

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Cristina Moreira Simões

**CENTRALIDADE DO SURGIMENTO DA COVID-19 E  
DESENVOLVIMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
MEDO NA POPULAÇÃO GERAL:  
O PAPEL DA CONEXÃO SOCIAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-  
Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela  
Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, coorientada pelo Professor  
Doutor Carlos Carona e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências  
da Educação da Universidade de Coimbra.**

julho de 2022

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

**CENTRALIDADE DO SURGIMENTO DA COVID-19 E  
DESENVOLVIMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
MEDO NA POPULAÇÃO GERAL:  
O PAPEL DA CONEXÃO SOCIAL**

Ana Cristina Moreira Simões

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, coorientada pelo Professor Doutor Carlos Carona e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

julho de 2022

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pela exigência, competência e reforço ao longo do acompanhamento das diferentes etapas. Obrigada por todos os ensinamentos.

Ao Professor Doutor Carlos Carona, pela compreensão, exigência, incentivo e reforço permanentes. Obrigada por todo o acompanhamento e por torná-lo ainda mais interessante e didático.

À Dra. Catarina Vitorino, pela iniciação deste projeto e por toda a ajuda, simpatia e disponibilidade.

A todas as pessoas e Instituições que me ajudaram na recolha de amostra. Em especial à Doutora Sónia Silva, à Dóris e aos restantes funcionários da LPCC-NRC pela imensa ajuda nessa “missão”.

A todas as pessoas que Coimbra me deu e com quem me fui cruzando, e que foram tão importantes neste percurso. Muito obrigada por tudo!

Às minhas Madrinhas, Catarina e Ana, sem vocês toda esta caminhada teria sido muito mais difícil. Não tenho palavras para agradecer toda a ajuda, apoio e carinho. Obrigada por me terem acolhido e dado tanto.

À Andreia, por se ter tornado uma amiga incrível quando mais precisei, sempre disponível para ajudar e me ouvir. À Inês, por ser a minha “maninha” desde o início, por me ensinar tanto e estar sempre lá quando preciso. À Mariana, por toda a generosidade e disponibilidade, antes e depois do nosso estágio de verão no HP, do qual guardo tão boas memórias e aprendizagens.

Às minhas Colegas de grupo académico, pelo apoio e amizade.

À Vanessa, à Inês, à Nazaret, à Carina, à Mariana, à Bia e à Catarina, pela amizade e carinho incondicional. Obrigada por todos os momentos inesquecíveis vividos convosco durante estes 5 anos.

Aos meus Afilhados, pelo voto de confiança e amizade.

E a toda a minha Família de Praxe, pelos muitos momentos de alegria, descontração e apoio.

À minha Família, pelo apoio e incentivo em todo este percurso e por todas as experiências e valores que me passaram ao longo da vida.

Em especial à minha Mãe, por nunca me ter impedido de realizar o meu sonho, por me incentivar e ajudar constantemente, acreditando até ao fim que eu iria ser capaz, e pelo esforço para que o sonho se tornasse realidade. As palavras nunca serão suficientes para te agradecer.

## Resumo

**Introdução.** O surgimento da COVID-19 pode ter constituído um acontecimento traumático para a população, incitando o desenvolvimento de depressão e medo e contribuindo para a deterioração dos recursos pessoais. Por conseguinte, a diminuição da conexão social aumenta os níveis de depressão e medo. **Objetivos.** Este estudo avaliou diferenças na centralidade do acontecimento, na conexão social e nos níveis de sintomas depressiva e medo da COVID-19 entre grupos, assim como analisou as associações entre a centralidade do acontecimento, a conexão social, a sintomatologia depressiva e os níveis de medo e examinou o efeito direto e indireto, via conexão social, da centralidade do acontecimento nos níveis de sintomatologia depressiva e de medo. **Método.** A amostra foi constituída por 350 indivíduos. O desenho do estudo é transversal com componente retrospectiva, de metodologia quantitativa. A recolha da amostra foi *online* e os participantes completaram os seguintes instrumentos: a Ficha de Dados Sociodemográficos e de Saúde, a Escala da Centralidade do Acontecimento, a Escala de Medo da COVID-19, a Escala de Proximidade e Ligação aos Outros e a Escala Geral de Gravidade e Comprometimento da Depressão. **Resultados.** No modelo de mediação, níveis mais altos de centralidade do acontecimento foram associados a menor conexão social e a maiores níveis de depressão e níveis elevados de centralidade do acontecimento foram significativamente associados a maiores níveis de medo, mas a conexão social não se relacionou com os níveis de centralidade do acontecimento e de medo. **Conclusões.** Demonstrou-se assim que indivíduos com níveis mais elevados de centralidade do surgimento da COVID-19 tendem a experimentar menos conexão social, o que contribui para um aumento dos seus sintomas depressivos pré-existentes. Demonstrou-se também que indivíduos com níveis elevados de centralidade do surgimento da COVID-19 tendem a experienciar níveis de medo. Espera-se que esta investigação possa contribuir para a prevenção de problemas de saúde mental, no presente e no futuro.

**Palavras-chave:** centralidade do acontecimento, depressão, medo, conexão social, população geral

## Abstract

**Introduction.** The emergence of COVID-19 may have constituted a traumatic event for the population, inciting the development of depression and fear and contributing to the deterioration of personal resources. Consequently, decreased social connectness increases levels of depression and fear. **Objectives.** This study evaluated differences in event centrality, social connectness, and levels of COVID-19 depressive symptoms and fear between groups, as well as analyzing associations between event centrality, social connectness, depressive symptomatology, and fear levels and examined the direct and indirect effect, via social connection, of the centrality of the event on the levels of depressive symptomatology and fear. **Methods.** The sample consisted of 350 individuals. The study design is cross-sectional with a retrospective component, with a quantitative methodology. The sample was collected online and the participants completed the following instruments: the Sociodemographic and Health questionnaire, the Centrality of Event Scale, The Fear of COVID-19 Scale, The Social Safeness and Pleasure Scale, Proximity and Connection to Others Scale, and Overall Depression Severity and Impairment Scale. **Results.** In the mediation model, higher levels of event centrality were associated with lower social connectedness and higher levels of depression, and, higher levels of event centrality were significantly associated with higher levels of fear, but social connection was not related to event centrality and fear levels. **Conclusions.** It has thus been shown that individuals with higher levels of COVID-19 emergence centrality tend to experience less social connection, which contributes to an increase in their pre-existing depressive symptoms. It has also been shown that individuals with high levels of COVID-19 emergence centrality tend to experience levels of fear. It is hoped that this research can contribute to the prevention of mental health problems, now and in the future.

**Keywords:** centrality of event, depression, fear, social connectness, general population

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	3
<b>Resumo</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Introdução</b> .....	8
<b>Surgimento da Pandemia de COVID-19, Depressão e Medo</b> .....	8
<b>O papel da conexão social na adaptação à pandemia de COVID-19</b> .....	10
<b>O Presente Estudo</b> .....	11
<b>Método</b> .....	14
<b>Participantes</b> .....	14
<b>Procedimento</b> .....	16
<b>Instrumentos</b> .....	16
<b>Análise de dados</b> .....	19
<b>Resultados</b> .....	21
<b>Diferenças entre grupos</b> .....	21
<b>Associações entre variáveis</b> .....	23
<b>Modelo de Mediação</b> .....	24
<b>Discussão</b> .....	26
<b>Diferenças entre grupos</b> .....	26
<b>Associações entre variáveis</b> .....	28
<b>Modelo de Mediação</b> .....	28
<b>Limitações, contributos e implicações clínicas</b> .....	29
<b>Reconhecimentos</b> .....	32
<b>Declarações</b> .....	32
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	33



## Introdução

Com o aparecimento do novo Coronavírus (COVID-19) a vida da população mundial foi drasticamente impactada, não só pelos riscos diretos do vírus para a saúde física, como também em termos do aumento do sofrimento emocional (Brooks et al., 2020). O surgimento da COVID-19 pode ter sido interpretado de forma traumática, o que vulnerabiliza o sujeito a sintomatologia psicológica (e.g., depressão), diminuindo os seus recursos sociais pessoais (Bridgland e colaboradores, 2021; Kira et al., 2021). Perante essa pandemia foi essencial diminuir as interações sociais, com vista a diminuir possíveis “cadeias” de contágio (Brooks et al., 2020). Todavia, o isolamento social levou ao aumento do número de problemas mentais (Luo et al., 2021), através de mecanismos que têm sido largamente negligenciados na investigação realizada até ao momento.

### **Surgimento da Pandemia de COVID-19, Depressão e Medo**

Segundo Lazarus e Folkman (1984), os efeitos nefastos dos indutores de stresse podem ser mediados por recursos internos (e.g., competências individuais de resiliência), por recursos externos (e.g., relações sociais) e por processos de *coping* e de avaliação. Carlson e Dalenberg (2000) argumentaram que um evento será traumatizante para o indivíduo se se tratar de algo inesperado, se o indivíduo sentir falta de controlo sobre o mesmo e, se o acontecimento tiver uma valência negativa forte para o sujeito. Bridgland e colaboradores (2021) constataram que sintomas semelhantes a Perturbação Pós-Stresse Traumático (PPST) eram prevalentes em eventos que ainda não tinham ocorrido, tanto quando os participantes eram expostos diretamente à COVID-19 (e.g., em contacto com o vírus) como indiretamente (e.g., através dos meios de comunicação social), o que poderá exacerbar problemas de saúde mental pré-existentes ou facilitar o seu surgimento (e.g., ansiedade, depressão). O stresse traumático contínuo, proveniente da existência do vírus, requer tentativas duradouras de lidar com indutores de stresse crónicos (e.g., viver em permanente medo de ser infetado), que poderão esgotar as capacidades de *coping* do indivíduo, enquanto submetido constante ou continuamente à ameaça (Kira et al., 2021; Lahav, 2020).

Relativamente à cronicidade de indutores de stresse, pode dizer-se que os efeitos dos mesmos serão mais abrangentes, provocando mudanças em várias áreas de vida (e.g., meio laboral), incluindo nas expectativas para o futuro e em relacionamentos interpessoais (Pearlin et al., 1981). Os indutores de stresse crónicos também implicam a sua prevalência no futuro, o

que obriga à realização de adaptações ao longo do ciclo de vida do sujeito, concluindo-se assim que o stress crónico pode ser diferenciado de outros grandes acontecimentos da vida ou imprevistos quotidianos, em termos de alcance e impacto prevalente no tempo (Quittner et al., 1990). Segundo a Teoria da Centralidade do Acontecimento, as pessoas variam na amplitude em que um acontecimento emocional negativo intenso se torna nuclear para a sua identidade, história pessoal e visão do mundo, e essas disparidades estão relacionadas com a gravidade dos sintomas de perturbações traumáticas. Especificamente, os acontecimentos emocionais marcantes estão mais acessíveis na memória, tornando-se pontos de referência para a ordenação mnésica das ocorrências (Berntsen & Rubin, 2006, 2007). Assim, as memórias traumáticas e de eventos stressantes são, geralmente, eficientemente bem recordadas quando comparadas a outros eventos autobiográficos (Rubin et al., 2004).

A depressão é composta por sintomas, tais como: mudança no humor, com a presença de tristeza, solidão e apatia; autoconceito negativo; desejo de fuga, isolamento ou morte; alterações vegetativas; alteração no nível de atividade (Beck & Alford, 2009). As relações entre stress, ansiedade e depressão têm sido documentadas ao longo do tempo, estando a ansiedade e o stress muitas vezes associados à origem da depressão (Rodríguez-Hidalgo et al., 2020). No entanto, existe pouco conhecimento acerca do papel das experiências relacionadas à COVID-19 no desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

O medo é um processo cognitivo denominado pela avaliação de um perigo presente ou possível no futuro, e a ansiedade é uma resposta evolucionária complexa à avaliação de uma ameaça, possuindo como componentes os níveis: vegetativo, motor e cognitivo (Clark & Beck, 2016). Constatou-se que o medo relacionado com a COVID-19 está associado à ansiedade e ao stress e, em menor percentagem, à depressão (Tzur Bitan et al., 2020). A ansiedade proveniente do contexto pandémico era sustentada pelo medo da infeção e pelo medo das consequências sintomáticas que poderiam surgir (Ahorsu et al., 2020; Yuen et al., 2020). Na investigação de Yasin (2020), constatou-se que os medos mais relatados perante a COVID-19 eram: medo do vírus (e.g., a doença, não receber tratamento, infetar familiares), medo de perdas sociais (e.g., familiares, emprego), medo do isolamento (e.g., ficar muito tempo em casa), medo associado à religião, provavelmente justificado pela cultura do país envolvido no estudo (e.g., vida após a morte), medo da morte (e.g., medo de morrer, medo da morte dos outros, medo de morrer antes de atingir os seus objetivos e ter uma morte dolorosa), medo das consequências do vírus em termos práticos (e.g., para o país) e medo das consequências psicológicas (e.g., impotência, incerteza, stress, depressão, ansiedade pelo aumento da mortalidade). Uma

particularidade das doenças infecciosas transmissíveis em comparação com outras condições é o medo de contágio, devido à sua velocidade de contágio (rápida) e forma de transmissão (invisível), bem como à sua morbidade e mortalidade (Ahorsu et al., 2020). No caso da COVID-19, idosos e indivíduos com historial de doença crónica estariam em maior risco de mortalidade, e até ao momento existiam poucos estudos científicos focados na ocorrência ou prevalência de sequelas de longo prazo associadas ao coronavírus (Grendene et al., 2021). Na sua fase inicial sabia-se que a COVID-19 levava a complicações graves (e.g., insuficiência renal), todas associadas a alta taxa de mortalidade (Allegrante et al., 2020). O medo de doenças infecciosas é bastante diferente daquele criado por outro tipo de doenças, devido às adaptações psicológicas e comportamentais ajustadas pela seleção natural, em que o meio favoreceu a evolução de um sistema imunológico comportamental, onde está envolvido a repulsa e o medo, separado, mas complementar ao sistema imunológico fisiológico (Troisi, 2020). Os estudos com a população geral são diminutos e as investigações com a variável “medo” insuficientes (Yasin, 2020).

### **O papel da conexão social na adaptação à pandemia de COVID-19**

A conexão social é definida como o sentimento de pertença e vínculo psicológico subjetivo em relação a indivíduos e grupos de outros (Haslam et al., 2015). A conexão social engloba compaixão e segurança social, constituindo-se como uma forma pela qual os seres humanos têm lidado com eventos ameaçadores de larga escala ao longo do tempo, e um dos maiores indutores de stresse existentes durante a pandemia foi o isolamento social e a solidão (Matos et al., 2021). Estudos anteriores comprovaram que a conexão social pode atenuar o impacto negativo da pandemia na saúde física e mental e promover a resiliência (Nitschke et al., 2020; Saltzman et al., 2020). Sentimentos de conexão social e segurança parecem estar ligados ao sistema de regulação do afeto de contentamento, *soothing* e segurança social, tendo as maiores correlações negativas com depressão, ansiedade e stresse (Gilbert, 2015). A conexão social engloba motivos e comportamentos afiliativos enquadráveis nos modelos do apoio social em psicologia clínica e saúde.

O conceito de apoio social consiste em ter disponíveis pessoas a quem se pode recorrer em situações de maior necessidade (Rohall et al., 2014). Segundo Cohen & Wills (1985), o apoio social é um fator protetor contra as consequências negativas de sofrimento psicológico e físico. De igual forma, tem sido sugerido que uma perceção positiva de apoio social age como uma atenuante do stresse, incitando a saúde e o bem-estar, estimulando recursos psicológicos

no contexto de ambientes externos com altos níveis de stresse (Cohen & McKay, 1984). É expectável que os motivos e emoções pró-sociais criem contextos de saúde, isto porque relacionamentos de apoio e afiliação oferecem vantagens para a reprodução e sobrevivência, ao prevenir sintomas psicológicos e ao regular o processamento de ameaças (Gilbert, 2015). A imposição de limitações exteriores no estabelecimento autodeterminado de contactos interpessoais pode causar frustração (Norris & Kaniasty, 1996). Marroquín e colaboradores (2020) mostraram que a falta de oportunidades de contacto social, devido às imposições de distanciamento social, estava associada ao aumento de problemas de saúde mental, mesmo com valores elevados de apoio social percebido. Segundo o modelo da deterioração do apoio (Hobfoll & Lerman, 1988; Lin & Ensel, 1984), acontecimentos indutores de stresse crónico e/ou estigmatizantes podem esgotar os recursos sociais, provocando respostas inadequadas ou de evitamento nos membros de um grupo, levando assim a percepções mais negativas do apoio disponível, que, por conseguinte, aumentam os sintomas psicológicos (e.g., depressão). No contexto de acontecimentos indutores de stresse crónico e/ou estigmatizantes, a disponibilidade de apoio nem sempre corresponde à necessidade da assistência, o que significa que os recursos sociais (e.g., conexão social) sofrem desgaste e rutura ao longo do processo de *coping* (Hobfoll & Lerman, 1988; Lin & Ensel, 1984). O apoio social percebido tem sido associado ao desenvolvimento de recursos internos, à redução do impacto negativo do stresse na saúde e ao desenvolvimento da resiliência e do crescimento pessoal (Cohen & Wills, 1985). Quando acontecimentos indutores de stresse crónico se tornam de “grande escala” e prolongados no tempo, é possível detetar um efeito mediador com a conexão social (Quittner et al., 1990).

## **O Presente Estudo**

De uma forma geral, esta investigação pretende avaliar a forma como a centralidade do acontecimento se relaciona com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e medo na população geral adulta, examinando o efeito mediador da conexão social nessa associação. Assim, o presente estudo contemplou os seguintes objetivos: (1) avaliar diferenças na centralidade do acontecimento, na conexão social e nos níveis de sintomatologia depressiva e medo da COVID-19 entre grupos etários, géneros, níveis socioeconómicos, local de residência, história psiquiátrica, grupo de risco, história de infeção e realização de isolamento profilático; (2) analisar as associações entre a centralidade do acontecimento, a conexão social, a sintomatologia depressiva e os níveis de medo; e (3) examinar o efeito direto

e indireto, via conexão social, da centralidade do acontecimento nos níveis de sintomatologia depressiva e de medo.

Em concordância com a revisão de literatura efetuada, foram respetivamente propostas as seguintes hipóteses: o grupo etário “menos de 45” anos apresente maiores níveis de medo e sintomas depressivos, pois apesar de o avanço na idade aumentar o risco de infeção e mortalidade pela COVID-19 os resultados de diversos estudos indicam que durante a pandemia os níveis de ansiedade, depressão e stresse são significativamente maiores entre os 21 e 40 anos (Salari et al., 2020); que o grupo etário “45 ou mais” apresente maior conexão social em comparação com o grupo “menos de 45”. Os adultos “mais velhos” priorizam os objetivos emocionalmente consideráveis devido a uma perspetiva temporal (Carstensen & Fredrickson, 1998); as mulheres apresentem maiores valores de sintomas depressivos e medo, e assim mais sintomatologia traumática relacionada com o surgimento da COVID-19. Em estudos recentes, a prevalência de ansiedade, depressão e stresse durante a pandemia mostrou ser maior em mulheres do que em homens (e.g., Liu et al., 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Wang et al., 2020); o nível socioeconómico (NSE) “baixo/médio” apresente níveis de medo e sintomas depressivos mais altos, comparativamente ao nível “elevado”. O NSE baixo tem sido associado a problemas de saúde mental autorrelatados (e.g., depressão, ansiedade) (Salami & Walker, 2014); a população pertencente ao meio rural apresente mais sintomas depressivos e medo do que a população residente em meio urbano. Viver em meio rural é um fator de risco para sintomatologia psicológica negativa (Guo et al., 2021; Rajkumar, 2020); os indivíduos com história psiquiátrica prévia apresentem mais sintomas depressivos e medo. Com o decorrer da propagação do vírus esperava-se que o seu impacto sobre pessoas com doença mental prévia fosse significativo, pois a maioria das doenças mentais tem uma associação significativa com o stresse (Chatterjee et al., 2020); quem pertence ao grupo de risco apresente maiores níveis de depressão e medo. Estudos têm demonstrado que existe uma associação entre a história médica prévia e o aumento da ansiedade e depressão causado pela COVID-19 (Mazza et al., 2020); quem apresente história de infeção prévia exiba maiores valores de depressão e medo. Apresentar história de infeção prévia é um fator que aumenta o risco de desenvolver *distress* psicológico (Abuhamdah et al., 2021); a relação entre história de infeção e conexão social não foi diretamente encontrada na literatura. Contudo, é possível encontrar estudos que relacionam a conexão social com a severidade da infeção e com o tempo de diagnóstico (e.g., Yan et al., 2021); quem esteve em isolamento profilático apresente mais sintomas depressivos e medo. O

grupo de indivíduos que fez o isolamento apresenta maiores valores de sintomas depressivos e ansiedade em comparação com grupos que não o realizou (Lei et al., 2020).

Espera-se que quanto maior for a centralidade do surgimento da COVID-19 para o sujeito, maiores serão os sintomas depressivos e o medo, pois o surgimento da COVID-19 pode ter sido interpretado de forma traumática, o que vulnerabiliza o sujeito a sintomatologia psicológica (e.g., depressão, medo) (Bridgland e colaboradores, 2021; Kira et al., 2021); Também é esperado que quanto maior for a centralidade do acontecimento para o sujeito menor seja a sua conexão social, pois segundo o modelo da deterioração do apoio (Hobfoll & Lerman, 1988; Lin & Ensel, 1984), quanto maior o impacto do acontecimento indutor de stresse, menor será a ligação afetiva aos outros; baixos valores de apoio social percebido e/ou recebido estarão relacionados a maiores valores de depressão e medo, e vice-versa (Mahamid et al., 2021).

Por fim, será possível detetar um efeito indireto entre a relação da centralidade do acontecimento com os sintomas depressivos e com o medo, pois quando acontecimentos indutores de stresse crónico se tornam de “grande escala” e prolongados no tempo, é possível detetar um efeito mediador com a conexão social (Quittner et al., 1990).

## Método

### Participantes

Foi obtida uma amostra de conveniência com 350 participantes, proveniente da população geral, entre as faixas etárias 18 anos e 77 anos ( $M = 37.14$ ,  $DP = 13.722$ ). As características sociodemográficas e clínicas da amostra são apresentadas no Quadro 1 e no Quadro 2, respetivamente.

A maioria dos participantes tinha menos de 45 anos ( $n = 238$ , 68%) e era do género feminino ( $n = 296$ , 84.6%). Quanto ao estado civil, 49.4% dos indivíduos eram solteiros ( $n = 173$ ), 39.7% eram casados ou em união de facto ( $n = 139$ ), 9.7% eram divorciados ou separados ( $n = 34$ ) e 1.1% eram viúvos ( $n = 4$ ). Em relação ao grau de escolaridade, 51.4% eram licenciados ( $n = 180$ ), 25.7% possuíam mestrado ( $n = 90$ ), 16.9% tinham o ensino secundário completo ( $n = 59$ ), 3.1% tinham o doutoramento ( $n = 11$ ), 1.4% tinham o ensino básico completo ( $n = 5$ ) e 0.3% não tinha escolaridade ( $n = 1$ ). Relativamente ao NSE, conforme classificação de Simões (1994), a maioria dos participantes tinha um NSE médio-elevado ( $n = 279$ , 79.7%). Quanto ao local de residência, a maioria dos participantes residia em meio urbano ( $n = 243$ , 69.4%). A maioria dos indivíduos referiu ter história psiquiátrica ( $n = 184$ , 52.6%), não pertencer ao grupo de risco ( $n = 294$ , 84%), não ter sido diagnosticado com a COVID-19 ( $n = 300$ , 85.7%) e não ter realizado isolamento profilático ( $n = 214$ , 61.1%).

**Quadro 1.** *Características Sociodemográficas da Amostra*

		<i>N</i>	%
<b>Idade</b>	Menos de 45	238	68
	45 ou mais	112	32
<b>Género</b>	Feminino	296	84.6
	Masculino	51	14.6
<b>Estado Civil</b>	Solteiro/a	173	49.4
	Casado/a/ Em união de facto	139	39.7
	Divorciado/a/Separado/a	34	9.7
	Viúvo/a	4	1.1
<b>Grau de Escolaridade</b>	Sem Escolaridade	1	0.3
	Ensino Básico	5	1.4

	Ensino Secundário	59	16.9
	Licenciatura	180	51.4
	Mestrado	90	25.7
	Doutoramento	11	3.1
<b>Nível Socioeconómico (NSE)</b>	Baixo	71	20.3
	Médio-Elevado	279	79.7
<b>Situação Profissional</b>	Em regime de teletrabalho	18	5.1
	Em regime de trabalho presencial	187	53.4
	Reformado/a	11	3.1
	Em regime misto	36	10.3
	Desempregado/a	21	6.0
	Estudante	62	17.7
<b>Local de Residência</b>	Meio Urbano	243	69.4
	Meio Rural	107	30.6

## Quadro 2. Caracterização Clínica da amostra

		<i>N</i>	%
<b>Já alguma vez recorreu a serviços de Psiquiatria/Psicologia devido a problemas psicológicos/emocionais?</b>	Sim	184	52.6
	Não	166	47.4
<b>Integra o grupo de risco para a COVID-19?</b>	Sim	56	16
	Não	294	84
<b>Foi diagnosticado/a com COVID-19?</b>	Sim	50	14.3
	Não	300	85.7
<b>Esteve em isolamento profilático?</b>	Sim	136	38.9
	Não	214	61.1



## Procedimento

Nesta investigação o processo de amostragem foi não-probabilístico, baseado numa amostra de conveniência obtida pelo método “bola de neve”, que consiste na perpetuação da investigação a contactos diretos por via eletrónica, fazendo com que os últimos que a recebem efetuem a mesma ação, originando a distribuição da mesma por um grande número de pessoas (Etikan et al., 2015), na população geral com 18 ou mais anos, tendo sido recolhida no âmbito do projeto de investigação “*Scared&Caring: Large-scale, longitudinal documentation of the impact of COVID-19 on mental health and wellbeing across Portuguese nurses and their families*”. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Seguiram-se todos os procedimentos de acordo com os padrões éticos do comité de investigação institucional e com a Declaração de Helsínquia e as suas emendas posteriores relacionadas a investigações que englobam participantes humanos (World Medical Association, 2013). O protocolo de avaliação foi fornecido aos participantes através da plataforma LimeSurvey®. Foram utilizados como fontes de pedidos de colaboração e de divulgação uma *mailing list* com contactos dos investigadores, contactos pessoais diretos por parte dos investigadores, divulgações realizadas em Redes Sociais, (e.g., Facebook®, Instagram®) e o contacto de Instituições e Entidades específicas (e.g., Festival Mental, Liga Portuguesa Contra o Cancro – NRC, APCC, Cruz Vermelha Portuguesa, Caritas Diocesana de Coimbra). A recolha de amostra decorreu entre setembro de 2021 e maio de 2022. Foram três os critérios de inclusão para participar deste estudo: a) Ter pelo menos 18 anos; b) Saber ler e compreender português; c) Ter um computador/tablet/smartphone e ter acesso a *internet* em casa. Os dados foram recolhidos através de instrumentos de avaliação de autorresposta, validados para a população portuguesa, disponibilizados em formato *online*. A participação foi voluntária, com a existência de consentimento esclarecido e informado, encontrando-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados permanentemente salvaguardados. Não foi atribuída qualquer tipo de recompensa aos participantes do estudo.

## Instrumentos

Os instrumentos utilizados na presente investigação foram: a Ficha de Dados Sociodemográficos e de Saúde, a *Escala da Centralidade do Acontecimento*, (Berntsen & Rubin, 2006; Matos & Pinto-Gouveia, 2010), a *Escala de Medo da COVID-19* (Ahorsu et al.,

2020), a *Escala de Proximidade e Ligação aos Outros* (Dinis et al., no prelo; Gilbert et al., 2009) e a *Escala Geral de Gravidade e Comprometimento da Depressão* (Bentley et al., 2014).

A *Ficha de Dados Sociodemográficos*, desenvolvida no contexto deste projeto/estudo, avalia os seguintes aspetos: Idade, Género, Estado Civil, Grau de Escolaridade, Situação Profissional, Profissão, Local de Residência, Número de Elementos do Agregado Familiar, Número de Dependentes a Cargo e outros relacionados com dados de saúde psicológica (e.g., “Já alguma vez recorreu a serviços de Psiquiatria/Psicologia devido a problemas psicológicos/emocionais?”).

A *Ficha de Dados de Saúde*, igualmente desenvolvida no contexto deste projeto/estudo que avalia a exposição à COVID-19, cujas respostas poderão ser “Sim” ou “Não” (e.g., “Integra o grupo de risco para a COVID-19?”; “Foi diagnosticado/a com COVID-19?”; “Esteve em isolamento profilático?”).

A *Escala da Centralidade do Acontecimento*, (Berntsen & Rubin, 2006; Matos & Pinto-Gouveia, 2010) visa medir até que ponto a memória de um acontecimento indutor de stresse representa um ponto de referência principal para a identidade própria e atribuição de significado a outras experiências. Esta escala foca-se, sobretudo, na integração da memória traumática na história de vida e autoconceito do indivíduo. A referida escala avalia três funções sobrepostas e interdependentes destas memórias pessoais, ou seja, de que forma a memória traumática se torna: um marco de referência para inferências quotidianas; um marco de mudança na sua história de vida; um elemento central da identidade própria (Berntsen & Rubin, 2006, 2007). A escala apresenta correlações moderadas com a gravidade dos sintomas de PPST ( $\alpha = .38$ ) e correlações fracas com depressão ( $\alpha = .23$ ). Este instrumento de autorresposta inclui 20 itens (e.g., “Este acontecimento tornou-se num ponto de referência na forma como eu me percebo a mim e ao mundo”), cada um cotado numa escala de Likert variando de  $1 = \text{Discordo totalmente}$  a  $5 = \text{Concordo totalmente}$  (Berntsen & Rubin, 2006). A escala revelou um bom índice de consistência interna ( $\alpha = .94$ ) (Berntsen & Rubin, 2006). Na versão portuguesa (Matos & Pinto-Gouveia, 2010), o alfa de Cronbach revela uma ótima consistência interna ( $\alpha = .96$ ). Neste estudo revelou um resultado semelhante ( $\alpha = .95$ ).

A *Escala de Medo da COVID-19* (Ahorsu et al., 2020) é um instrumento de autorresposta de sete itens (e.g., “Tenho medo de perder a minha vida por causa da COVID-19”), com propriedades psicométricas robustas no seu estudo original, sendo assim confiável e válida para avaliar o medo de COVID-19 na população. Os participantes indicam o seu grau

de concordância com as afirmações por meio de uma escala do tipo Likert de cinco itens variando de 1 = “discordo totalmente” a 5 = “concordo totalmente”. A pontuação mínima possível para cada questão é 1 e a máxima é 5. A pontuação total é calculada somando a pontuação de cada item (variando de 7 a 35). Quanto maior a pontuação, maior o medo da COVID-19. No estudo original, o instrumento revelou boa consistência interna ( $\alpha = .82$ ). No presente estudo a sua consistência interna revelou-se igualmente ótima ( $\alpha = .85$ ).

A *Escala de Proximidade e Ligação aos Outros* (Dinis et al., no prelo; Gilbert et al., 2009) é um instrumento de autorresposta que mede o grau em que os indivíduos experienciam segurança, aceitação, prazer, intimidade, conexão e proximidade nas suas relações interpessoais. O instrumento é composto por onze itens (e.g., “Sinto-me satisfeito/a nas minhas relações com as outras pessoas”) e apresenta um formato de resposta tipo Likert variando de 1 = “Quase nunca” a 5 = “Quase sempre”. O estudo da consistência interna revelou um valor de alfa de Cronbach de .91 na versão original. Na versão portuguesa (Dinis et al., no prelo) obteve-se .93 como valor de alfa de Cronbach. Neste estudo a consistência interna revelou-se semelhante ( $\alpha = .94$ ).

A *Escala Geral de Gravidade e Interferência/Disfunção da Depressão* (Bentley et al., 2014) é uma medida contínua de 5 itens criada para uso em perturbações de humor heterogêneas e com sintomas depressivos não-explícitos, mas subentendidos. Possui um item referente à frequência de depressão (e.g., “Durante a última semana, com que frequência se sentiu deprimido/a?”), outro relativo à intensidade da depressão, um outro medindo a interferência no trabalho ou na escola, um avaliando a interferência na vida social e nos relacionamentos, e um item que avalia o comprometimento devido à perda de interesse relacionada à depressão e dificuldade em se envolver em atividades. As instruções incluem o período de tempo “na última semana”, e os entrevistados são solicitados a escolher uma das cinco opções de resposta diferentes (codificadas de 0 a 4) para cada item. Pontuações mais altas são indicativas de maior gravidade e comprometimento associados à depressão. Relativamente aos seus dados psicométricos, todas as amostras mostraram uma excelente consistência interna: na amostra de doentes em ambulatório ( $\alpha = .94$ ), na amostra de estudantes ( $\alpha = .91$ ) e na amostra comunitária geral ( $\alpha = .92$ ). No presente estudo a sua consistência interna revelou-se ótima ( $\alpha = .95$ ).

## Análise de dados

O desenho do presente estudo é transversal com componente retrospectiva, de metodologia quantitativa. A análise dos dados foi efetuada com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25; IBM SPSS) assim como pela ferramenta computacional PROCESS (versão 4.1) com o objetivo de efetuar análises de mediação. Utilizou-se adicionalmente o programa computacional G`POWER (versão 3.1) para determinar a priori a dimensão da amostra a recolher; assim, para deteção de efeitos pequenos ( $f^2 \geq 0.05$ ; Cohen, 1988) em análises baseadas em modelos de regressão linear múltipla, foi estimada a necessidade de uma amostra mínima de 312 sujeitos.

A distribuição dos participantes por grupos em relação à Idade foi baseada no estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006). O NSE foi determinado usando um sistema de classificação baseado na profissão dos indivíduos e no nível educacional (Simões, 1994), tendo sido realizada e discutida até concordância total por dois investigadores.

A consistência interna foi medida através do cálculo de seus *alfas de Cronbach*, que foram classificados como: minimamente aceitável ( $\geq .65$ ), aceitável ( $\geq .70$ ) e ótimo ( $\geq .80$ ) (DeVellis, 1991; Nunally & Bernstein, 1994).

Adicionalmente, estatísticas descritivas foram obtidas para as variáveis clínicas e sociodemográficas. Foram realizados testes *t* de Student para avaliar as diferenças entre grupos. Foi calculado o tamanho do efeito (*d* de Cohen) na análise das diferenças entre grupos através do sítio "Effect size calculator (Cohen's *d*) for T-test," (n.d.), considerando  $d = 0.20$  um efeito baixo,  $d = 0.50$  um efeito moderado e  $d = 0.80$  um efeito elevado (Cohen, 1988). Foram calculados coeficientes de correlação de Pearson para avaliar associações entre as variáveis, de acordo com os seguintes parâmetros:  $\pm .10 - \pm .29$  (fraco);  $\pm .30 - \pm .49$  (moderado); e  $\pm .50 - \pm 1$  (forte) (Cohen, 1988).

Colocou-se a hipótese da existência de efeitos indiretos por via de um mediador (conexão social) sobre a relação da centralidade do surgimento da COVID-19 com a depressão e o medo. Por conseguinte, realizou-se a análise de mediação com recurso à ferramenta PROCESS, calculando-se os efeitos totais, diretos e indiretos. Todas as análises do PROCESS foram executadas através de uma macro SPSS, com 5000 amostras *bootstrap*, para um intervalo de confiança de 95% (Hayes, 2012). Um efeito indireto está presente se o valor zero não for incluído no intervalo de confiança.

Os tamanhos de efeito foram baseados nos valores de  $R^2$  (Cohen, 1992), e interpretados como pequeno ( $R^2 \geq .02$ ), médio ( $R^2 \geq .13$ ) e grande ( $R^2 \geq .26$ ).

Para o modelo em análise, foram inseridas covariáveis, devido às suas associações significativas com as variáveis de desfecho, sendo que para a variável Sintomas Depressivos se inseriu a Idade, o NSE e a História Psiquiátrica/Psicológica, e para a variável Medo inseriu-se o Género, o NSE e o Grupo de Risco, para assim levar em conta a variabilidade adicional nessas variáveis (tal como recomendado por Tabachnik & Fidell, 2007).

De acordo com o guião de comandos, o modelo de mediação simples hipotetizado neste estudo foi representado pelo “modelo 4”, em que “X” corresponde à Centralidade do Acontecimento, “Y” a Sintomas Depressivos e ao Medo, e “M” à Conexão Social.

## Resultados

### Diferenças entre grupos

As comparações entre grupos encontram-se representadas no Quadro 3.

Em relação à idade, observaram-se diferenças de magnitude moderada com a conexão social ( $t = -2.58$ ,  $p = .010$ ,  $d$  de Cohen = 0.30) e diferenças de magnitude elevada com a depressão ( $t = 4.636$ ,  $p = .000$ ,  $d$  de Cohen = 0.55). Assim, indivíduos com 45 ou mais anos apresentaram maiores níveis de conexão social ( $M = 42.90$ ,  $DP = 8.19$ ) em comparação com o grupo de menos de 45 anos ( $M = 40.18$ ,  $DP = 9.64$ ), e indivíduos com menos de 45 anos apresentaram maiores níveis de depressão em comparação com o grupo de 45 ou mais ( $M = 5.03$ ,  $DP = 4.67$ ;  $M = 2.70$ ,  $DP = 3.70$ , respetivamente). Quanto ao género verificaram-se diferenças de magnitude moderada com a depressão ( $t = 1.911$ ,  $p = .057$ ,  $d$  de Cohen = 0.30) e com o medo ( $t = 2.626$ ,  $p = .009$ ,  $d$  de Cohen = 0.44). Este facto significa que o género feminino demonstrou maiores valores de depressão ( $M = 4.43$ ,  $DP = 4.53$ ) e de medo ( $M = 14.75$ ,  $DP = 5.48$ ), em comparação com o género masculino ( $M = 3.14$ ,  $DP = 3.94$ ;  $M = 12.65$ ,  $DP = 4.00$ , níveis de depressão e medo, respetivamente). Relativamente ao NSE, observaram-se diferenças de magnitude moderada quanto à centralidade do acontecimento ( $t = 3.05$ ,  $p = .002$ ,  $d$  de Cohen = 0.39), à depressão ( $t = 2.347$ ,  $p = .020$ ,  $d$  de Cohen = 0.31) e ao medo ( $t = 2.520$ ,  $p = .012$ ,  $d$  de Cohen = 0.32). Este resultado significa que os indivíduos que possuíam um NSE médio-elevado apresentaram menores níveis de centralidade do acontecimento ( $M = 51.73$ ,  $DP = 16.77$ ), de depressão ( $M = 4.00$ ,  $DP = 4.46$ ) e de medo ( $M = 14.09$ ,  $DP = 5.05$ ) em comparação com os níveis de centralidade do acontecimento ( $M = 58.73$ ,  $DP = 19.04$ ), depressão ( $M = 5.39$ ,  $DP = 4.57$ ) e medo ( $M = 15.86$ ,  $DP = 6.07$ ) do NSE baixo. O local de residência e o medo ( $t = -2.189$ ,  $p = .029$ ,  $d$  de Cohen = 0.24) mostraram diferenças de magnitude moderada. Assim sendo, residentes do meio rural apresentaram maiores níveis de medo em comparação com os residentes de meio urbano ( $M = 15.38$ ,  $DP = 5.92$ ;  $M = 14.04$ ,  $DP = 4.98$ , respetivamente). Quanto à história psiquiátrica, verificam-se diferenças de magnitude moderada com a conexão social ( $t = -3.173$ ,  $p = .002$ ,  $d$  de Cohen = 0.34) e diferenças de magnitude elevada com a depressão ( $t = 5.229$ ,  $p = .000$ ,  $d$  de Cohen = 0.56). Posto isto, os sujeitos que não possuíam história psiquiátrica prévia reportavam maiores valores de conexão social ( $M = 42.69$ ,  $DP = 8.66$ ) em comparação com os opositores ( $M = 39.58$ ,  $DP = 9.59$ ), e os sujeitos com história psiquiátrica reportavam maiores sintomas depressivos do que os sujeitos sem história psiquiátrica ( $M = 5.43$ ,  $DP = 4.76$ ;  $M = 3.00$ ,  $DP = 3.85$ , respetivamente). Seguidamente, o

grupo de risco e o medo mostraram diferenças de magnitude moderada ( $t = 2.932$ ,  $p = .004$ ,  $d$  de Cohen = 0.40). Assim, os indivíduos pertencentes ao grupo de risco, apresentaram maiores valores de medo em comparação com o seu grupo opositor ( $M = 16.34$ ,  $DP = 6.19$ ;  $M = 14.09$ ,  $DP = 5.06$ , respetivamente). Quanto à história de infeção, observou-se diferenças de magnitude moderada quanto à conexão social ( $t = 1.841$ ,  $p = .066$ ,  $d$  de Cohen = 0.30). Este resultado significa que sujeitos com histórico de infeção afirmativo possuíam valores mais acentuados de conexão social em comparação aqueles que nunca teriam sido infetados ( $M = 43.28$ ,  $DP = 9.41$ ;  $M = 40.68$ ,  $DP = 9.22$ , respetivamente).

Os resultados observados não evidenciaram diferenças nos níveis de centralidade do acontecimento, conexão social, sintomatologia depressiva e medo, entre as pessoas que estiveram em isolamento profilático e aquelas que não foram alvo dessa medida.

**Quadro 3.** *Diferenças na Centralidade do Acontecimento, na Conexão Social e nos Níveis de Sintomatologia Depressiva e Medo da COVID-19*

		<b>N</b>	<b>M (DP)</b>	<b>T</b>	<b>p</b>	<b>d de Cohen</b>
Centralidade do acontecimento						
<b>Idade</b>	Menos de 45	238	53.85 (17.34)	1.08	.279	0.12
	45 ou mais	112	51.68 (17.70)			
<b>Género</b>	Feminino	296	53.50 (18.12)	.919	.359	0.15
	Masculino	51	51.06 (13.51)			
<b>NSE</b>	Baixo	71	58.73 (19.04)	3.05	.002	0.39
	Médio/Elevado	279	51.73 (16.77)			
<b>Local de Residência</b>	Meio Urbano	243	52.88 (17.04)	-.448	.654	0.05
	Meio Rural	107	53.79 (18.44)			
<b>História Psiquiátrica</b>	Sim	184	53.99 (17.38)	.942	.347	0.10
	Não	166	52.23 (17.55)			
<b>Grupo de risco</b>	Sim	56	54.20 (15.91)	.487	.627	0.07
	Não	294	52.96 (17.76)			
<b>História de infeção</b>	Sim	50	55.36 (21.00)	.965	.335	0.13
	Não	300	52.79 (16.79)			
<b>Isolamento</b>	Sim	136	53.01 (18.52)	-.119	.905	0.01
	Não	214	53.24 (16.79)			
Conexão Social						
<b>Idade</b>	Menos de 45	238	40.18 (9.64)	-2.58	.010	0.30
	45 ou mais	112	42.90 (8.19)			
<b>Género</b>	Feminino	296	40.91 (9.37)	-1.09	.275	0.17
	Masculino	51	42.43 (8.07)			
<b>NSE</b>	Baixo	71	39.44 (9.82)	-1.647	.101	0.21
	Médio/Elevado	279	41.46 (9.11)			
<b>Local de Residência</b>	Meio Urbano	243	41.21 (9.24)	.468	.640	0.05
	Meio Rural	107	40.70 (9.39)			
<b>História Psiquiátrica</b>	Sim	184	39.58 (9.59)	-3.173	.002	0.34
	Não	166	42.69 (8.66)			

<b>Grupo de risco</b>	Sim	56	41.32 (8.05)	.237	.813	0.04
	Não	294	41.00 (9.51)			
<b>História de infecção</b>	Sim	50	43.28 (9.41)	1.841	.066	0.30
	Não	300	40.68 (9.22)			
<b>Isolamento</b>	Sim	136	41.65 (9.64)	.957	.339	0.10
	Não	214	40.67 (9.05)			
<u>Depressão</u>						
<b>Idade</b>	Menos de 45	238	5.03 (4.67)	4.636	.000	0.55
	45 ou mais	112	2.70 (3.70)			
<b>Gênero</b>	Feminino	296	4.43 (4.53)	1.911	.057	0.30
	Masculino	51	3.14 (3.94)			
<b>NSE</b>	Baixo	71	5.39 (4.57)	2.347	.020	0.31
	Médio/Elevado	279	4.00 (4.46)			
<b>Local de Residência</b>	Meio Urbano	243	4.23 (4.44)	-.335	.738	0.04
	Meio Rural	107	4.40 (4.68)			
<b>História Psiquiátrica</b>	Sim	184	5.43 (4.76)	5.229	.000	0.56
	Não	166	3.00 (3.85)			
<b>Grupo de risco</b>	Sim	56	4.13 (4.79)	-.280	.779	0.04
	Não	294	4.31 (4.46)			
<b>História de infecção</b>	Sim	50	3.76 (4.38)	-.880	.379	0.14
	Não	300	4.37 (4.53)			
<b>Isolamento</b>	Sim	136	4.08 (4.56)	-.658	.511	0.07
	Não	214	4.41 (4.49)			
<u>Medo</u>						
<b>Idade</b>	Menos de 45	238	14.22 (5.19)	-1.196	.232	0.14
	45 ou mais	112	14.95 (5.56)			
<b>Gênero</b>	Feminino	296	14.75 (5.48)	2.626	.009	0.44
	Masculino	51	12.65 (4.00)			
<b>NSE</b>	Baixo	71	15.86 (6.07)	2.520	.012	0.32
	Médio/Elevado	279	14.09 (5.05)			
<b>Local de Residência</b>	Meio Urbano	243	14.04 (4.98)	-2.189	.029	0.24
	Meio Rural	107	15.38 (5.92)			
<b>História Psiquiátrica</b>	Sim	184	14.71 (5.10)	.966	.335	0.10
	Não	166	14.16 (5.54)			
<b>Grupo de risco</b>	Sim	56	16.34 (6.19)	2.932	.004	0.40
	Não	294	14.09 (5.06)			
<b>História de infecção</b>	Sim	50	13.86 (5.06)	-.850	.396	0.13
	Não	300	14.55 (5.36)			
<b>Isolamento</b>	Sim	136	14.18 (5.33)	-.751	.453	0.08
	Não	214	14.62 (5.31)			

### Associações entre variáveis

Conforme se pode observar no Quadro 4, a centralidade do acontecimento apresenta correlações moderadas com a depressão e com o medo, de forma positiva, apresentando correlação fraca com a conexão social, negativamente. A conexão social demonstrou uma correlação moderada e negativa com a depressão e uma correlação fraca e negativa com o medo. Por fim, a depressão correlacionou-se positiva e moderadamente com o medo.



**Quadro 4.** *Matriz de Correlações entre Variáveis*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1. Centralidade do acontecimento</b>	-	-	-	-
<b>2. Conexão Social</b>	-.19**	-	-	-
<b>3. Depressão</b>	.39**	-.43**	-	-
<b>4. Medo</b>	.44**	-.17**	.34**	-

Nota. \*\* $p \leq .01$ .

### **Modelo de Mediação**

O quadro 5 mostra o modelo de mediação testado, para cada uma das variáveis dependentes, em que se analisou a associação entre depressão e o medo (variáveis dependentes) e a centralidade do acontecimento (variável independente), via a conexão social (variável mediadora).

De acordo com o modelo, níveis mais altos de centralidade do acontecimento foram significativamente associados a menor conexão social e a maiores níveis de depressão. O modelo explica 35% ( $R^2 = .347$ ) da variância para a conexão social. Assim, os resultados revelaram que a centralidade do acontecimento tem um efeito direto na depressão ( $c' = .080$ ,  $p < .01$ ), assim como a conexão social tem um efeito indireto na relação entre a centralidade do acontecimento e a depressão ( $a*b = .014$ , 95% IC: .004; .024).

Com relação ao mesmo modelo, níveis mais altos de centralidade do acontecimento foram significativamente associados a maiores níveis de medo. Contudo, a conexão social não se relacionou com os níveis de centralidade do acontecimento e de medo. Assim, a centralidade do acontecimento também apresenta um efeito direto no medo ( $c' = .123$ ,  $p < .01$ ), mas a conexão social não tem um efeito indireto na relação entre a centralidade do acontecimento e o medo ( $a*b = .005$ , 95% IC: -.000; .013).

**Quadro 5. Sumário das Análises de Mediação**

Variável Independente	Variável Mediadora	Variável Dependente	Efeito da VI na M <i>b</i> (SE)	Efeito da M na VD <i>b</i> (SE)	Efeito Direto <i>b</i> (SE) <b>R<sup>2</sup></b>	Efeito Indireto <i>b</i> (boot SE) (a*b) 95% IC	Efeito Total <i>b</i> (SE)
(VI)	(M)	(VD)	A	B	c'		(c)
Centralidade do acontecimento	Conexão Social	Depressão	-.090 (.028) **	-.153 (.022) **	.080 (.012) ** .347	.014 (.005) [.004; .024]	.094 (.012) **
		Medo	-.097 (.028) **	-.054 (.028)	.123 (.015) ** .235	.005 (.003) [-.000; .013]	.128 (.015) **

Nota. \*\*  $p \leq .01$

## Discussão

Tendo em conta a informação de que dispomos, entendemos que este estudo é pioneiro na investigação do papel da conexão social na relação entre a centralidade do acontecimento (surgimento da COVID-19) e os sintomas depressivos e medo. A COVID-19 teve impacto na saúde mental (Luo et al., 2021) e os estudos com a população geral são escassos. De igual forma, a variável “medo” é pouco explorada na investigação (Yasin, 2020), assim como a variável “centralidade do acontecimento”, existindo também pouco conhecimento acerca do papel das experiências relacionadas à COVID-19 no desenvolvimento da sintomatologia depressiva, apesar da relevância demonstrada das mesmas. Assim sendo, os resultados observados fornecem conceções críticas com o objetivo de se concretizar uma melhor adaptação individual e grupal no presente e no futuro, para assim intervir na comunidade, com protocolos bem definidos e metas concretas.

### Diferenças entre grupos

No que respeita à idade, indivíduos com 45 ou mais anos apresentam maiores níveis de conexão social em comparação com o grupo de menos de 45 anos. Segundo a Teoria da Seletividade Socioemocional, os adultos com uma idade superior priorizam os objetivos emocionalmente importantes devido a uma perspetiva temporal, sendo mais orientados a investir tempo em relacionamentos emocionalmente próximos, em comparação com os jovens (Carstensen & Fredrickson, 1998). Adicionalmente, indivíduos com menos de 45 anos apresentam maiores níveis de depressão em comparação com o grupo de 45 ou mais anos. Diversos estudos indicam que durante a pandemia os níveis de depressão foram significativamente maiores entre os 21 e 40 anos (Salari et al., 2020). Esta tendência poderá dever-se ao facto deste grupo etário estar mais preocupado com as consequências futuras e danos económicos causados pela COVID-19, pois trata-se de um grupo tendencialmente mais ativo a nível laboral (Ahmed et al., 2020; Huang & Zhao, 2020).

Quanto ao género, as mulheres demonstram maiores valores de depressão e de medo, em comparação com o género masculino. Em diversos estudos relativos à pandemia a prevalência de ansiedade, depressão e stresse mostrou ser maior em mulheres do que em homens (e.g., Liu et al., 2020). Por conseguinte, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas são mais frequentes em mulheres (Alexander et al., 2007). Segundo a investigação

de Almeida e colaboradores (2020), o género feminino é mais vulnerável no contexto desta pandemia por diversas circunstâncias maioritariamente inerentes ao género (e.g., violência doméstica, ao permanecer totalmente isolada com o parceiro violento, gravidez e medos relacionados à mesma, parentalidade).

Em relação ao NSE, indivíduos que possuem um NSE médio-elevado apresentam menores níveis de centralidade do acontecimento, de depressão e de medo em comparação com o NSE baixo. Para além da vulnerabilidade pré-existente do NSE baixo, em termos de saúde mental, este grupo deparou-se com questões económicas iminentes com a pandemia (e.g., possíveis despedimentos, reduções de salário), enquanto que o grupo com NSE elevado possuía rendimentos mais elevados (Agberotimi et al., 2020).

Ao que respeita ao local de residência, habitantes do meio rural apresentam maiores níveis de medo em comparação com os residentes de meio urbano. Viver em meio rural é um fator de risco para sintomatologia psicológica negativa (Guo et al., 2021; Rajkumar, 2020). O maior medo sentido pela população rural poderá ser justificado pela baixa ligação às atualizações acerca da COVID-19, bem como à menor proximidade de acesso aos centros hospitalares (Acuto, 2020).

Quanto à história psiquiátrica, sujeitos que possuem história psiquiátrica prévia reportam menores valores de conexão social, assim como maiores sintomas depressivos do que os sujeitos sem história psiquiátrica. Com o decorrer da propagação do vírus esperava-se que o seu impacto sobre pessoas com doença mental prévia fosse significativo, pois a maioria das doenças mentais tem uma associação significativa com o stress (Chatterjee et al., 2020).

Relativamente ao grupo de risco, indivíduos pertencentes ao grupo de risco apresentam maiores valores de medo em comparação com quem não se insere no grupo de risco. Existe uma associação entre a história médica prévia e o aumento da ansiedade e depressão causado pela COVID-19 (Mazza et al., 2020), pois quem tem um historial de problemas de saúde pode sentir-se mais desprotegido a uma nova doença (Hatch et al., 2018).

Ao que ao histórico de infeção concerne, sujeitos com histórico de infeção pelo vírus têm valores maiores de conexão social em comparação com aqueles que nunca tinham sido infetados. A relação entre história de infeção prévia e valores de conexão social não está diretamente exposta na literatura, porém, poderá inferir-se algumas hipóteses explicativas, como o facto dessa parte da amostra se sentir menos ansiosa e/ou com menos medo acerca da infeção pelo vírus, assim como o facto de saberem que se encontravam imunes

temporariamente, levando-os a estabelecer maiores ligações afetivas com outros, originando-se assim uma maior percepção de apoio social.

Não se verificou diferenças entre o grupo que realizou isolamento profilático e o grupo que não o realizou, em relação às variáveis do estudo. Segundo a investigação de Lei e colaboradores (2020), quem esteve em isolamento profilático apresentou mais sintomas depressivos e ansiedade, porém, o mesmo não se verificou no presente estudo, levando a crer que o isolamento profilático não tem influência nas variáveis do estudo. Contudo, este resultado poderá ter sido influenciado por outras questões desconhecidas pelos investigadores.

### **Associações entre variáveis**

Quanto aos resultados obtidos quando avaliada a associação entre as variáveis, verificamos que a centralidade do acontecimento apresenta correlações moderadas com a depressão e com o medo, de forma positiva, ou seja, quanto mais forte é a centralidade do acontecimento para o indivíduo maiores serão os seus sintomas depressivos e medo, e vice-versa. Este resultado alinha-se com a literatura existente, ou seja, caso o surgimento da COVID-19 seja interpretado de forma traumática isso irá vulnerabilizar o sujeito a sintomatologia psicológica (e.g., depressão, medo) (Bridgland e colaboradores, 2021; Kira et al., 2021). A centralidade do surgimento da COVID-19 também apresentou uma correlação com a conexão social, neste caso fraca e de forma negativa, isto é, quanto maior é a centralidade do acontecimento para o sujeito menor será a sua conexão social, e vice-versa. Este resultado também é corroborado com o modelo da deterioração do apoio (Hobfoll & Lerman, 1988; Lin & Ensel, 1984), que explica que quanto maior for o impacto do acontecimento indutor de stresse, menor será a ligação afetiva aos outros. Para finalizar, a conexão social demonstrou uma correlação moderada e negativa com a depressão, o que significa que quanto menor for a conexão social, maior serão os sintomas depressivos, e vice-versa. Adicionalmente, a conexão social demonstrou uma correlação fraca e negativa com o medo. Existem diversos estudos cujos resultados demonstram uma correlação mais fraca entre o apoio social e o medo, comparativamente com a depressão (e.g., Kayis et al., 2021).

### **Modelo de Mediação**

Relativamente ao modelo de mediação, verifica-se que a centralidade do acontecimento se relaciona com os sintomas depressivos através da conexão social. No entanto, a centralidade

do acontecimento não se relaciona com o medo através da conexão social, existindo apenas uma relação entre a centralidade do acontecimento e os níveis de medo experienciados.

Demonstrou-se assim que indivíduos com níveis mais elevados de centralidade do surgimento da COVID-19 tendem a experimentar menos conexão social, o que contribui para um aumento dos seus sintomas depressivos pré-existentes. Demonstrou-se também que indivíduos com níveis elevados de centralidade do surgimento da COVID-19 tendem a experienciar níveis de medo. Contudo, observou-se que não é necessário ocorrer a diminuição da conexão social para que os níveis de medo aumentem. Este resultado pode ser explicado pelo número significativo de participantes no estudo com histórico psiquiátrico ( $n = 184$ , 52.6%), pois sujeitos que se sentem frequentemente deprimidos ou com altos níveis de stresse podem ser mais desconectados socialmente e sentir mais medo da COVID-19 (Humphrey et al., 2022), e assim sendo, não seria necessário ocorrer a deterioração do seu apoio social para que os seus níveis de medo fossem significativos. Todavia, poderão haver outras hipóteses explicativas, o que torna as investigações futuras ainda mais pertinentes, nomeadamente estudos longitudinais, permitindo assim inferências causais.

### **Limitações, contributos e implicações clínicas**

O presente estudo contém algumas limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos seus resultados. Primeiramente, trata-se de um estudo natureza transversal, o que nos impede de estabelecer a direcionalidade dos resultados observados entre as variáveis e examinar de que forma estas variáveis se correlacionam ao longo do tempo. Em segundo lugar, a amostra deste estudo contém um número consideravelmente menor de homens (14.6%). Essa característica mostra-se limitante, uma vez que dificulta a generalização dos resultados para a população. Assim, estudos futuros devem tentar incluir o mesmo número de homens e mulheres, da população geral. A amostra também contém um número significativo de pessoas com histórico de recorrência ao psiquiatra e/ou psicólogo (52.6 %). Essa característica pode ser explicada pelo facto de existir um número significativo de professores na amostra ( $n = 58$ , 16.6%), um grupo mais vulnerável a altos níveis de stresse (Teles et al., 2020) e que por isso é provável que já tenha solicitado apoio psicológico. Para além disso, a amostra contém um número elevado de indivíduos do género feminino ( $n = 296$ , 84.6%), um grupo em que perturbações de ansiedade e perturbações depressivas são mais frequentes (Alexander et al., 2007) e que por isso apresentam maior probabilidade de recorrência psiquiátrica prévia. Em terceiro lugar, o facto de as variáveis do estudo terem sido avaliadas com o uso de instrumentos

de autorrelato pode influenciar a validade dos resultados devido à existência de uma possível desejabilidade social nas respostas expressadas pelos participantes. Em quarto lugar, a base de amostragem do estudo baseou-se totalmente em procedimentos *online*, excluindo assim indivíduos com níveis mais baixos de alfabetização digital e aqueles que não utilizam redes sociais. Adicionalmente, os indivíduos escolheram por si mesmos se queriam ou não participar no estudo, aumentando assim as probabilidades de “autosseleção enviesada” (ou seja, pessoas com maior angústia e/ou com maior interesse no estudo podem ter sido propensas a participar), o que prejudica a representatividade dos indivíduos da amostra.

Apesar das limitações apresentadas previamente, este estudo revela um contributo inovador e pertinente para a prática clínica e para a investigação. Este estudo é pioneiro, ao avaliar o papel da conexão social na centralidade do surgimento da COVID-19 e nos sintomas depressivos e medo, na população geral, pois retrata variáveis pouco exploradas e pertinentes, nomeadamente no contexto da pandemia. Para além disso, esta investigação focou-se na população geral, grupo cujos estudos são mais escassos na questão COVID-19 e suas implicações psicológicas, pois a maioria investiga grupos de maior risco de infeção (e.g., profissionais da área da saúde), e por isso mais vulneráveis a piores valores de saúde mental. Todavia, seria relevante englobar toda a população num estudo relacionado a um contexto como a pandemia, de forma a criar intervenções universais (Agberotimi et al., 2020).

Sendo assim evidenciado que a centralidade do acontecimento vulnerabiliza o indivíduo a certo tipo de sintomatologia psicológica, que o apoio social é uma atenuante de sintomas depressivos e que contextos de indutores de stresse prolongado poderão levar a uma perceção negativa do seu apoio social, o que consequentemente exacerba os valores de sintomatologia depressiva, é fulcral criar formas de alertar a população e de as permitir sentir proximidade social embora isoladas, assim como protocolos que ajudem a população a gerir o impacto da centralidade deste tipo de acontecimentos, para evitar baixos níveis de conexão social (Yildirim et al., 2021). Adicionalmente, existem evidências que demonstram que fatores psicológicos e sociais agravados pela COVID-19 (e.g., stresse, depressão) podem aumentar a vulnerabilidade à infeção após a exposição ao vírus (Cohen, 2021), porque a ansiedade quando acima dos seus valores normais, enfraquece o sistema imunológico, ampliando o risco de contrair o vírus (World Health Organization, 2020), o que reforça a pertinência deste estudo para intervenções futuras.

Como direções futuras de investigação pensamos que seria essencial o desenvolvimento de estudos longitudinais, pelas limitações já descritas. Investigações futuras deveriam ainda

incluir amostras mais vastas, constituídas por sujeitos provenientes de diferentes zonas geográficas do país e com uma maior representatividade em termos característicos (e.g., género, idade). Com base nos resultados do estudo, denota-se igualmente a importância em persistir na investigação do “medo”, nomeadamente no contexto desta pandemia. Adicionalmente, seria fulcral entender a relação da história de infeção prévia dos indivíduos com a conexão social. Por fim, seria pertinente a existência de mais estudos que se focassem na realização de isolamento profilático e no seu impacto psicológico.



## **Reconhecimentos**

### **Enquadramento institucional.**

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

### **Institutional framework.**

The present dissertations was developed within the strategic project of the Center for Research in Neuropsychology and Cognitive-Behavioral Intervention (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

## **Declarações**

### **Declaração de integridade.**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

### **Statement of integrity.**

I hereby declare having conducted this academic work with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of undue use of information or falsification of results along the process leading to its elaboration.

## Referências Bibliográficas

- Abuhamdah, S. M., Naser, A. Y., Abdelwahab, G. M., & AlQatawneh, A. (2021). The prevalence of mental distress and social support among University students in Jordan: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11622. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111622>
- Acuto, M. (2020). COVID-19: Lessons for an Urban(izing) world. *One Earth*, 2(4), 317-319. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2020.04.004>
- Agberotimi, S. F., Akinsola, O. S., Oguntayo, R., & Olaseni, A. O. (2020). Interactions between socioeconomic status and mental health outcomes in the Nigerian context amid COVID-19 pandemic: A comparative study. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5b2dq>
- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Ahorsu, D. K., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Alexander, J. L., Dennerstein, L., Kotz, K., & Richardson, G. (2007). Women, anxiety and mood: A review of nomenclature, comorbidity and epidemiology. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(sup1), S45-S58. <https://doi.org/10.1586/14737175.7.11s.s45>
- Allegrante, J. P., Auld, M. E., & Natarajan, S. (2020). Preventing COVID-19 and its sequela: “There is no magic bullet... It's just behaviors”. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.004>

- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). The Definition of Depression. In *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the overall depression severity and impairment scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815-830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 219-231. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21(4), 417-431. <https://doi.org/10.1002/acp.1290>
- Bridgland, V. M., Moeck, E. K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D. M., Matson, L. A., Hutchison, N. P., & Takarangi, M. K. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLOS ONE*, 16(1), e0240146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)

- Carlson, e. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*(1), 4-28. <https://doi.org/10.1177/1524838000001001002>
- Carstensen, L. L., & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology, 17*(6), 494-503. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.6.494>
- Chatterjee, S. S., Barikar C, M., & Mukherjee, A. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102071. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102071>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). Ansiedade: uma condição comum mas multifacetada. In *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade: Tratamentos Que Funcionam: Guia do Terapeuta* (pp. 13-41). Artmed Editora.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253–267). Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, S. (2021). Psychosocial vulnerabilities to upper respiratory infectious illness: Implications for susceptibility to coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on Psychological Science, 16*(1), 161-174. <https://doi.org/10.1177/1745691620942516>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- DeVellis, R. (1991). *Scale development: theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M., (No Prelo). Portuguese version of the social safeness and pleasure scale.
- Effect size calculator (Cohen's d) for T-test.* (n.d.). Social Science Statistics. <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>
- Etikan, I., Alkassim, R., & Abubakar, S. (2015). Comparison of snowball sampling and sequential sampling technique. *Biometrics and Biostatistics International Journal*, 3(1), 55. <https://doi.org/10.15406/bbij.2015.03.00055>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R., & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 6(4), 135-143.
- Gilbert, P. (2015). Affiliative and prosocial motives and emotions in mental health. *Emotions*, 17(4), 381-389. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.4/pgilbert>
- Grendene, C. S., Gulo, R. B., Betiol, R. S. M., & Puglisi, M. A. (2021). Coronavírus (covid-19): história, conhecimento atual e sequelas de longo prazo. *Revista Corpus Hippocraticum*, 1(1).
- Guo, Y., Sims, O. T., Qin, W., & Yang, F. (2021). Factors associated with symptoms of depression and psychological distress during the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 11(2), 13. <https://doi.org/10.3390/bs11020013>
- Haslam, C., Cruwys, T., Haslam, S. A., & Jetten, J. (2015). Social connectedness and health. *Encyclopedia of Geropsychology*, 1-10. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3\\_46-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_46-1)

- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. <http://www.processmacro.org/>
- Hobfoll, S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 565-589. <https://doi.org/10.1007/bf00922772>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Humphrey, A., March, E., Lavender, A. P., Miller, K. J., Alvarenga, M., & Mesagno, C. (2022). Buffering the fear of COVID-19: Social connectedness mediates the relationship between fear of COVID-19 and psychological wellbeing. *Behavioral Sciences*, 12(3), 86. <https://doi.org/10.3390/bs12030086>
- Kayis, A. R., Satici, B., Deniz, M. E., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2021). Fear of COVID-19, loneliness, smartphone addiction, and mental wellbeing among the Turkish general population: A serial mediation model. *Behaviour & Information Technology*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/0144929x.2021.1933181>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Alhuwailah, A., Sous, M. S., Baali, S. B., Azdaou, C., Oliemat, E. M., & Jamil, H. J. (2021). The impact of COVID-19

- traumatic stressors on mental health: Is COVID-19 a new trauma type. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00577-0>
- Lahav, Y. (2020). Psychological distress related to COVID-19 – The contribution of continuous traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 277, 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.141>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.924609>
- Lin, N., & Ensel, W. M. (1984). Depression-mobility and its social etiology: The role of life events and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 176. <https://doi.org/10.2307/2136667>
- Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., Qu, W., Wang, Z., Tian, B., Yang, F., Yao, Y., Tan, Y., Jiang, R., & Tan, S. (2020). Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551415>
- Luo, F., Ghanei Gheshlagh, R., Dalvand, S., Saedmoucheshi, S., & Li, Q. (2021). Systematic review and meta-analysis of fear of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661078>
- Mahamid, F. A., Veronese, G., & Bdier, D. (2021). Fear of coronavirus (COVID-19) and mental health outcomes in Palestine: The mediating role of social support. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02395-y>

- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, 293, 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., Linharelhos, M., Rijo, D., Asano, K., Vilas, S. P., Márquez, M. G., Gregório, S., Brito-Pons, G., Lucena-Santos, P., Oliveira, M. D., Souza, E. L., Llobenes, L., Gumiy, N., Costa, M. I., ... Gilbert, P. (2021). The role of social connection on the experience of COVID-19 related post-traumatic growth and stress. *PLOS ONE*, 16(12), e0261384. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261384>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, P. (2010). A Centralidade das Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, 24(1), 73-95.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>
- Nitschke, J. P., Forbes, P. A., Ali, N., Cutler, J., Apps, M. A., Lockwood, P. L., & Lamm, C. (2020). Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during COVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 553-569. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12485>



- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.498>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. J. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337. <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Quittner, A. L., Glueckauf, R. L., & Jackson, D. N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266-1278. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1266>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I., & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, stress, and anxiety in University undergraduate students: A predictive model for depression. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591797>
- Rohall, D. E., Milkie, M. A., & Lucas, J. W. (2014). *Social psychology: Sociological perspectives* (3rd ed.). Pearson College Division.
- Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 18(1), 17-35. <https://doi.org/10.1002/acp.950>
- Salami, T. K., & Walker, R. L. (2014). Socioeconomic status and symptoms of depression and anxiety in African American College students. *Journal of Black Psychology*, 40(3), 275-290. <https://doi.org/10.1177/0095798413486158>

- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55-S57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. (Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* 5th ed. Allyn and Bacon.
- Teles, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020). Perceived stress and indicators of burnout in teachers at Portuguese higher education institutions (HEI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093248>
- Troisi A. (2020). Fear of Covid-19: Insights from Evolutionary Behavioral Science. *Clinical neuropsychiatry*, 17(2), 72–75. <https://doi.org/10.36131/CN20200207>
- Tzur Bitan, D., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de

vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>

World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization.

Yan, X., Qu, T., Sperber, N., Lu, J., Fan, M., & Cornwell, B. (2021). Tied infections: How social connectedness to other COVID-19 patients influences illness severity. *American Behavioral Scientist*, 65(14), 1901-1928. <https://doi.org/10.1177/00027642211003138>

Yasin, S. (2020). Prevalence, intensity and manifestation of COVID-19 fear: A cross sectional analysis. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 499-504. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.499>

Yıldırım, M., Çiçek, İ., & Şanlı, M. E. (2021). Coronavirus stress and COVID-19 burnout among healthcare staffs: The mediating role of optimism and social connectedness. *Current Psychology*, 40(11), 5763-5771. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01781-w>

Yuen, K. F., Wang, X., Ma, F., & Li, K. X. (2020). The psychological causes of panic buying following a health crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3513. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103513>