. Para esta classificação foi utilizada a escala proposta por Cohen (1988) em que de $.10$ a $.30$ a correlação é fraca, de $.30$ a $.50$ é moderada e de $.50$ a 1 é forte (Cohen, 1988).

A depressão tem uma correlação forte negativa com o bem-estar mental ($r = -.67$; $p < .01$). A ansiedade relaciona-se de maneira forte positiva com a depressão ($r = .71$; $p < .01$). No que concerne ao stresse, este tem relações fortes positivas com a percepção da resposta emocional ($r = .53$; $p < .01$), depressão ($r = -.58$; $p < .01$) e ansiedade ($r = .72$; $p < .01$) e forte negativa com o bem-estar mental ($r = .73$; $p < .01$). Por fim, a qualidade de relação percebida tem uma correlação forte positiva com o CDP ($r = .69$; $p < .01$). Todas as outras correlações são fracas ou moderadas – cf. Tabela 3.

Tabela 3*Correlações entre as variáveis estudadas*

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Idade	1													
BIPQ	Consequências	-.09**	1												
	Duração	.10**	.12**	1											
	Controlo pessoal	.01	-.08**	-.01	1										
	Controlo do tratamento	-.10**	-.02	.04	.26**	1									
	Preocupação	-.02	.34**	.25**	.07*	-.05	1								
	Compreensão	-.07*	.01	.01	.19**	.12**	.11**	1							
	Resposta emocional	-.07*	.41**	.20**	.08**	-.03	.41**	-.04	1						
ICD	CDP	-.17**	.00	-.07*	.04	.09**	.03	.08*	-.11**	1					
WEMWBS	Bem-estar mental	.17**	-.19**	-.09*	.10**	.08*	-.14**	.12**	-.48**	.39**	1				
EADS-21	Depressão	-.06	.20**	.09**	-.11**	-.13**	.12**	-.08**	.40**	-.21**	-.67**	1			
	Ansiedade	-.08*	.20**	.15**	-.16**	-.11**	.22**	-.10**	.43**	-.09*	-.49**	.71**	1		
	Stresse	-.11**	.25**	.10**	-.15**	-.10**	.21**	-.08*	.53**	-.20**	-.58**	.72**	.73**	1	
ICQRP	Qualidade relacional percebida	-.13**	.02	-.01	.08*	.08*	.08*	.11**	-.11**	.69**	.42**	-.25**	-.14**	-.22**	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; BIPQ = *The Brief Illness Perception Questionnaire*; ICD = *Inventário de Coping Diádico*; CDP = *Coping Diádico Positivo*; WEMWBS = *Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh*; EADS-21 = *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse*; ICQRP = *Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida*

Modelos Preditivos da Depressão, Ansiedade, Stresse e Bem-estar mental

O poder preditivo das variáveis estudadas foi analisado através de um Modelo de Regressão Hierárquica (MRH). As variáveis de critério foram a depressão, ansiedade, stresse e bem-estar mental. O modelo preditivo foi conduzido em quatro passos (Tabela 4 e 5): primeiro foram introduzidas variáveis sociodemográficas ou de controlo – idade e a existência/inexistência de DC, embora na depressão se tenha apenas utilizado a variável “existência/inexistência de DC”, no bem-estar mental apenas a variável “idade” e na ansiedade e stresse ambas as variáveis mencionadas. Esta seleção de variáveis baseia-se nas análises anteriores (correlações de *Pearson* e testes *t*), sendo que foram incluídas nos modelos preditivos apenas as variáveis que tenham tido um peso significativo anteriormente; em segundo, as variáveis relativas à avaliação da percepção da doença (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento, preocupação, compreensão e resposta emocional); em terceiro o CDP e, por fim, a qualidade relacional percebida.

No modelo de predição da depressão, os resultados mostraram que esta é explicada por 23% da variância das variáveis incluídas. No passo quatro, a percepção do controlo do tratamento e da resposta emocional apresentaram um coeficiente beta positivo e estatisticamente significativo. A existência/inexistência de DC e a qualidade relacional percebida apresentaram um coeficiente beta negativo e estatisticamente significativo. Assim, a depressão foi predita pela existência/inexistência de DC, percepção do controlo do tratamento, qualidade relacional percebida e percepção da resposta emocional (BIPQ), sendo esta a variável que mais prediz a depressão (38%) (Tabela 4).

Por sua vez, relativamente à ansiedade, as variáveis incluídas no modelo explicaram 23% da variância. No último passo, a percepção de duração da doença, a percepção do controlo do tratamento, a percepção da compreensão e da resposta emocional mostraram um coeficiente beta positivo significativo. A existência/inexistência de DC, a idade e a qualidade relacional percebida revelaram um coeficiente beta negativo significativo. Deste modo, a ansiedade foi predita pela existência/inexistência de DC, idade, percepção da duração, percepção do controlo do tratamento, percepção da compreensão da doença, qualidade

relacional percebida e percepção da resposta emocional (BIPQ), sendo esta a variável que mais prediz a ansiedade (37%) (Tabela 4).

Quanto ao stresse, o modelo explicou 33% da variância. No quarto passo, a percepção do controlo pessoal, percepção do controlo do tratamento e percepção da resposta emocional revelaram um coeficiente beta positivo significativo. Por sua vez, a existência/inexistência de DC, idade e qualidade relacional percebida revelaram um coeficiente beta negativo significativo. Logo, o stresse foi predito pela existência/inexistência de DC, idade, percepção do controlo pessoal, percepção do controlo do tratamento, qualidade relacional percebida e percepção da resposta emocional (BIPQ), tendo esta sido a variável que mais prediz o stresse (48%) (Tabela 5).

Por fim, o modelo de regressão hierárquica relativo ao bem-estar mental, explicou 43% da variância. No último passo, idade, CDP e qualidade relacional percebida mostraram um coeficiente beta positivo significativo, enquanto que a percepção do controlo do tratamento, a percepção da compreensão e da resposta emocional mostraram um coeficiente beta negativo significativo. Assim, o bem-estar mental foi predito pela idade, percepção do controlo do tratamento, percepção da compreensão da doença, CDP, qualidade relacional percebida e percepção da resposta emocional, sendo esta a que mais prediz o bem-estar mental (40%) (Tabela 5).

Tabela 4*Modelo de regressão hierárquica da depressão e ansiedade*

Preditor	Depressão				Ansiedade			
	ΔR^2	ΔF	β	t	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Passo 1</i>	.01	10.02**			<i>Passo 1</i>	.02	10.00***	
					Idade		-.09	2.99**
DC/Não DC			-.09	3.05**	DC/Não DC		-.12	4.06***
<i>Passo 2</i>	.19	31.12***			<i>Passo 2</i>	.21	35.34***	
Consequências			.04	1.25*	Consequências		.00	.04*
Duração			.02	.66*	Duração		.07	2.25*
Controlo pessoal			.03	.84*	Controlo pessoal		.06	1.77*
Controlo do tratamento			.10	3.38**	Controlo do tratamento		.09	3.00**
Preocupação			-.03	.80*	Preocupação		.05	1.56*
Compreensão			.04	1.19*	Compreensão		.09	3.00**
Resposta emocional			.38	11.00***	Resposta emocional		.37	10.76***
<i>Passo 3</i>	.02	20.75***			<i>Passo 3</i>	.00	.70*	
CDP			-.01	.29*	CDP		.06	1.50*
<i>Passo 4</i>	.02	20.33***			<i>Passo 4</i>	.00	9.73**	
ICQRP			-.18	4.51***	ICQRP		-.13	3.12**
<i>Durbin-Watson</i>	1.81					2.01		
$R^2_{ajustado}$.23*					.23*		

Nota: ΔR^2 = mudança de R^2 ; ΔF = mudança em F ; β = coeficiente de regressão; t = valor estatístico do teste t ; * p

$\leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; DC/Não DC = Existência/Inexistência de DC; CDP = Coping Diádico Positivo;

ICQRP = Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida.

Tabela 5*Modelo de regressão hierárquica da depressão e ansiedade*

Preditor	Stresse				Bem-estar mental			
	ΔR^2	ΔF	β	t	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Passo 1</i>	.02	10.28***			<i>Passo 1</i>	.03	24.42***	
Idade			-.12	4.23***	Idade		.22	8.14***
DC/Não DC			-.08	2.86**				
<i>Passo 2</i>	.29	54.46***			<i>Passo 2</i>	.26	43.15***	
Consequências			.03	1.06*	Consequências		-.03	.89*
Duração			-.00	.15*	Duração		-.02	.76*
Controlo pessoal			.06	2.09*	Controlo pessoal		-.01	.36*
Controlo do tratamento			.08	2.76**	Controlo do tratamento		-.07	2.63**
Preocupação			-.00	.08*	Preocupação		-.00	.11*
Compreensão			.04	1.41*	Compreensão		-.07	2.73**
Resposta emocional			.48	14.98***	Resposta emocional		-.40	13.15***
<i>Passo 3</i>	.02	25.14***			<i>Passo 3</i>	.13	183.15***	
CDP			-.04	1.10*	CDP		.21	5.92***
<i>Passo 4</i>	.01	14.92***			<i>Passo 4</i>	.03	42.73***	
ICQRP			-.15	3.86***	ICQRP		.24	6.54***
<i>Durbin-Watson</i>	1.90					1.88		
$R^2_{ajustado}$.33*					.43*		

Nota: ΔR^2 = mudança de R^2 ; ΔF = mudança em F ; β = coeficiente de regressão; t = valor estatístico do teste t ; * p

$\leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; DC/Não DC = Existência/Inexistência de DC; CDP = Coping Diádico Positivo;

ICQRP = Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida.

IV. Discussão

Esta dissertação teve como objetivo geral realizar um estudo comparativo entre pessoas numa relação íntima de conjugalidade com e sem DC, no período de pandemia, antes do processo de vacinação estar generalizado.

Quanto ao objetivo 1.1, cujo o intuito foi o de comparar sujeitos que vivem em relação conjugal com e sem DC relativamente à percepção de ameaça da doença COVID-19, realizaram-se testes *t* para amostras independentes. Dos sete fatores do BIPQ foi no fator "percepção da duração" que se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Especificamente, os sujeitos que vivem em relação conjugal com DC percebem a COVID-19 como sendo uma doença mais duradoura comparativamente aos sujeitos que vivem em relação conjugal sem história prévia de DC. A investigação sugere que a experiência de DC, implicando a vivência de ansiedade, angústia, antecipação ou, por exemplo, a realização de tratamentos médicos muitas vezes prolongados no tempo, pode ser uma experiência potencialmente traumática ou stressante. Isto vai ao encontro do que Shuman (1996) refere no seu artigo sobre a psicologia das DC's, afirmando que estas se podem tornar num forte impulsionador de stresse, sendo habitualmente experienciadas como fonte de sofrimento. Assim, pessoas que passaram ou passam por DC's podem mais facilmente experienciar o aparecimento de doenças com uma perspetiva negativa. Casais que não passaram por DC, por outro lado, poderão encarar a COVID-19 sem uma aprendizagem emocional prévia que poderá enviesar a sua perspetiva. Desta forma, poderão antecipar que esta doença não será duradoura. Esta é uma hipótese que foi colocada com base na lógica da experiência de vida do ser humano que, há medida que passa por situações de crise, adquire mais estratégias de *coping*. Esta deverá ser validada em possíveis estudos posteriores como sendo ou não robusta.

Reportando-nos agora ao objetivo 1.2., verificamos que as diferenças entre pessoas com e sem DC se manifestaram ainda nas variáveis relativas ao estado emocional. Os testes *t* revelaram que as pessoas com DC apresentam maiores níveis médios de ansiedade, depressão e stresse, comparativamente a pessoas sem DC. Estes dados vão

ao encontro do modelo de stresse de Lazarus e Folkman (1966), segundo o qual a experiência de doença implica a avaliação cognitiva do diagnóstico como uma avaliação de um *stressor*. A doença, sendo percebida como um potencial dano para a integridade física e mental, pode implicar a vivência de sintomas psicopatológicos tais como ansiedade (pela antecipação relacionada com as adaptações a tratamentos, procedimentos médicos, integridade física), depressão (pela perda do estatuto saudável) e stresse (pelo desafio que a doença acarreta). Neste sentido, a adaptação a uma DC poderá revelar-se uma experiência de desgaste psicológico que coloca os sujeitos em vulnerabilidade emocional.

Finalmente, (objetivo 1.3 e 1.4) encontraram-se ainda diferenças relativamente ao CDP. Pessoas com DC revelam níveis de CDP mais baixos do que casais sem DC. Estes resultados podem ser explicados pela sobreposição dos dois tipos de stresse (stresse direto e indireto) propostos por Bodenmann (2005) em que um casal não só se vê afetado por uma situação stressante comum a ambos (caso da pandemia por COVID-19) como, ao mesmo tempo, apenas um dos cônjuges se vê ameaçado por um acontecimento stressante (caso da DC), mas em que a relação conjugal é afetada pelo comportamento e estado emocional do/a parceiro/a. A isto pode acrescer o chamado “processo de contaminação” (Neff & Karney, 2004) (ou *pile-up* de stresse [McCubbin & Patterson, 1983]) causado pelo impacto de *stressores* externos à pandemia (e.g., isolamento social, dificuldades financeiras) na relação do casal. Um desafio não normativo, como uma DC, poderá exigir, estratégias mais específicas e que, no contexto da doença, se tornem funcionais, como expetável e provado na literatura (cf. Mittinty et al., 2020; Bodenmann, 2005, 2006). Neste sentido, poderá estar ao alcance de pessoas sem DC o desenvolvimento de estratégias de CDP mais profícuas/eficazes, enquanto que pessoas com DC se confrontam com desafios não normativos, que envolvem estratégias diferentes. No entanto, de realçar que para a amostra total, houve uma correlação fortemente positiva entre o CDP e a qualidade relacional percebida, o que vai de encontro aos estudos realizados por Mittinty e colaboradores (2020) que demonstrou que quanto maior o suporte proporcionado pelo

cônjuge, maior é o bem-estar, menor é o stresse e melhor é o estado físico e psicológico (Mittinty et al., 2020).

No que concerne ao objetivo 2 que pretendeu avaliar o efeito preditivo de um conjunto de variáveis – idade, existência/inexistência de DC, os sete itens em separado do BIPQ (perceção das consequências, perceção da duração, perceção do controlo pessoal, perceção do controlo do tratamento, perceção da compreensão, perceção da compreensão, perceção da resposta emocional), CDP e qualidade relacional percebida – no estado emocional dos participantes, foram testados quatro modelos de MHR. No primeiro modelo, avaliou-se o poder preditor das variáveis existência/inexistência de DC, sete itens em separado do BIPQ, CDP e qualidade relacional percebida sobre a depressão. A variância explicada pelo modelo é de 23% e aponta para a variável da perceção da resposta emocional como sendo aquela que tem um efeito preditor mais elevado. Os resultados encontrados neste estudo revelam que mais do que a existência/inexistência de DC ou a perceção do controlo do tratamento é a perceção da resposta emocional (item 7 do BIPQ) que parece atenuar a sintomatologia depressiva. Esta hipótese não conseguimos discutir, pois foi formulada segundo uma hipótese lógica. Assim fica como um resultado que deverá ser validado noutros estudos como sendo ou não robusta. Os modelos seguintes, que avaliaram o efeito das mesmas variáveis na ansiedade e no stresse, apresentam resultados semelhantes. A variável da perceção da resposta emocional parece novamente revelar-se protetora contra a ansiedade e stress (23% e 33%, respetivamente). Esta é igualmente uma hipótese baseada numa hipótese lógica perante os resultados obtidos, pelo que deverá ser validada ou não em estudos futuros.

Finalmente, a perceção da resposta emocional é ainda o principal preditor de uma parte significativa (40%) da variância do bem-estar mental. Para avaliar o efeito preditor das variáveis idade, dos sete itens em separado do BIPQ, do CDP e da qualidade relacional percebida no bem-estar mental, realizou-se uma regressão hierárquica múltipla. Os resultados sugerem um modelo final onde a variável da perceção da resposta emocional explica a variância do bem-estar mental. Isto vai ao encontro das afirmações de Lazarus e

Folkman (1984) de que o stresse causado pela ameaça ao bem-estar mental gera uma resposta multidimensional que abarca vários aspetos, nomeadamente os emocionais e cognitivos.

Em suma, a perceção da resposta emocional e o CDP parecem representar não só um fator atenuador do risco de psicopatologia e sofrimento psicológico, mas um fator promotor do bem-estar mental, vitalidade e felicidade, tendo a DC um impacto negativo na vivência e resiliência como ficou demonstrado ao longo do presente estudo. De ressaltar que, ao contrário do expectável, as pessoas com DC não revelaram uma maior capacidade de adaptação à pandemia quando comparados com as pessoas sem DC prévia.

Conclusões, limitações e estudos futuros

O presente estudo apresentou como pontos fortes o tamanho da amostra, o facto de ser com indivíduos em relação íntima/conjugal e o uso de instrumentos psicometricamente robustos que permitem replicar estes dados. Como pontos fracos apontam-se o desequilíbrio entre as amostras – o número de participantes com DC é muito inferior aos sem doença, existência de poucos participantes homens e de pessoas infetadas por COVID-19 – bem como o facto de trabalharmos com a perceção de DC e não com um diagnóstico médico.

Quanto a estudos futuros, sugerem-se estudos pós-vacinação para entender se houve uma mudança na perceção da COVID-19 e do modo como ela afeta tanto a população em geral como as pessoas que padecem de DC's. Estas pessoas também poderiam ser estudadas numa amostra que fosse maior e mais equilibrada em comparação a pessoas sem DC, bem como promover estudos diádicos (i.e., com casais) retrospectivos de modo a se poder analisar as diferenças entre as várias fases da pandemia.

Por fim, este estudo apresenta como implicações clínicas o facto de as pessoas com DC serem sujeitos de risco do ponto de vista emocional, tal como se observa pelo facto de estas pessoas verem a perceção da duração da COVID-19 como superior quando comparadas com pessoas sem DC. Deste modo, carecem de uma maior atenção por parte

dos profissionais de saúde mental. Destaca-se, igualmente, o fator protetor que o CDP mostrou ter na qualidade da relação e da própria saúde mental para todos os indivíduos.

Referências

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica*. Quarteto.
- Almeida, M. R. R. D. (2021). *Casais em pandemia: O coping diádico como mediador na relação entre o impacto emocional da COVID-19 e a qualidade conjugal* (Master dissertation, Universidade de Coimbra).
- Apreciação da aplicação do estado de emergência, declarado pelo Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, Resolução da Assembleia da República nº 49/2020 (2020, 27 de julho) (Portugal). *Diário da República I Série*, (144/2020). <https://dre.pt/application/conteudo/138852741>
- Apreciação da aplicação do estado de emergência que vigorou entre 9 de novembro de 2020 e 30 de abril de 2021, declarado pelo Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020, de 6 de novembro, e sucessivamente renovado até 30 de abril de 2021, Resolução da Assembleia da República nº 246/2021 (2021, 17 de agosto) (Portugal). *Diário da República I Série*, (159/2021). <https://dre.pt/application/conteudo/169709473>
- 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* <https://doi.org/10.31234/osf.io/e3fh4>
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F.-Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 547–553. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: What is a chronic disease? *Frontiers in Public Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>

- Bodenmann, G., & Cina, A. (2006). Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed and separated/divorced swiss couples. *Journal of Divorce & Remarriage*, 44(1-2), 71–89. https://doi.org/10.1300/j087v44n01_04
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930–948. <https://doi.org/10.1111/jomf.12133>
- Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M. J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965–967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Coelho, Z. C. C. M. (2001). *Stress ocupacional nos profissionais de saúde: Estudo empírico em instituições privadas no norte do país* [BachelorThesis, [s.n.]]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/893>
- Costa, M. E., & Matos, P. M. (2007). *Abordagem sistémica do conflito*. Universidade Aberta.
- Crangle, C. J., Torbit, L. A., Ferguson, S. E., & Hart, T. L. (2019). Dyadic coping mediates the effects of attachment on quality of life among couples facing ovarian cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(4), 564–575. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00096-3>

- Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas* [Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/42437>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, (19), 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Donato, S., Parise, M., Pagani, A. F., Lanz, M., Regalia, C., Rosnati, R., & Iafrate, R. (2021). Together against COVID-19 concerns: The role of the dyadic coping process for partners' psychological well-being during the pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578395>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30073-0)
- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 11, 379–394. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000200014>
- 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. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i3.24>
- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality*

- and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340–354. <https://doi.org/10.1177/0146167200265007>
- Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. (2011). *Dicionário do português atual Houaiss*. Círculo de Leitores e Sociedade Houaiss-Edições Culturais Lda.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3–34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Klein, É. (2007). *O tempo de Galileu a Einstein* (E. Santos, Trad.). Caleidoscópio - Edição e Artes Gráficas, SA.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Mendes, M. L. d. S. (2004). *Mudanças familiares ao ritmo da doença: As implicações da doença crónica ao nível da família e do centro de saúde* [MasterThesis]. RepositóriUM – Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/953>
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. France-Amérique.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Artmed.
- Mittinty, M. M., Kindt, S., Mittinty, M. N., Bernardes, S., Cano, A., Verhofstadt, L., & Goubert, L. (2020). A dyadic perspective on coping and its effects on relationship quality and psychological distress in couples living with chronic pain: A longitudinal study. *Pain Medicine*, 21(2), Artigo e102-e113. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz267>
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 315–325. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2006000300003>

- Neff, L. A., & Karney, B. R. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 134–148. <https://doi.org/10.1177/0146167203255984>
- 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. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf>
- Pietrabissa, G., & Simpson, S. G. (2020). Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02201>
- Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2020). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0000714>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Afrontamento.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family process*, 26(2), 203-221.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 104(S11), 2584–2595. <https://doi.org/10.1002/cncr.21489>
- Rolland, J. S. (2020). COVID-19 pandemic: Applying a multisystemic lens. *Family Process*, 59(3), 922–936. <https://doi.org/10.1111/famp.12584>
- Saladino, V., Algeri, D., & Auriemma, V. (2020). The psychological and social impact of covid-19: New perspectives of well-being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577684>
- Santos, C. S. C. d. (2014). *Qualidade de vida e qualidade relacional: O contributo dos rituais familiares e da identificação familiar* [MasterThesis]. Estudo Geral – Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/28428>
- Shuman, R. (1996). *The psychology of chronic illness: The healing work of patients, therapists, and families*. Basic Books.

- Silva, I., & Jóluskin, G. (2021). Is relationship with pets associated with the health of portuguese adults? *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(01), 76-89. <https://doi.org/10.15309/21psd220108>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). Relacionamentos afetivos na literatura científica: Uma revisão integrativa sobre a noção de conjugalidade. *Psicologia para a América Latina*, (19). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2010000100009
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2014). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85–114. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12094>
- Vale, C. (2021). *Casais em tempo de pandemia: Análise diádica da vinculação, coping e stress conjugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/137606>
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V. J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3144.3242>
- Vedes, A., Nussbeck, F. W., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the dyadic coping inventory in portuguese. *Swiss Journal of Psychology*, 72(3), 149–157. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000108>
- Sousa, J. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*, 11, 41-47.

- Wagner, A. (2011). *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões*. Artmed.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Widmer, K., Cina, A., Charvoz, L., Shantinath, S., & Bodenmann, G. (2005). A model dyadic-coping intervention. In *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. (pp. 159–174). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-008>
- 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. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>