

ANA CAROLINA SANTOS FERREIRA

O impacto da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores lojistas:

O papel explicativo da regulação emocional e da fusão cognitiva



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo- Comportamentais

COIMBRA, 2021

O impacto da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores lojistas: o papel explicativo da regulação emocional e da fusão cognitiva

ANA CAROLINA SANTOS FERREIRA

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Alexandra Dinis

Coimbra, setembro de 2021

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alexandra Dinis, por toda a disponibilidade demonstrada durante este último ano, pela transmissão de conhecimentos, orientação e motivação.

Aos meus pais, por todos os esforços que fizeram em prol de me proporcionarem uma melhor educação e formação. Por nunca terem desistido e por não me deixarem desistir.

Ao Tiago, pela paciência e por estar sempre presente, mesmo nos momentos mais difíceis. Por todo o carinho, amor e companheirismo.

À minha madrinha, por todo o apoio e persistência durante todo o meu percurso académico.

Aos meus amigos da faculdade, com quem partilhei este bonito percurso, bem como as minhas alegrias e frustrações.

Às minhas amigas de infância que percorreram caminhos profissionais diferentes, mas que nunca deixaram de me apoiar.

E, por fim, à minha restante família e a todas as minhas amizades, obrigada pelo carinho, dedicação e partilhas. A conclusão desta etapa não seria possível sem o apoio de todos aqueles que me acompanharam durante este percurso.

RESUMO

Introdução: A doença COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). Pensamentos persistentes e intrusivos sobre a COVID-19 parecem contribuir para uma pior saúde mental. Alguns estudos demonstram ainda que, durante a pandemia, muitas pessoas apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, ansiosa, sintomas de stress traumático e maior risco de suicídio. No entanto, ainda são praticamente inexistentes os estudos sobre o papel que as dificuldades na regulação das emoções e a fusão cognitiva poderão ter na relação entre os fatores de stress associados à COVID-19 (e.g. preocupações com o medo de ficar infectado, de tocar em superfícies ou objetos contaminados) e a psicopatologia ansiosa e depressiva.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo compreender se os pensamentos intrusivos e as preocupações associadas à COVID-19 predizem a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e se as dificuldades em regular os estados emocionais e a fusão cognitiva podem ou não funcionar como mecanismos mediadores desta relação. Assim, este estudo permite recolher informação relativamente ao impacto que a pandemia da COVID-19 teve na saúde mental da população lojista, e o papel explicativo da regulação emocional e da fusão cognitiva nesta relação.

Métodos: A amostra foi constituída por 166 sujeitos, onde 125 (75.3%) são do sexo feminino e 41 (24.7%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 61 anos. Os participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos e completaram quatro instrumentos de autorresposta que avaliaram o stress por COVID-19 (CSS), dificuldades na regulação emocional (DERS-18), fusão cognitiva (CFQ) e os sintomas de depressão, ansiedade e stress (DASS-21).

Resultados: Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para as variáveis em estudo. A maioria dos participantes não testou positivo para a COVID-19 (89.2%), e 18,1% dos participantes relataram ter aumentado os seus hábitos de consumo de tabaco e 3,6% de álcool durante os últimos 10 meses. Os comportamentos de verificação compulsiva e o stress traumático associados à COVID-19, correlacionaram-se positivamente com os sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão), bem como, com as dificuldades de regulação emocional e fusão cognitiva. Os resultados das regressões lineares múltiplas conduzidas sugerem que, somente a dimensão stress pós-traumático se revela como um preditor robusto estatisticamente significativo da sintomatologia ansiosa e depressiva. As análises de mediação apontam que as dificuldades em regular as emoções explicam 43% da sintomatologia ansiosa e 30% da sintomatologia depressiva. Assim como, a fusão cognitiva explica 43% da sintomatologia ansiosa e 30% da sintomatologia depressiva.

Conclusão: O presente estudo contribuiu para o alargamento da investigação da regulação emocional, da fusão cognitiva e da sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) para a compreensão do impacto da COVID-19 na saúde mental, numa amostra de trabalhadores lojistas. Os resultados obtidos apontam para a importância do papel das dificuldades em regular as emoções e da fusão cognitiva como processos mediadores da relação entre o stress associado à COVID-19 e os sintomas de ansiedade e depressão. Estes resultados apontam para a importância de se promoverem intervenções clínicas que visem estes processos psicológicos para mitigar os efeitos da pandemia na saúde mental dos trabalhadores. Outro resultado que se evidenciou na amostra em estudo foi o de que entre processos de stress, associados à COVID-19, os sintomas de stress traumático parecem ter um papel particularmente relevante não só na predição de maiores dificuldades na regulação das emoções, como também, parecem contribuir para um maior grau de fusão cognitiva para com os eventos internos (e.g., pensamentos) e para a presença de mais sintomas de ansiedade e depressão. Como tal, as avaliações e intervenções psicoterapêuticas conduzidas num contexto de pandemia deverão ter especial atenção à eventual presença de sintomas de stress traumático.

Palavras-chave: Stress associado à COVID-19; trabalhadores lojistas; dificuldades na regulação emocional; fusão cognitiva; depressão, ansiedade e stress.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 disease (Coronavirus 2019 Disease) is a respiratory infection caused by the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Persistent and intrusive thoughts about COVID-19 seem to contribute to poorer mental health. Some studies further demonstrate that, during the pandemic, many people experience higher levels of depressive, anxious symptomatology, traumatic stress symptoms and increased risk of suicide. However, studies on the role of difficulties in the regulation of emotions and cognitive fusion associated with the relationship between stress factors associated with COVID-19 (for example, concerns about the fear of becoming infected, of touching contaminated surfaces or objects) and anxious and depressive psychopathology.

Objectives: This study aims to understand whether intrusive thoughts and concerns associated with COVID-19 predict the presence of psychopathological symptoms (anxiety and depression) and whether difficulties in regulating emotional states and cognitive fusion may or may not function as mechanisms mediators of this relationship. Thus, this study allows us to gather information regarding the impact that the COVID-19 pandemic had on the mental health of the retail population, and the explanatory role of emotional regulation and cognitive fusion in this relationship.

Methods: The sample consisted of 166 subjects, where 125 (75.3%) are female and 41 (24.7%) are male, aged between 19 and 61 years. Participants completed a sociodemographic data questionnaire and completed four self-response instruments that assessed stress by COVID-19 (CSS), difficulties in emotional regulation (DERS-18), cognitive fusion (CFQ) and symptoms of depression, anxiety and stress (DASS-21).

Results: There were no statistically significant differences between genders for the variables under study. Most participants did not test positive for COVID-19 (89.2%), and 18.1% of participants reported having increased their smoking habits and 3.6% alcohol consumption during the last 10 months. Compulsive checking behaviors and traumatic stress associated with COVID-19 were positively correlated with psychopathological symptoms (anxiety and depression), as well as difficulties in emotional regulation and cognitive fusion. The results of the multiple linear regressions conducted suggest that only the post-traumatic stress dimension reveals itself as a statistically significant robust predictor of anxious and depressive symptomatology. Mediation analyzes show that difficulties in regulating emotions explain 43% of anxious symptoms and 30% of depressive symptoms. Likewise, cognitive fusion explains 43% of anxious symptoms and 30% of depressive symptoms.

Conclusion: This study contributed to the broadening of the investigation of emotional regulation, cognitive fusion and psychopathological symptoms (anxiety and depression) to understand the impact of COVID-19 on mental health, in a sample of shopkeepers. The results obtained point to the importance of the role of difficulties in regulating emotions and cognitive fusion as mediating processes in the relationship between stress associated with COVID-19 and symptoms of anxiety and depression. These results point to the importance of promoting clinical interventions aimed at these psychological processes to mitigate the effects of the pandemic on the mental health of workers. Another result that was evidenced in the study sample was that among stress processes associated with COVID-19, traumatic stress symptoms seem to have a particularly relevant role not only in predicting greater difficulties in the regulation of emotions, but also, seem to contribute to a greater degree of cognitive fusion with internal events (eg, thoughts) and to the presence of more symptoms of anxiety and depression. As such, psychotherapeutic assessments and interventions conducted in a pandemic context should pay special attention to the possible presence of traumatic stress symptoms.

Keywords: Stress associated with COVID-19; shopkeepers workers; difficulties in emotional regulation; cognitive fusion; depression, anxiety and stress.

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus (COVID-19) teve início, em Portugal, em março de 2020, quando o primeiro caso foi reportado no dia 2. A doença COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). É transmitida de pessoa em pessoa, através de gotículas de saliva, espirros, tosse ou, até mesmo, pelo contacto com objetos e/ou superfícies contaminadas. Em dezembro de 2019, após um surto de pneumonia de causa desconhecida, a doença foi identificada na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, em pessoas que tinham estado no Mercado de Frutos do Mar de Wuhan. Mediante o grande avanço de contaminação da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, então, no dia 11 de março de 2020, a COVID-19 como uma pandemia (Pereira et al., 2020).

Com o objetivo de reduzir os impactos da pandemia nos sistemas de saúde, alguns países adotaram medidas como o isolamento profilático, o distanciamento social, o encerramento de escolas e grandes comércios, bem como, o recolher obrigatório (Schmidt et al., 2020).

Dada a necessidade de conter a transmissão do vírus, a OMS em colaboração com cientistas, empresas e organizações globais de saúde, desenvolveram vacinas para a COVID-19. No dia 21 de dezembro de 2020, a Agência Europeia do Medicamento aprovou para uso experimental estas vacinas, iniciando a vacinação nos países da União Europeia, nomeadamente em Portugal, a 27 de dezembro de 2020 (WHO, 2020; Rosa, 2021).

Dado o progressivo aumento do número de casos positivos de COVID-19 e do número de internamentos, no dia 15 de janeiro de 2021, foi decretado, em Portugal, um novo confinamento, com medidas mais restritivas (por exemplo, encerramento de centros comerciais, espaços públicos e escolas, recolher obrigatório e obrigatoriedade de teletrabalho).

Porém, estes esforços para a redução da transmissão da doença, principalmente em populações de risco, geraram um impacto negativo na saúde mental (Silva et al., 2020). Nesse sentido, estudos recentes realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) apontaram mudanças significativas no quadro de saúde mental da população mundial (Silva et al., 2020). Nascimento et al., (2020) demonstraram, também, que, em contexto de pandemia, os indivíduos podem experienciar níveis de stress crónico laboral significativos. As populações mais vulneráveis, com sintomatologia psicótica, obsessivo-compulsiva e expostas a eventos traumáticos, poderão ser afetadas mais facilmente.

Na china, primeiro país que adotou a quarentena e o isolamento social como medidas de proteção à COVID-19, estudos (e.g. Ahmed et al., 2020) indicam que existem possíveis consequências

psicológicas desse confinamento. Os resultados desses estudos mostraram que existe um maior índice de ansiedade, depressão, consumo de álcool e mal-estar significativo na população (Duarte et al., 2020). Mais especificamente, estudos realizados na China (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020) sugerem que mais de 25% da população em geral apresentou níveis graves de sintomas relacionados ao stress e à ansiedade em resposta à COVID-19 (Taylor et. al, 2020).

A crise resultante do coronavírus pode refletir-se em várias dimensões da vida dos indivíduos: físico, emocional, laboral, económico e social. Por exemplo, a nível económico, o aumento do stress devido às perdas financeiras, que levaria a um risco psicossocial bastante comum em momentos de recessão económica, pobreza e desemprego, pode afetar negativamente a saúde mental dos indivíduos durante a pandemia. A forma como é fornecida a informação pode, também, gerar consequências mais ou menos positivas na saúde mental da população durante a pandemia. Existe uma infinidade de informações que são transmitidas pelos medias sociais que aumentam a ansiedade sobre a doença (Duarte et al., 2020).

Pensamentos persistentes e intrusivos sobre a doença parecem, também, contribuir para uma pior saúde mental. Um dos fatores que pode contribuir para estes pensamentos e preocupações pode ser o processo psicológico de pensamento repetitivo sobre a COVID-19. Num dos seus estudos, Lee (2020) demonstrou que este padrão de pensamentos está associado a indicadores de angústia, como ansiedade e sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) numa amostra polonesa (Skalski et al., 2020), e a ideação suicida, desesperança extrema, consumo de álcool e drogas, crise espiritual e coronofobia, em amostras dos EUA (Ashraf et al., 2020).

Uma das características das doenças infecciosas em comparação com outras condições é o medo, que está diretamente associado a desafios psicossociais, incluindo estigmatização, discriminação e perda (Ahorsu, et al., 2020). Deste modo, no caso de uma pandemia, além das manifestações físicas que a população apresenta, o medo é, também, a causa do aumento dos níveis de ansiedade e stress em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles com perturbações psiquiátricas pré-existentes (Ornell et al., 2020).

Nesse sentido, vários estudos têm apontado que as reações de stress psicológico em resposta à pandemia são de natureza complexa e multifacetadas (e.g. Taylor, 2019; Taylor et al., 2020) que podem incluir o medo de ser infetado, medo de contactar com objetos e/ou superfícies contaminadas, medos xenófobos de que a pandemia se está a disseminar pelos cidadãos estrangeiros, medo das consequências socioeconómicas, comportamentos de verificação compulsiva e procura de tranquilização sobre possíveis ameaças relacionadas à pandemia e sintomas de stress traumático, por

exemplo, pesadelos e pensamentos intrusivos. Pesquisas usando as escalas de stress da COVID-19 (CSS) sugerem que os sintomas associados à COVID-19 (e.g. preocupações com o medo de ficar infectado, de tocar em superfícies ou objetos contaminados) podem mesmo constituir uma entidade clínica, a Síndrome de stress por COVID-19. Atualmente, não é claro se este quadro clínico se constitui como uma forma de reação de ajustamento que irá diminuir quando a pandemia diminuir ou se se tornará crónico para algumas pessoas (Taylor, 2021). Taylor (2021) referiu que a gravidade da Síndrome de Stress COVID foi associada a altos níveis de ansiedade e depressão durante a pandemia, a um maior sofrimento durante o isolamento, a respostas de evitamento a locais públicos (por exemplo, supermercados) e ao medo e evitamento de contacto com pessoas que possam estar infectadas com a COVID-19, como, por exemplo, profissionais de saúde.

Mais recentemente uma linha de estudos sobre os efeitos psicológicos da COVID-19, tem procurado explorar em que medida a pandemia pode ser conceptualizada como um fator de stress traumático (Svelin et al., 2020). Em todo o mundo, os profissionais de saúde foram os que estiveram na linha de frente, a trabalhar para atender ao aumento repentino e dramático de prestação de cuidados de saúde. Fatores de stress como, medo de contrair o vírus e colocar em perigo os seus familiares, preocupações sobre a falta de equipamento de proteção individual (EPI) e angústia relacionada com o paciente, uma vez que, muitas vezes, apesar dos seus esforços, acabaram por perder vidas, sugerem um impacto negativo na saúde mental destes profissionais de saúde, incluindo sofrimento psicológico, dano moral e desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) (Greenberg et al., 2021). Contudo, são praticamente escassos ou inexistentes os estudos sobre a presença de sintomas traumáticos na população em geral, sobretudo em amostras portuguesas durante a pandemia.

Para entendermos as repercussões psicológicas e psiquiátricas de uma pandemia, as emoções envolvidas, como por exemplo, o medo e a raiva, devem ser analisadas (Ornell et al., 2020). Deste modo, na presença de níveis elevados da experiencição de emoções negativas, durante a pandemia, torna-se importante perceber em que medida os indivíduos regulam os seus estados emocionais.

As emoções, enquanto reações subjetivas e idiossincráticas, são caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experiencias e comportamentais, que permitem ao indivíduo a atribuição de um significado à experiência e o preparam para a ação. Segundo Barrett (2006) este processo denomina-se por diferenciação emocional, no qual, em articulação com a ativação emocional, conduz o indivíduo a experienciar uma emoção. Na sequência deste processo, surgem determinadas estratégias de regulação emocional, que o indivíduo utiliza para expressar ou não as suas emoções (Vaz et al., 2008).

Segundo Gross (1998), a regulação emocional baseia-se nos processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como as experienciam e expressam. Este constructo refere-se, então, à capacidade para compreender as emoções, bem como modelar a sua experiencição e expressão. Para além disso, Gross (1998) acrescenta que a regulação emocional se processa ao longo de um contínuo, em que os extremos são a regulação consciente, controlada e que envolve esforço e a regulação inconsciente, automática e que não requer qualquer esforço (Velooso et al., 2011).

Gratz e Roemer (2004) referem que as dificuldades na regulação emocional podem ser subdivididas em algumas categorias, nomeadamente, a não aceitação da resposta emocional, falta de consciência e incompreensão das emoções, dificuldades em manter um comportamento dirigido aos objetivos, dificuldade em controlar os impulsos, acesso limitado às estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional. Deste modo, a desregulação emocional é, por sua vez, uma consequência quer de uma elevada vulnerabilidade emocional quer de uma incapacidade para regular as emoções (Velooso et al., 2011).

Alguns autores (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Muñoz, 1995) afirmaram que a regulação emocional desempenha uma função unificadora na apresentação de constelações de sintomas e de comportamentos não-adaptativos.

A este respeito, alguns estudos (Fresco et al., 2005) têm demonstrado que indivíduos diagnosticados com perturbações do humor e de ansiedade dispõem de um conjunto de dificuldades na gestão das suas emoções, incluindo uma limitada compreensão das mesmas, reações muito negativas face à sua experiência emocional e uma elevada dificuldade na identificação das emoções negativas em comparação com um grupo de controlo (Velooso et al., 2011).

Para além das dificuldades de regulação emocional, o modo como os indivíduos se fundem com os seus pensamentos e os tomam como se fossem factos reais tem sido, nos últimos anos, alvo de investigação para a comunidade científica, sobretudo, quanto ao seu papel preditor da psicopatologia.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) defende que a origem do sofrimento humano provém da inflexibilidade psicológica (da dificuldade em adaptar o comportamento às situações contextuais e em relação ao que é valorizado), que deriva e é mantida por processos de evitamento experiencial e de fusão cognitiva (Alves, 2015).

Nesse sentido, a ideia de fusão cognitiva, é entendida como a tendência do indivíduo, quando se encontra enredado com os seus pensamentos, de não conseguir reconhecer que o seu comportamento está a ser regulado por conteúdo cognitivo e não pela realidade, e, por isso, acaba por ignorar o contexto

ambiental e a sua própria experiência (Peixoto et al., 2019). Nesse estado de fusão, o indivíduo tende a desenvolver estratégias para evitar sentir experiências como repulsa, angústia, dor, entre outras, com o intuito de minimizar esse desconforto sentido. Segundo Silva (2015) o mecanismo de fusão cognitiva está associado a uma menor qualidade de vida, pois o evitamento, nesse caso, pode contribuir para a inflexibilidade psicológica e favorecer o desenvolvimento de psicopatologias.

Fergus et al., (2012) e Gillanders et al., (2014) demonstram que existe uma associação entre níveis elevados de fusão cognitiva e níveis elevados de ansiedade, burnout, ruminação e depressão, menos qualidade de vida e satisfação com o trabalho, bem como, maior tendência para usar estratégias de coping mal-adaptativas, cuja função é o evitamento experiencial. No entanto, o papel da fusão cognitiva na relação entre os fatores de stress psicológico associados à COVID-19 e os sintomas psicopatológicos ainda está por explorar.

Pelo exposto, face ao supramencionado impacto que a COVID-19 pode ter na saúde mental dos indivíduos, e tendo em consideração que existem, ainda, poucos estudos que se debruçaram sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos trabalhadores do comércio (nomeadamente lojistas), uma vez que, a maior parte dos estudos existentes (e.g. Greenberg et al., 2021) se referem ao impacto da COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde, torna-se importante estudar a associação entre os fatores de stress psicológico que os trabalhadores lojistas que, também, estiveram expostos a uma situação de risco sistemático, poderão apresentar associados ao vírus (por exemplo, medo da exposição, contaminação, impacto financeiro e/ou social) e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Num segundo momento, e apesar de alguns estudos recentes (e.g. Ashraf et al., 2020; Ahorsu et al., 2020) encontrarem uma associação entre o stress traumático associado à COVID-19 e a psicopatologia não são claros os possíveis mecanismos que podem mediar esta relação. Desta maneira, torna-se fundamental estudar não só o papel preditor do stress traumático nos sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão), mas também averiguar possíveis mecanismos mediadores, e se este impacto pode ocorrer indiretamente através da dificuldade na regulação dos estados emocionais durante a pandemia. Tendo em conta as pesquisas anteriores e as limitações existentes no âmbito da relação entre a COVID-19, fusão cognitiva e a psicopatologia, torna-se, também, pertinente estudar se a fusão cognitiva poderá funcionar como um mecanismo mediador do impacto da COVID-19 nos sintomas psicopatológicos, numa amostra de trabalhadores de comércio (lojistas).

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

A amostra inicial foi constituída por 180 indivíduos, 139 (77.2%) do sexo feminino e 41 (22.8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 61 anos. Como critérios de inclusão para a participação no estudo foram considerados indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e que se encontrassem numa situação profissional (enquanto trabalhadores lojistas) com experiência igual ou superior a 10 meses.

Assim, finalizada a recolha da amostra, e excluindo todos os casos que não cumpriram um dos critérios de inclusão do estudo (e.g., sujeitos com situação profissional inferior a 10 meses), obteve-se uma amostra total de 166 sujeitos, onde 125 (75.3%) são do sexo feminino e 41 (24.7%) do sexo masculino.

Após o dia 15 de janeiro de 2021, e devido ao novo confinamento, verificou-se que dos 85 participantes que responderam após esta data ao protocolo de escalas, 23 indivíduos (13.9%) mantiveram-se a trabalhar no atendimento ao público, enquanto 62 (37.3%) tiveram os locais de trabalho encerrados ao público. Foram, também, realizadas análises estatísticas para se apurar a existência de diferenças das médias das variáveis nominais entre os participantes que responderam ao protocolo de escalas antes do dia 15 de janeiro de 2021 e após, onde se verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas. Considerando-se, então, a amostra como uma amostra total.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização da amostra com base nas variáveis sociodemográficas é apresentada na tabela 1.

A amostra final do presente estudo foi constituída por 166 sujeitos, sendo que o sexo feminino foi prevalente na amostra com 125 (75.3%) sujeitos. Relativamente à faixa etária, verificou-se uma média de 32.1 (DP=8.79) anos de idade, com uma idade variável entre os 19 e os 61 anos. No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos indivíduos são solteiros (N=90; 54.2%). De seguida, relativamente às habilitações literárias, observou-se que existe maior número de indivíduos com o grau académico de licenciatura (N=65; 39.2%). Quanto à situação profissional, verificou-se que mais de metade da amostra total (N=129; 77.7%) é apenas trabalhadora e os restantes 37 sujeitos (22.3%) são trabalhadores-estudantes.

Por fim, na pergunta “já testou positivo à COVID-19?”, verificou-se que a maioria dos indivíduos não testou positivo (N=148; 89.2%).

O cálculo de testes *t* para amostras independentes revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino no que concerne à idade ($t = -0.26$; $p = .794$). Os testes de qui quadrado da independência mostraram igualmente que os géneros não se diferenciam no que concerne ao estado civil ($\chi^2 = 4.61$; $p = .100$), habilitações literárias ($\chi^2 = 3.21$; $p = .782$) e situação profissional ($\chi^2 = 0.13$; $p = .710$).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da amostra (n=166).

		M	DP
Idade		32.1	8.79
		N	%
Género	Feminino	125	75.3
	Masculino	41	24.7
Estado Civil	Solteiro/a	90	54.2
	Casado/a ou União de facto	61	36.7
	Separado/a ou Divorciado/a	15	9
Habilitações Literárias	9º ano (1º ciclo do ensino básico)	9	5.4
	12º ano (ensino secundário)	46	27.7
	Curso tecnológico/profissional (nível III)	13	7.8
	Licenciatura	65	39.2
	Pós-graduação	26	15.7
	Mestrado	6	3.6
	Outro	1	0.6
Situação Profissional	Trabalhador/a	129	77.7
	Trabalhador estudante	37	22.3
Já testou positivo para a COVID-19?	Sim	16	9.6
	Não	148	89.2
	Prefiro não responder	2	1.2

Nota. N = amostra; M = média; DP = desvio-padrão

Instrumentos

De seguida, encontram-se descritos o questionário de dados sociodemográficos e clínicos e os instrumentos de autorresposta que foram utilizados no presente estudo.

Com o *Questionário de dados sociodemográficos e clínicos* pretendemos recolher informação pertinente relativamente à idade (>18 anos), género, estado civil, habilitações literárias, (de acordo com o sistema de ensino português), situação profissional, bem como, experiência profissional igual ou superior a 10 meses, e por último, sobre hábitos de consumo de tabaco e/ou bebidas alcoólicas, com o intuito de compreender se houve ou não um aumento significativo desse consumo devido à COVID-

19. Uma vez que a amostra se baseia em trabalhadores lojistas, foi, também, recolhida informação sobre as medidas de prevenção contra a COVID-19 implementadas nos respetivos locais de trabalho. No que diz respeito às variáveis clínicas, questionou-se sobre a existência de teste positivo à COVID-19 e/ou isolamento profilático por exposição direta a alguém infetado pela COVID-19 e a possível perda de alguém próximo devido à infeção por COVID-19. Por fim, questionou-se se os sujeitos se mantiveram a trabalhar ou não no atendimento ao público após decretado o novo confinamento.

A *Covid Stress Scale* (CSS; versão original de Taylor *et al.*, 2020; versão portuguesa de Oliveira, Fernandes, Barbosa & Santos, 2020) é uma escala de autorresposta composta por 36 itens divididos por cinco subescalas e tem como objetivo avaliar respostas de stress psicológico relativamente à COVID-19. A subescala *perigo e medo de ficar contaminado* pelo vírus através de outras pessoas ou por tocar em objetos ou superfícies potencialmente contaminados contém 12 itens (*e.g.* “Preocupa-me poder apanhar o vírus.”), a de *consequências socioeconómicas* decorrentes da pandemia contém 6 itens (*e.g.* “Preocupa-me que os supermercados fechem.”), a de *xenofobia* associada ao vírus, tais como medo de contactar cidadãos estrangeiros por considerar que estes possam estar contaminados contém 6 itens (*e.g.* “Preocupa-me que os cidadãos estrangeiros estejam a espalhar o vírus no meu país.”), a de *sintomas de stress traumático* contém 6 itens (*e.g.* “Tive dificuldade em concentrar-me porque estava sempre a pensar no vírus.”) e, por fim, a subescala de *comportamentos de verificação compulsiva e de procura de tranquilização* contém 6 itens (*e.g.* “Pesquisei na internet por tratamentos para a COVID-19.”). As primeiras subescalas (medo e contaminação, consequências socioeconómicas, xenofobia) apresentam uma classificação de 5 pontos (0 = Nunca; 4 = Extremamente) e as duas últimas (stress traumático e comportamentos de verificação compulsiva e procura de tranquilização) apresentam uma classificação de 5 pontos (0 = Nunca; 4 = Quase sempre). Quanto mais elevadas as pontuações obtidas em cada uma das subescalas mais a presença de fatores de stress psicológicos associados à pandemia. Na versão original, o instrumento apresenta uma boa validade convergente e discriminante. A consistência interna é apenas identificada nas subescalas e reportam diferenças nas diferentes amostras revelando, contudo, para todas as subescalas um alfa de Cronbach $>.80$, com valores a variar entre bons a excelentes, valores estes indicativos de uma boa consistência interna (Taylor *et al.*, 2020). Apesar de traduzida, ainda não foi publicado o estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala (de Oliveira, Fernandes, Barbosa & Santos, 2020).

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; versão original de Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Pinto Gouveia, & Veloso, 2007) é um instrumento de autorresposta que tem como objetivo avaliar as dificuldades na regulação emocional experienciadas pelos adultos. A versão reduzida da escala (Victor & Klonsky, 2016) é composta por 18 itens que se agrupam em 6 subescala

(com cada dimensão a integrar três itens). É solicitado ao respondente que responda a cada item através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre), assinalando o seu grau de concordância com cada afirmação. As 6 subescalas são as seguintes: não aceitação da resposta emocional, dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos, dificuldades no controlo dos impulsos, falta de consciência das emoções, acesso limitado a estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional. No que concerne às propriedades psicométricas, este instrumento apresenta um alfa de Cronbach de .93 para a escala total, indicando uma boa consistência interna (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa da DERS-18, a análise das características psicométricas, revelou uma consistência interna muito boa, apresentando um alfa de Cronbach de .93 para a escala total (Pinto Gouveia, & Veloso, 2007). No presente estudo foi apenas considerado o total da escala com pontuações mais elevadas a indicarem mais dificuldades na regulação das emoções.

A *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ; versão original de Gillanders, et. al, 2014; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Dinis, Gregório, & Pinto, 2018) é um questionário de autorresposta utilizado para avaliar a fusão cognitiva, ou seja, o grau em que a função avaliativa e literal da linguagem e da cognição se sobrepõem de forma dominante à experiência atual e direta do contexto. Dito de outro modo avalia o grau em que as pessoas se tendem a fundir com os seus pensamentos (i.e., interpretando-os como literalmente verdadeiros e precisos) e, estes passam a exercer, através de regras verbais rígidas um controlo dominante sobre o comportamento, as emoções e a consciência, independentemente das contingências contextuais Trata-se de uma escala unidimensional constituída por 7 itens (e.g. “Os meus pensamentos perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional”) com uma classificação de 7 pontos (1 = Nunca verdadeiro; 7 = Sempre verdadeiro). Scores mais altos refletem maior fusão cognitiva. A versão original apresenta boa consistência interna, com um alfa de Cronbach entre .88 e .93 para as várias amostras em estudo (Gillanders, et. al, 2014), enquanto na versão portuguesa, o valor do alfa de Cronbach é de .90 (Pinto-Gouveia, Dinis, Gregório, & Pinto, 2018).

A *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) composta por 21 itens, e por três subescalas, tem como principal objetivo avaliar a severidade dos sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress. A subescala de *depressão* contém 7 itens (e.g. “Não consegui ter nenhum sentimento positivo.”), a de *ansiedade* tem 7 itens (e.g. “Dei-me conta que tinha a boca seca.”) e a de stress possui os 7 itens restantes (e.g. “Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.”). Os respondentes assinalaram, numa escala de 4 pontos (0 = Não se aplicou nada a mim;

3 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), a frequência com que experienciam cada sintoma durante a última semana. A versão original apresenta um alfa de Cronbach de .91 para a subescala de depressão, .84 para a subescala de ansiedade e .90 para a subescala de stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa o alfa de Cronbach foi de .85 para a subescala de depressão, .74 para a subescala de ansiedade e .81 para a subescala de stress (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No presente estudo foram apenas utilizadas as subescalas que avaliam a presença de sintomas de ansiedade e de pressão, com pontuações mais elevadas a indicarem a presença mais severa destes sintomas psicopatológicos.

Procedimentos

Primeiramente, cumprindo os princípios éticos, foi solicitada autorização aos respetivos autores dos instrumentos utilizados no protocolo de investigação, bem como, os resultados dos estudos de validação dos mesmos. Após a aprovação do protocolo pelo Comité de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (Anexo 1), que segue as normas da Declaração de Helsínquia (WHO, 2004), foi disponibilizado o questionário de autorresposta através de um link online.

A amostra da população geral constitui uma amostra de conveniência, recolhida nos diversos setores de retalho, nomeadamente em trabalhadores lojistas. Foi previamente facultado um esclarecimento por escrito, através de um consentimento informado (Anexo 2) que esclarecia o objetivo e a pertinência do estudo, alertando para a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da participação. O protocolo de investigação (Anexo 3) foi constituído por quatro instrumentos de avaliação psicológica. A administração do protocolo decorreu entre os meses de janeiro e março de 2021. Aos participantes que aceitaram participar voluntariamente no estudo foi disponibilizado o questionário de autorresposta através do acesso a um link online, partilhado nas redes sociais. Os participantes demoraram cerca de 15 minutos a concluir o protocolo.

De acordo com os objetivos delineados e para serem testadas as hipóteses em estudo para a presente investigação, os dados recolhidos foram posteriormente analisados, através de procedimentos de análises estatísticas quantitativas (com recurso ao SPSS e à MACRO PROCESS).

Análise Estatística

O tratamento e análise estatística dos dados foram realizados com recurso ao programa informático Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para Macintosh, SPSS, 2012).

Num primeiro momento, procedeu-se à caracterização da amostra em estudo através do cálculo da média e do desvio-padrão em relação à variável contínua (idade), assim como, de frequência e percentagens para as variáveis nominais (género, estado civil e situação profissional) e variáveis ordinais (habilitações literárias e questões relativas aos hábitos de consumo de álcool e tabaco) (Tabela 1). Averiguou-se, também, os pressupostos da independência das observações, a normalidade da distribuição e da homogeneidade das variáveis, através do teste de Levene, para a utilização do teste *t* de student. Neste procedimento considerou-se o nível de significância de $p \leq .05$ como indicativo da existência de diferenças estatisticamente entre as médias dos dois grupos para as variáveis contínuas. Foi utilizado o mesmo nível de significância e o teste do qui-quadrado para as restantes variáveis (Tabela 1). Seguidamente, efetuou-se o cálculo de estatísticas descritivas das variáveis avaliadas através dos instrumentos utilizados neste estudo (COVID Stress Scale, DERS-18, CFQ e DASS-2) incluindo as médias e os desvios-padrão (Tabela 2). A análise da normalidade das variáveis em estudo foi verificada através dos valores de referência de assimetria ou Skewness (*Sk*) e de achatamento ou Kurtosis (*Ku*). Um valor absoluto de Skewness < 3 e um valor absoluto de Kurtosis $< 8-10$, são indicativos da inexistência de desvios severos à distribuição normal (Kline, 2005). Foi, também, averiguada a possível presença de outliers através dos diagramas de extremos e quartis, no qual, não foram encontrados outliers extremos. Posteriormente, recorreu-se à análise de confiabilidade das escalas COVID Stress Scale, DERS-18, CFQ e DASS-21 e respetivas subescalas, através do alfa de Cronbach, considerando-se valores de consistência interna $> .70$ como indicativos de uma consistência interna aceitável (Marôco, 2010) (Tabela 2). Utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para verificar se em função do grau de consumo de tabaco e álcool, os participantes se diferenciaram relativamente às pontuações médias nas variáveis que avaliaram as dificuldades na regulação das emoções e da fusão cognitiva. Para a determinação das correlações entre o instrumento COVID Stress Scale e as suas respetivas subescalas com os restantes instrumentos (DERS-18, CFQ e DASS-21) recorreu-se à análise das correlações produto-momento de Pearson (Tabela 3). Para a interpretação da magnitude dos efeitos de correlação, foram seguidas as orientações do esquema de Cohen (1988) que refere que valores situados entre $.10$ e $.29$ indicam uma correlação inexistente ou pequena; entre $.30$ e $.49$ apresentam uma correlação moderada; e valores entre $.50$ e 1 são interpretados como sendo uma forte correlação. Segundo *Pearson* (1904) os valores de *r* podem variar entre -1 e 1 . Quando duas variáveis não se correlacionam entre si, *r* é igual a zero, e quando se correlacionam totalmente, *r* é igual a 1 (ou $r = -1$) (Espírito-Santo e Daniel, 2017).

Para analisar o impacto das dimensões da COVID-19 na predição dos sintomas psicopatológicos, foram realizadas regressões múltiplas univariadas. Tendo em conta os resultados

obtidos nas análises de correlação, foram testados os efeitos preditores das dimensões da COVID-19 (perigo, medo de contaminação, verificação compulsiva e stress traumático) nas dificuldades de regulação emocional, fusão cognitiva e na sintomatologia ansiosa e depressiva. De seguida, realizaram-se análises de mediação simples para testar se o efeito da variável independente X na variável dependente Y poderia ocorrer, pelo menos em parte, indiretamente, através da variável mediadora, ou seja, se o efeito preditor do perigo, medo e contaminação, verificação compulsiva e stress traumático na sintomatologia ansiosa e depressiva poderia ocorrer, pelo menos em parte, através da fusão cognitiva e das dificuldades na regulação das emoções. A mediação M é o mecanismo pelo qual X influencia Y. As letras, a, b, c e c' representam o efeito correspondente a cada uma das relações, isto é, a o efeito direto da variável independente na variável mediadora, b também o efeito direto, porém do mediador sobre a variável dependente, c' quantifica o efeito direto de X em Y, enquanto o produto de a e b quantifica o efeito indireto de X em Y por meio do mediador M. O efeito indireto ($a*b$) é a diferença entre o efeito total e o efeito direto. O efeito indireto é representado pelos dois caminhos (a e b) que ligam X a Y por meio de M (Hayes, 2013). Para testar as análises de mediação recorreu-se à Macro Process versão 3.5.3 (Hayes, 2017).

A significância dos efeitos diretos, indiretos e totais foram calculadas através do método bootstrap (com 5000 reamostragens) e considerando-se um nível de significância de .05. Após esse processo, existem várias estimativas do efeito indireto, cuja distribuição funciona como uma aproximação empírica da distribuição da amostra do efeito indireto, quando temos uma amostra n da população original. Para realizar o teste de mediação são conduzidas as regressões simultâneas dos efeitos diretos (variáveis independentes sobre as dependentes) e indiretos (variáveis independentes sobre as dependentes, através da variável mediadora), conforme o procedimento de Preacher e Hayes (2004). Este procedimento avalia o intervalo de confiança (IC) como recomendado por Shrout e Bolger (2002), sendo que, se os valores estiverem dentro dos 95% do intervalo de confiança, o efeito indireto é significativo e a ocorrência da mediação pode ser considerada presente (Prado et al., 2014). De acordo com este método, pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < .05$ quando o zero não estiver contido no intervalo de confiança (Hayes, 2017).

RESULTADOS

Análises preliminares

Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

A caracterização descritiva das variáveis em estudo é apresentada na tabela 2.

Dado que todas as variáveis em estudo apresentam valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e valores absolutos de achatamento inferiores a 8, considerou-se a inexistência de violações severas à distribuição normal das variáveis (tendo em consideração os valores propostos por Kline, 1998).

A consistência interna dos instrumentos (COVID Stress Scale, DERS-18, CFQ e DASS-21) foi avaliada através do alfa de Cronbach, tendo-se verificado que todas as variáveis apresentam valores de consistência interna excelentes (acima de .90) e claramente superiores ao valor estabelecido como adequado ($\alpha \geq .70$; Marôco, 2010, Tabela 2).

Tabela 2

Valores médios, de desvio-padrão, de assimetria, de achatamento e de consistência interna para cada uma das variáveis em estudo ($N=166$).

Instrumentos	Subescalas	M	DP	Sk	Ku	α
CSS	Perigo, medo e contaminação	2.58	0.74	-0.33	-0.61	.91
	Medo acerca das consequências económicas	1.68	1.20	0.22	-0.97	.95
	Xenofobia	1.30	1.06	0.52	-0.55	.93
	Verificação compulsiva e procura de tranquilização	1.24	0.86	0.75	0.40	.84
	Sintomas de stress traumático	0.89	0.94	1.43	1.94	.94
	Total					.95
DERS-18	Consciência	7.34	2.79	0.36	-0.71	.75
	Clareza	6.51	3.03	1.02	0.57	.86
	Objetivos	7.83	3.33	0.64	-0.61	.94
	Impulsos	4	1.95	1.17	1.30	.92
	Não aceitação	5.37	2.88	1.15	0.68	.92
	Estratégias	5.78	2.99	1.14	0.72	.90
	Total	38.64	13.25	0.92	0.37	.93
CFQ	Total	20.78	11.97	0.71	-0.53	.97
DASS-21	Depressão	4.75	5.08	1.23	1	.93
	Ansiedade	3.88	4.90	1.34	0.96	.93
	Stress	6.57	5.33	0.55	-0.53	.93
	Total					.97

Nota. N = amostra; M = média; DP = desvio-padrão; SK = assimetria; Ku = achatamento; α = alfa de cronbach. CSS: Escala do stress pela COVID-19; DERS-18: Escala de dificuldades na regulação emocional; CFQ: Escala da fusão cognitiva; DASS-21: Escala de depressão, ansiedade e stress.

Análise de frequências

Hábitos de consumos de tabaco e álcool

A análise da tabela de frequências apontou que 45.2% dos participantes responderam afirmativamente ao consumo de tabaco, sendo que 23.5% referem ter mantido inalterados os seus hábitos de consumo durante os últimos 10 meses, e 18.1% aumentado os seus consumos durante este período. Do mesmo modo, 56% dos participantes responderam afirmativamente ao consumo de álcool, sendo que 25.3% referem ter mantido os seus hábitos de consumo durante os últimos 10 meses, e 3.6% aumentado os seus consumos durante este período (um dos respondentes não respondeu a esta questão referente à alteração dos hábitos de consumo).

No sentido de se averiguar se em função dos hábitos de consumo do tabaco dos participantes (se diminuiu, manteve, aumentou ou se não consumiram durante a pandemia) (Tabela 3) variavam ou não as pontuações médias obtidas relativamente às dificuldades na regulação das emoções, foi conduzido o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, tendo-se verificado que os quatro grupos não se diferenciaram significativamente entre si $H(3)=5.38$; $p=.146$. Ou seja, os resultados sugerem que não há diferenças estatisticamente significativas quanto às dificuldades em regular as emoções em função do grau de consumo de tabaco reportado por parte dos participantes. Do mesmo modo, em relação à fusão cognitiva, verificou-se que os grupos também não se diferenciaram significativamente, $H(3)=3.94$; $p=.756$. Estes resultados sugerem que não se verificam diferenças estatisticamente significativas no grau de fusão cognitiva reportado pelos participantes em função do seu consumo de tabaco.

Foi igualmente conduzido o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para averiguar se em relação ao consumo aos hábitos de consumo de álcool dos participantes (se diminuiu, manteve, aumentou ou se não consumiram durante a pandemia) (tabela 4) variavam ou não as pontuações médias obtidas relativamente às dificuldades na regulação das emoções. A análise do teste post hoc para a comparação múltipla das médias foi sugestiva de que os grupos que se diferenciam entre si foi o grupo que reportou não consumir bebidas alcoólicas e o grupo que reportou ter aumentado o seu consumo, $H(3)=50.65$; $p=.012$ e o grupo que manteve inalterado o seu consumo e o grupo que reportou o seu aumento, $H(3)=42.40$; $p=.042$. No entanto, em relação à fusão cognitiva, verificou-se que os grupos não se diferenciam significativamente entre si quanto ao grau de fusão cognitiva reportado em função do grau de álcool, $H(3)=7.55$; $p=.056$.

Tabela 3

Valores médios, de desvio-padrão e do teste de Kruskal Wallis para as variáveis fusão cognitiva e dificuldades em regular as emoções (N=166).

Tabaco	DERS-18			CFQ		
	KW			KW		
	M	DP	p=0.146	M	DP	p=0.756
Diminui	31.33	6.03		18.33	11.93	
Manteve	39.31	13.29		21.97	12.44	
Aumentou	43.47	15.65		22.27	12.56	
Não consumiu	37.25	12.35		19.94	11.66	

Nota. M = média; DP = desvio padrão; DERS-18: Escala da dificuldade na regulação emocional; CFQ: Escala da fusão cognitiva; KW: Teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Tabela 4

Valores médios, de desvio-padrão e do teste de Kruskal Wallis para as variáveis fusão cognitiva e dificuldades em regular as emoções (N=166).

Álcool	DERS-18			CFQ		
	KW			KW		
	M	DP	p=.044	M	DP	p=.056
Diminui	40.72	13.95		22.38	11.87	
Manteve	38.17	10.79		20.65	10.97	
Aumentou	51.83	14.63		32.17	15.28	
Não consumiu	36.65	13.54		18.94	11.98	

Nota. M = média; DP = desvio padrão; DERS-18: Escala da dificuldade na regulação emocional; CFQ: Escala da fusão cognitiva; KW: Teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Análises correlacionais

Com o objetivo de explorar a relação entre as variáveis em estudo foram calculadas correlações produto-momento de Pearson (tabela 5). Os valores apresentados na Tabela 5, indicam que a verificação compulsiva (CSS-VC) se correlaciona positiva e moderadamente com o DERS-18 ($r = .42$; $p < .001$), o CFQ ($r = .31$; $p < .001$) e o DASS-21 (depressão $r = .33$; $p < .001$; ansiedade $r = .42$; $p < .001$). O stress traumático (CSS-ST) correlaciona-se positiva e fortemente com a DERS-18 ($r = .64$; $p < .001$), com o CFQ ($r = .51$; $p < .001$) e com o DASS-21 (depressão $r = .56$; $p < .001$; ansiedade $r = .66$; $p < .001$). No que respeita ao CFQ, verificou-se uma associação positiva e de magnitude elevada com a DERS-18 ($r = .76$; $p < .001$) e o DASS-21 (depressão $r = .62$; $p < .001$; ansiedade $r = .70$; $p < .001$). Por fim, o

DERS-18, também se correlaciona positiva e fortemente com o DASS-21 (ansiedade $r = .57$; $p < .001$; depressão $r = .76$; $p < .001$).

Tabela 5

Correlações de produto-momento de Pearson entre as variáveis em estudo (n=166).

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1.DERS-18	1							
2.CFQ	.76**	1						
3.DASS- Depressão	.76**	.70**	1					
4.DASS- Ansiedade	.70**	.62**	.80**	1				
5.CSS-Perigo, medo e contaminação	.19*	.22**	.21**	.19*	1			
6.CSS- Consequências socioeconômicas	.05	.04	.02	0	.57**	1		
7.CSS- Xenofobia	.10	.13	.12	.15*	.58**	.65**	1	
8.CSS- Verificação compulsiva	.42**	.31**	.33**	.42**	.40**	.29**	.42**	1
9.CSS- Stress traumático	.64**	.51**	.56**	.66**	.36**	.22**	.31**	.69**

**p <0.01 e *p <0.05

Nota. CSS: Escala do stress pela COVID-19; DERS-18: Escala de dificuldades na regulação emocional; CFQ: Escala da fusão cognitiva; DASS-21: Escala de depressão, ansiedade e stress.

Regressões Lineares Múltiplas

Os resultados das correlações produto-momento de Pearson foram sugestivos de que, entre as diferentes dimensões que avaliam os fatores de stress associados à COVID-19, as preocupações com o perigo e medo de contaminação, os comportamentos de verificação compulsiva e procura de tranquilização e o stress traumático se encontram mais fortemente, e positivamente, correlacionados com as dificuldades em regular as emoções, com a fusão cognitiva e com os sintomas de ansiedade e depressão. Como tal, procurou-se perceber o poder preditivo destas dimensões de stress associados à COVID-19 na explicação das dificuldades em regular as emoções, na fusão cognitiva e nos sintomas psicopatológicos.

Os resultados das regressões lineares múltiplas (tabela 6 e 7) conduzidas sugerem que quando se testa em simultâneo estes três preditores, somente a dimensão stress pós-traumático se revela como um preditor robusto, estatisticamente significativo, da sintomatologia ansiosa ($b=3.63$, $t=8.40$, $p<.001$) e depressiva ($b=3.31$, $t=6.71$, $p<.001$). Os modelos explicam 43% ($R^2 = 0.43$) e 31% ($R^2 = 0.31$) da variância da sintomatologia ansiosa e depressiva, respetivamente. No mesmo sentido, quando se inserem simultaneamente estas três dimensões (perigo e medo de contaminação, verificação compulsiva e sintomas de stress traumático) as regressões lineares conduzidas revelam que,

relativamente às dificuldades na regulação das emoções, apenas a dimensão stress pós-traumático se revela como sendo preditor único, estatisticamente significativo ($b=9.59$, $t=8.13$, $p<.001$), acontecendo o mesmo em relação à fusão cognitiva ($b= 7.05$, $t=5.90$, $p<.001$). Os modelos explicam 42% ($R^2=0.42$) e 27% ($R^2=0.27$) da variância da dificuldade na regulação das emoções e da fusão cognitiva, respetivamente. Desta maneira, é possível afirmar que mesmo quando se controla o efeito das restantes dimensões (perigo e medo de contaminação e dos comportamentos de verificação e procura de tranquilização) somente os sintomas de stress pós-traumático mantêm consistentemente um poder preditivo único e significativo na explicação de maiores dificuldades em regular as emoções, de um maior grau de fusão cognitiva e de uma maior presença de sintomas psicopatológicos. E que as restantes dimensões de stress associado à covid-19 não revelam ter um contributo independente e diferencial, dos sintomas de stress traumático, na explicação das variáveis em estudo.

Tabela 6

Análise de regressão linear com os fatores de stress por COVID-19 (perigo, medo e contaminação, verificação compulsiva e stress traumático) com preditores da sintomatologia ansiosa (n = 166)

DassAns				
	r^2	b	t	p
	0.43		1.70	.091
CSSPMC		-.35	-.80	.424
CSSVC		-.22	-.44	.658
CSSST		3.63	8.40	.000

Nota. DassAns: Escala da depressão, ansiedade e stress – subescala ansiedade; CSSPMC: Escala de stress por COVID-19 – subescala perigo, medo e contaminação; CSSVC: Escala de stress por COVID-19 – subescala verificação compulsiva; CSSST: Escala de stress por COVID-19 – subescala stress traumático.

Tabela 7

Análise de regressão linear com os fatores de stress por COVID-19 (perigo, medo e contaminação, verificação compulsiva e stress traumático) com preditores da sintomatologia depressiva (n = 166)

DassDep				
	r^2	b	t	p
	0.31		1.68	.095
CSSPMC		.21	.43	.670
CSSVC		-.65	-1.18	.242
CSSST		3.31	6.71	.000

Nota. DassDep: Escala da depressão, ansiedade e stress – subescala depressão; CSSPMC: Escala de stress por COVID-19 – subescala perigo, medo e contaminação; CSSVC: Escala de stress por COVID-19 – subescala verificação compulsiva; CSSST: Escala de stress por COVID-19 – subescala stress traumático.

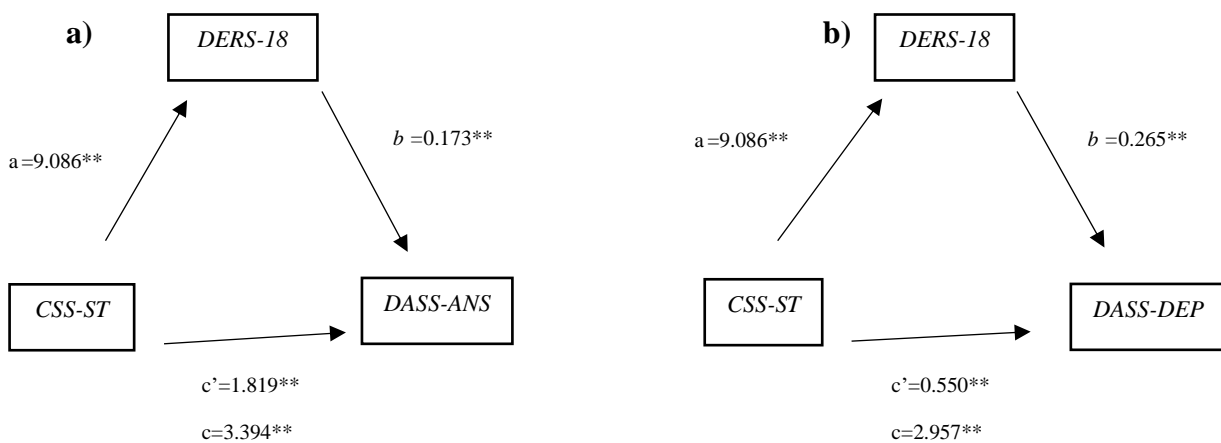
Análises de mediação

Tendo em consideração os resultados das regressões lineares multivariadas procurou-se testar a possibilidade do impacto da variável independente X (stress traumático) na variável dependente Y (ansiedade e depressão) ocorrer indiretamente através de dois mecanismos mediadores (dificuldades na regulação de emoções e fusão cognitiva). Para testar os efeitos de mediação recorreu-se à macro PROCESS 3.5.3 (Hayes, 2017).

Assim, nas duas primeiras mediações (figura 1) estudou-se o possível efeito mediador da regulação emocional na relação entre os sintomas de stress traumático e sintomatologia ansiosa (figura 1a) e depressiva (figura 1b).

Figura 1

Modelo Conceitual e Estatístico de Mediação Simples (n=166).



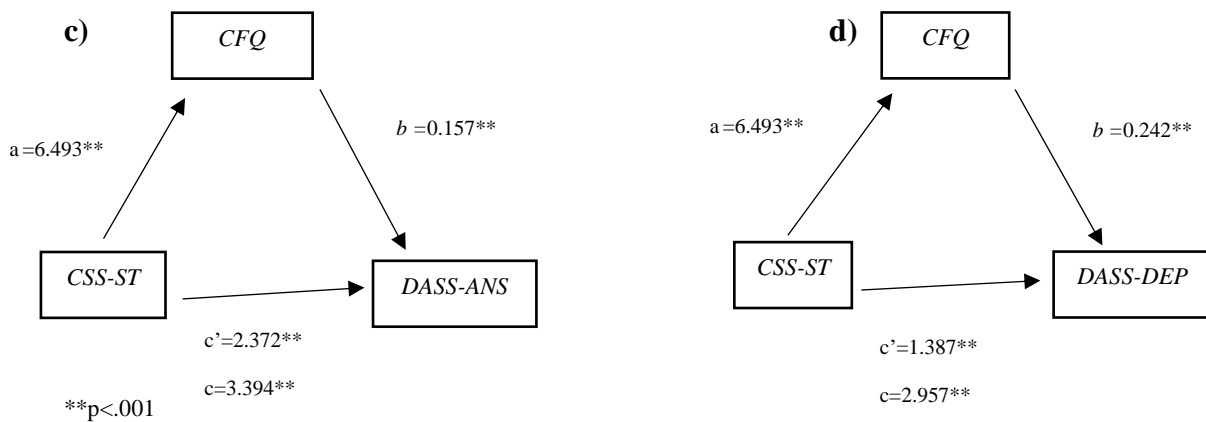
$**p < .001$

Nota. DERS-18: Escala de dificuldade na regulação emocional; CSS-ST: Escala de stress por COVID - Subescala stress traumático; DASS-ANS: Escala de depressão, ansiedade e stress – Subescala ansiedade; DASS-DEP: Escala de depressão, ansiedade e stress – Subescala depressão.

Nas duas seguintes mediações (figura 2) estudou-se o possível efeito mediador da fusão cognitiva no impacto do stress traumático na sintomatologia ansiosa e depressiva.

Figura 2

Modelo Conceitual e Estatístico de Mediação Simples (n=166).



Nota. CFQ: Escala da fusão cognitiva; CSS-ST: Escala de stress por COVID - Subescala stress traumático; DASS-ANS: Escala de depressão, ansiedade e stress – Subescala ansiedade; DASS-DEP: Escala de depressão, ansiedade e stress – Subescala depressão.

Os resultados da **figura 1a**, mostraram que o modelo testado explica 43% da sintomatologia ansiosa ($R^2=0.43$). O efeito do stress pós-traumático na sintomatologia ansiosa apresenta um efeito total (c) não estandardizado de $b=3.39$, IC 95% [2.874, 4.002], $p<.001$. O efeito direto (c') não estandardizado, quando controlado o mediador (dificuldades na regulação emocional), revelou-se estatisticamente significativo, $b=1.81$, IC 95% [1.115, 2.523], $t = 6.86$, $p<.001$. Do mesmo modo, o efeito indireto não estandardizado ($a*b$) revelou-se igualmente estatisticamente significativo, $b=1.57$, IC 95% [0.991, 2.220]. Dado que o 0 não está incluído no intervalo de confiança de 95%, podemos concluir que o efeito indireto é significativamente diferente de 0 para um $p<.05$ e corresponde a 46.32% ($1.57/3.39*100$) do efeito total. Os resultados das análises de mediação apontam para a existência de um efeito indireto parcial.

Na **figura 1b**, o modelo testado explica 30% da sintomatologia depressiva ($R^2= 0.30$). O efeito do stress pós-traumático na depressão apresenta um efeito total (c) não estandardizado de $b=2.95$, IC 95% [2.260, 3.654], $t=3.37$, $p<.001$. O efeito direto (c') não estandardizado, quando controlado o mediador (dificuldades na regulação emocional), revelou-se estatisticamente significativo, $b=0.55$, IC 95% [-0.159, -1.259], $t=1.53$, $p<.001$. O efeito indireto não estandardizado ($a*b$) revelou-se estatisticamente significativo, $b=2.40$, IC 95% [1.742, 3.113]. Dado que o 0 não está incluído no intervalo de confiança de 95%, podemos concluir que o efeito indireto é significativamente diferente de 0 para um $p<.05$ e corresponde a 81.36% ($2.40/2.95*100$) do efeito total. Os

resultados das análises de mediação apontam para a existência de um efeito indireto parcial.

O modelo testado na **figura 1c**, explica 43% da sintomatologia ansiosa ($R^2=0.43$), apresentando um efeito total (c) não estandardizado de $b=3.39$, IC 95% [2.874, 4.002], $p<.001$. O efeito direto (c') não estandardizado, quando controlado o mediador da fusão cognitiva, revelou-se estatisticamente significativo, $b=2.37$, IC 95% [1.733, 3.011], $t=7.32$, $p<.001$. O efeito indireto não estandardizado ($a*b$) revelou-se, também, estatisticamente significativo, $b=1.02$, IC 95% [0.601,1.538]. Dado que o 0 não está incluído no intervalo de confiança de 95%, podemos concluir que o efeito indireto é significativamente diferente de 0 para um $p<.05$ e corresponde a 30.09% ($1.02/3.39*100$) do efeito total. Os resultados das análises de mediação apontam para a existência de um efeito indireto parcial.

Por fim, os resultados apresentados na **figura 1d**, mostraram que o modelo explica 30% da sintomatologia depressiva ($R^2=0.30$). O efeito do stress pós-traumático na depressão apresenta um efeito total (c) não estandardizado de $b=2.95$, IC 95% [2.260, 3.654], $t=3.37$, $p<.001$. O efeito direto (c') não estandardizado, quando controlado o mediador da fusão cognitiva, também se revelou estatisticamente significativo, $b=1.38$, IC 95% [0.729, 2.046], $t=4.15$, $p<.001$. O efeito indireto não estandardizado ($a*b$) revelou-se estatisticamente significativo, $b=1.57$, IC 95% [1.032, 2.196]. Dado que o 0 não está incluído no intervalo de confiança de 95%, podemos concluir que o efeito indireto é significativamente diferente de 0 para um $p<.05$ e corresponde a 53.23% ($1.57/2.95*100$) do efeito total

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em resposta à pandemia, vários autores (e.g. Taylor et al., 2020) têm vindo a demonstrar a importância de se estudar as respostas que possam estar associadas ao impacto psicológico da pandemia da COVID-19. Estes estudos têm apontado para a necessidade de se compreender, de uma forma abrangente, possíveis efeitos psicológicos associados à COVID-19. A presente investigação teve como objetivos principais compreender a associação entre pensamentos intrusivos e preocupações associadas à COVID-19 (e.g., preocupações assentes no medo de contaminação, das consequências socioeconómicas, de cariz xenófobo, quanto à necessidade de comportamentos de verificação e procura de tranquilização e associadas à vivência de trauma) e os sintomas psicopatológicos

(ansiedade e depressão), mas também, o de explorar a existência de mecanismos mediadores que possam ajudar a compreender esta associação. O estudo foi conduzido através de uma amostra de 166 participantes, trabalhadores lojistas, que pela natureza das suas funções estiveram expostos a múltiplos contactos sociais com maior risco de exposição ao vírus da COVID-19.

Os resultados deste estudo não apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e o masculino no que diz respeito às variáveis sociodemográficas. À data em que foi realizada a recolha da amostra a maioria dos participantes não havia testado positivo para a COVID-19 (89.2%). Cerca de 23.5% dos participantes relataram ter mantido inalterados os seus hábitos de consumo de tabaco durante os últimos 10 meses. No entanto, 18.1% referiu ter aumentado esses hábitos de consumo no mesmo período. Relativamente ao consumo de álcool, 25.3% dos participantes referiram ter mantido os seus hábitos de consumo durante os últimos 10 meses, e 3.6% aumentado o consumo durante o mesmo período.

No presente estudo, à semelhança dos estudos que têm vindo a ser conduzidos nos últimos meses (e.g. Taylor, 2021), verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa e positiva entre as preocupações e medos de contaminação e ficar infetado pela COVID-19 com a ansiedade e a depressão. O presente estudo vem ainda demonstrar que os respondentes que pontuaram mais nas subescalas de verificação compulsiva/procura de tranquilização e stress traumático foram também aqueles que reportaram a presença de maiores sintomas de ansiedade e depressão. Dada a escassez de estudos sobre o papel explicativo das dificuldades de regulação emocional na psicopatologia e a COVID-19, esta investigação vem acrescentar, aos estudos já existentes (e.g. Coutinho et al., 2009) que durante esta fase de pandemia, nesta amostra de trabalhadores lojistas, se observou igualmente que a presença de maiores dificuldades em regular as emoções está associada a mais sintomas de ansiedade e depressão. O mesmo acontece com a fusão cognitiva, onde apesar de não existirem estudos sobre a relação da fusão cognitiva e a COVID-19, a literatura tem vindo a demonstrar uma associação positiva entre a fusão cognitiva e a sintomatologia ansiosa e depressiva (e.g. Pinto-Gouveia et al., 2020). No entanto, o presente estudo vem demonstrar que, durante esta fase de pandemia, se verifica uma associação de magnitude muito elevada entre a fusão com pensamentos de conteúdo negativo, que neste caso, estarão possivelmente associados aos fatores de stress associados à COVID-19 e a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Tendo-se observado esta associação, o objetivo seguinte foi estudar o papel preditivo dos fatores de stress associados à COVID-19, que foram avaliados pela Escala de Stress por COVID-19 (CSS), na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva, tendo-se constatado, claramente, que entre as dimensões dos fatores de stress devidos à COVID-19, o mais robusto preditor da presença de sintomas depressivos e ansiosos, de maiores dificuldades na regulação das emoções e de um maior grau de fusão cognitiva, nestes trabalhadores, durante a pandemia, foram os sintomas de stress traumático. Dado que estudos anteriores (e.g. Ashraf et. al, 2020; Ahorsu et. al, 2020; Greenberg et. al, 2021) conduzidos em profissionais de saúde têm vindo apontar para a presença de stress traumático como um preditor significativo de uma pior saúde mental, este resultado é particularmente interessante, porque demonstra que mesmo em pessoas que não tiveram expostas diretamente a fatores de stress em contexto hospitalar, como a exposição direta e constante ao vírus, a incerteza sobre procedimentos médicos evasivos ou a lidar diretamente com a morte pela infeção, o facto de terem estado igualmente expostas, a uma possível infeção no seu contexto de trabalho, poderá ter contribuído para uma mais evidente presença de sintomas de stress traumático. Estes resultados alertam para a importância de se considerar a possibilidade de trabalhadores de outras classes profissionais (que não apenas os da área da saúde) poderem ter sentido o impacto negativo da pandemia na saúde mental e, em particular, quando ao surgimento de sintomas de stress traumático, sendo que, estes sintomas parecem ter um importante papel na compreensão dos sintomas de ansiedade e depressão experienciados durante o contexto pandémico e que, por isso, devem ser objeto de intervenção nos modelos de intervenção terapêutica delineados.

Apesar de não serem conhecidos estudos sobre o que poderá explicar a presença elevada de sintomas de stress traumático durante este contexto pandémico, é possível que a perceção de exposição elevada a possíveis fontes de contágio (pelo número elevado de contactos sociais em contexto de trabalho), o ter que lidar com o surgimento de um vírus desconhecido, para o qual não existem tratamentos médicos específicos, a exposição a informações sobre a sobrecarga dos serviços de urgência e a possibilidade de não obtenção de cuidados médicos caso necessário, a exposição sistemática e prolongada a notícias sobre estas temáticas, bem como, com a incerteza e a imprevisibilidade quanto ao curso da pandemia e sobre as possíveis consequências nas várias dimensões da vida humana (que para além da saúde física, incluem a vida social, laboral, familiar, e saúde

psicológica, possam eventualmente explicar os resultados encontrados. De facto, de acordo com Garfin et al., (2020) a repetida informação transmitida pelos media sobre a pandemia pode levar a respostas intensificadas de stress, que por outro lado, podem levar a um impacto de longo alcance na saúde física e mental da população em geral.

Desta maneira, ao constatararmos estes resultados, procurou-se estudar possíveis mecanismos de mediação entre estes sintomas e a sintomatologia ansiosa e depressiva. A literatura tem vindo a demonstrar que a fusão cognitiva e as dificuldades em regular as emoções também são dois importantes preditores negativos de sintomatologia psicopatológica (e.g. Veloso et al., 2011; Pinto-Gouveia et al., 2020). Nesse sentido, foi testada a hipótese destes processos psicológicos poderem ter um papel compreensivo importante, ao poderem funcionar como mecanismos mediadores explicativos da relação entre os fatores de stress psicológico associados à covid-19 e os sintomas de ansiedade e depressão

Nesta fase de pandemia, as pessoas tiveram contacto com maior intensidade dos seus estados emocionais, pela incerteza e imprevisibilidade do vírus, por terem que fazer um ajustamento a um conjunto de mudanças em várias áreas da sua vida, o que terá conduzido à experiência de estados emocionais negativos (por exemplo, ansiedade, tristeza, medo) e um desafio acrescido quanto à regulação dos estados emocionais negativos experienciados, assim como, ao surgimento de pensamentos de preocupação associados à percepção de perigo e ameaça perante a exposição ao vírus desconhecido e potencialmente ameaçador da saúde física. Os resultados de presente estudo evidenciam que estes dois processos funcionam de facto como mediadores parciais, o que sugere que, em parte, as pessoas que vivenciaram mais sintomas de stress traumático, apresentam mais sintomatologia ansiosa e depressiva porque, em parte sentiram maiores dificuldades em regular as suas emoções negativas e ficarem mais fusionadas a pensamentos negativos associados à percepção de ameaça do vírus. No entanto, também se apurou que, os próprios sintomas de trauma continuam a ter um impacto direto, único e diferencial, na explicação da sintomatologia ansiosa e depressiva, sendo necessários mais estudos que ajudem a compreender os resultados encontrados, nomeadamente, a possível existência de outros mecanismos mediadores não contemplados no presente estudo. Contudo, os resultados obtidos são concordantes com outros estudos realizados (e.g. Shevlin et al., 2020) que sugerem, que um dos impactos negativos da pandemia na saúde mental das pessoas foi o facto de as pessoas vivenciarem sintomas de trauma.

Desta maneira, Taylor (2021), tem vindo a equacionar a possibilidade de que, se este impacto da pandemia na saúde mental das pessoas se vier a revelar, ao longo do tempo, como sendo crónico, é possível que se possa considerar a possibilidade de existir uma perturbação de ajustamento, no qual sugere ser dado o nome de Síndrome de Stress COVID.

Após discutidos os resultados do presente estudo, torna-se fundamental refletir sobre as limitações, vantagens e sugestões para futuros estudos.

Relativamente às limitações, a primeira prende-se com o facto de o protocolo de investigação ser extenso, o que poderá ter interferido com o rigor das respostas e, consequentemente, com o tamanho da amostra. Outra limitação é o facto de a amostra ter sido recolhida através de um link online, tendo sido direccionada para trabalhadores lojistas que se voluntariaram a participar e tratando-se de uma amostra de conveniência poderá não estar assegurada a representividade da amostra. Ainda identificámos como limitação o desenho da investigação ser transversal, o que não permite estabelecer com clareza a natureza causal das relações estudadas. Por fim, outro aspeto limitador foi de ser uma amostra reduzida que devia ser alargada a outras classes profissionais. Embora não seja uma investigação representativa da população de trabalhadores lojistas, esta dá um contributo importante para a expansão de estudos científicos nesta área, sobretudo numa fase tão delicada e crítica que vivemos devido à pandemia da COVID-19.

Em investigações futuras sugere-se que a amostra seja alargada a outras classes profissionais, e considera-se que sejam realizados estudos de outros possíveis mecanismos que possam explicar ou ajudar a compreender a presença de sintomas de trauma ou de possíveis mecanismos que ajudem a compreender melhor a relação entre a sintomatologia traumática e a presença de sintomas psicopatológicos.

Ao finalizar este trabalho de investigação, este estudo revela que as intervenções junto da população geral, em particular, dos trabalhadores que, durante a pandemia, tiveram expostos ao vírus, deve ter em consideração a avaliação clínica da eventual presença de sintomas de trauma, mas também integrar protocolos de intervenção que permitam trabalhar os processos de fusão cognitiva e as dificuldades de regular os estados emocionais.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, M.Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. & Ahmad, A. (2020). *Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems*. *Asian J Psych*; 51:102092.
- 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*. Springer Science Business Media, LLC, part of Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- Alves, D. C. T. (2015). *O impacto da satisfação profissional na qualidade de vida: O papel mediador da fusão cognitiva*. [The impact of job satisfaction on quality of life: The mediating role of cognitive fusion]. (Master's Thesis, Universidade de Coimbra).
- Ashraf, F., Lee, S. & Crunk, E. (2020). *Factorial validity of the Urdu version of the Obsession with COVID-19 Scale: Preliminary investigation using a university sample in Pakistan*, *Death Studies*. <https://10.1080/07481187.2020.1779436>.
- Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., Parlapani, E., Chatzigeorgiou, F.A., Skoupra, M., Syngelakis, M., Holeva, V., Diakogiannis, I. (2020). *COVID-19: PTSD Symptoms in Greek Health Care Professionals*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 12, 7, 812– 819: 1942-9681 Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000914>.
- Boni, R. B., Balanzá-Martínez, V., Mota, J. C., Cardoso, T. A., Ballester, P., Carbonell, Bastos, F. I. & Kapczinski, F. (2020). *Depression, Anxiety and Lifestyle Among Essential Workers: A Websurvey From Brazil And Spain During The Covid-19 Pandemic*. *Journal of Medical Internet Research*. <https://preprints.jmir.org/preprint/22835>.
- Chandu, V. C., Marella, Y., Panga, G. S., Pachava, S. & Vadapalli, V. (2020). *Measuring the impact of COVID-19 on Mental Health: A Scoping Review of the existing scales*. A scoping review of the existing scales. *Indian J Psychol Med*. 2020, 42:1– 7. <https://10.1177/0253717620946439>.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). *Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos*. *Rev Psiq Clín*, 37(4), 145-51.
- Duarte, M., Santo, M., Lima, C. Giordani, J. & Trentini, C., (2020). *Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3401-3411. <https://10.1590/1413-81232020259.16472020>.
- Elsevier. (2020). *Prevalence and predictors of PTSD during the COVID-19 pandemic: Findings from a Tunisian community sample*. *Psychiatry Research* 209 (2020). 113133.
- Fernandes, M., Silva, I., Organista, D., Abreu, T., Santos, F. P. & Froes, F. (2020). *O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental*. *Cartas ao Editor, Acta Med Porto* 2020 May, 33(5), 351-358. <https://doi.org/10.20344/amp.13593>.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B., (2014). *The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire*. *Behavior Therapy*, 45 (1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001 e Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Gillen, M. J., Hiraoka, R., Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., & McGrath, P. B. (2012). *Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples*. *Psychological Assessment*, 24, 402-408. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025776>.
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2017). *O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades da regulação emocional e os comportamentos alimentares*. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8, 13-32.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 1. Doi: 0882-2689/04/0300-0041/.

- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson V., & Fong, K. (2021). *Mental health of staff working in intensive care during COVID-19*. Oxford University Press on behalf of the Society of Occupational Medicine. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>.
- Lana, R. M., Coelho, F. C., Gomes, M. F., Cruz, O. G., Bastos, L. S., Villela, D. A. M. & Codeço, C. T. (2020). *Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva*. Cadernos de Saúde Pública 2020, 36(3). <https://10.1590/0102-311X00019620>.
- Linhares, B. M. & Fiorim, S. R. (2020). *Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil*. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200089. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. Behavior Research and Therapy, 33(3) 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., Engelhard, I. M. (2020). *Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020*. Journal of Anxiety Disorders, 102258. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>.
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B. & Gonçalves, M. (2020). *Pandemia Covid-19 e Saúde Mental: Breve Revisão da Literatura*. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 6 (2) 67-76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2020). *ONU diz que medo não pode viralizar após a pandemia de novo coronavírus*. [Acesso em 2020 abr 30]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707031>.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. & Kessler, F. H. P. (2020). *Pandemia de medo e CoVid-19: Impacto na saúde mental e possíveis estratégias*. Revista debates in psychiatry, p. 2-7.

- Pais-Ribeiro, J. L., 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.
- Peixoto, E. M., Honda, G. C., Gagnon, J., Rocha, G. M. A., Nakano, T. C., Zanini, D S. & Balbinotti, M. A. A. (2019). *Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ): novas evidências de validade e invariância transcultural*. Porto Alegre, 2019, 50(1): e27851. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.1.27851>.
- Pereira, M. D., Oliveira, L. C., Costa, C. F. T., Bezerra, C. M. O., Pereira, M. D., Santos, C. K. A. & Dantas, E. H. M, (2020). *The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review*. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-35. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>.
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S. & Pinto, A., M. (2020). *Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms – the role of cognitive fusion*. *Current Psychology* 39, 528–539. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9767-5>.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, Y. (2020). *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations*. *General Psychiatry*; 33:e100213. Doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
- Rosa, R. (2021). Do primeiro caso à vacina, a história da Covid-19 em Portugal. Retrieved from <https://eco.sapo.pt/2021/01/01/do-primeiro-caso-a-vacina-a-historia-da-covid-19-em-portugal/> a 23 de janeiro de 2021.
- Reverendo, I. M. S. (2011). *Estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do Emotion Index for Children and Adolescents (ERICA)*. [Adaptation and validation study of the portuguese version of the Emotion Index for Children and Adolescents (ERICA)]. (Master's Thesis, Universidade de Coimbra).
- Rodrigues, A. P. & Gondim, S. G. (2014). *Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. Às cegas dupla (double blind review)*. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Ana Silvia Rocha

- Ipiranga (Ed. Seção), Walter Bataglia (Ed.), p. 38-65. <https://10.1590/S1678-69712014000200003>.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcónb, J. C., Riano-Hernández, D. & Gillanders, D. (2016). *Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.
- Shelvin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, G.J., Hartman, K.T., Levita, L., Mason, L., Martinez, P.A., McKay, R., Stocks, A.V.T., Bennett, M.K., Hyland, P., Karatzias, T., Bentall, P.R. (2020). *Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic*. *BJPsych Open* (2020), 6, e125, 1-9. Doi: 10.1192/bjo.2020.109.
- Silva, H. G. N., Santos, L. E. S. & Oliveira, A. K. S. (2020) *Efeitos da pandemia do novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades*. *J. nurs. health*. 2020, 10.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L. & Demenech, L. M. (2020). *Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)*. *Revista Estudos de Psicologia (Campinas)*, na Seção Temática: “Contribuições da Psicologia no Contexto da Pandemia da COVID-19”.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Schoalrs Publishing.
- Taylor, S. (2021). *COVID Stress Syndrome: Clinical and Nosological Considerations*. *Current Psychiatry Reports* (2021) 23: 19. Doi: <https://doi.org/10.1007/s1021-01226-y>.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020). *Development and initial validation of the COVID Stress Scales*. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232. <https://10.1016/j.janxdis.2020.102232>.
- Taylor, S., Fong, A., Asmundson, G.J.G. (2021). *Predicting the Severity of Symptoms of the COVID Stress Syndrome From Personality Traits: A Prospective Network Analysis*. *Frontiers in Psychology*; 12:632227.

- Thompson, R.A. & Calkins, S.D. (1996). *The double-edged sword: Emotion regulation in high risk children*. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182.
- Vaz, F. M., Martins, C. & Martins, E., C. (2008). *Diferenciação Emocional e Regulação Emocional em Adultos Portugueses*. *PSICOLOGIA*, Vol. XXII (2), Edições Colibri, Lisboa, pp. 123-135.
- Veloso, M., Pinto Gouveia, J. & Dinis, A. (2011). *Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)*. *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 87-110.
- 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*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 1729. Doi:10.3390/ijerph17051729.
- World Health Organization (2020). *Vacinas para o covid-19*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines> a 23 de janeiro de 2021.

Anexo 1

Certificado de Aprovação pela Comissão de Ética do ISMT

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P02-21

Projeto de Investigação: O impacto da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores lojistas: o papel explicativo da regulação emocional e da fusão cognitiva

Investigadores: Mestranda Ana Carolina Santos Ferreira e Orientadora Professora Doutora Alexandra Dinis

Data entrada: 6 de janeiro de 2021

Data de apreciação: 14 de janeiro de 2021

Fundamentação do parecer

É um estudo com vista à realização de investigação de Mestrado em Psicologia Clínica, na área de Especialização em Terapias Cognitivo-comportamentais.

Desde março de 2020, Portugal tem enfrentado a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estudos recentes demonstraram mudanças significativas no quadro de saúde mental da população mundial (Duarte *et al*, 2020; Silva *et al*, 2020; Taylor *et al*, 2020). Muitas pessoas apresentaram medo e ansiedade, incluindo o medo de ser infetado, medo de entrar em contacto com objetos e/ou superfícies contaminadas, medo de estrangeiros que possam estar infetados, medo das consequências socioeconómicas, verificação compulsiva e busca de garantias sobre possíveis ameaças relacionadas à pandemia e ao stress traumático (por exemplo, pesadelos e pensamentos intrusivos).

Este estudo pretende analisar o impacto e consequências da COVID 19 na população trabalhadora lojista, que tem mantido a trabalhar presencialmente durante esta fase de pandemia, relativamente, identificando a presença de sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão e stress) e dificuldades em regular os estados emocionais.

O estudo em causa apresenta um design metodológico transversal, sendo a metodologia de recolha da informação quantitativa (questionários de auto-resposta).

Os critérios de participação estão definidos. Podem participar indivíduos com mais de 18 anos que reúnam as condições laborais definidas.

O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência e “bola de neve”.

A recolha de dados é realizada através de um protocolo em formato online, com recurso à aplicação Formulários do GoogleDocs.

É garantido que os dados serão analisados anónima e coletivamente pelos investigadores, usados unicamente para fins desta investigação.

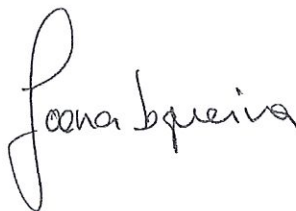
Os instrumentos que constituem o protocolo de investigação não apresentam potencial de provocar dano aos participantes.

Os autores autorizaram a utilização dos referidos instrumentos.

Considera esta Comissão de Ética que o estudo em causa cumpre os procedimentos éticos requeridos.

Coimbra, 14 de janeiro de 2021

Pl' A Comissão de Ética



(Joana Sequeira, Ph.D.)

Anexo 2

Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

**Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica na área de
especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais**

Gostaríamos de solicitar a sua participação para uma investigação que está a decorrer no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica na área de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais do Instituto Superior Miguel Torga, de Coimbra. Esta investigação visa estudar o impacto da atual pandemia provocada pela SARS-CoV-2 (conhecida pela COVID-19) na saúde mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores lojistas, que se têm mantido a trabalhar presencialmente durante esta fase.

A sua participação neste estudo é muito importante e valiosa para uma melhor compreensão das dificuldades que estes trabalhadores poderão estar a experienciar neste contexto de pandemia, e para um maior conhecimento sobre possíveis repercussões, nomeadamente, em relação à prevalência de determinados sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, stress). Poderá participar neste estudo se for maior de 18 anos e se, durante a pandemia, tenha trabalhado, presencialmente, por um período de pelo menos 6 meses. A sua participação consistirá no preenchimento de seis questionários de autorresposta, com uma duração aproximada de 15 minutos.

A participação neste estudo é voluntária, os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade e anonimato, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizados apenas para fins de análise estatística e de investigação.

As investigadoras estão disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo através do seguinte e-mail: dissertacao.covid19@gmail.com.

Se assim o entender, poderá desistir em qualquer momento do processo de preenchimento do protocolo de escalas, sem quaisquer consequências. Agradecemos a disponibilidade e colaboração.

Declaro que li a informação acerca deste projeto de investigação, que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação, que me foi dada oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas e que aceito participar nele de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins estatísticos relacionadas com esta pesquisa. Fui informado que os dados que der serão mantidos anónimos.

Sim, aceito participar neste estudo.

Não aceito participar neste estudo.

Anexo 3

Protocolo de Investigação

Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____ anos

1.2. Género (assinale apenas uma das opções):

Feminino

Masculino

1.3. Estado Civil (assinale apenas uma das opções):

Solteiro/a

Casado/a ou União de Facto

Separado/a ou Divorciado/a

Viúvo/a

1.4. Habilitações Literárias (assinale apenas uma das opções):

9º Ano (3º ciclo do ensino básico)

12º Ano (ensino secundário)

Curso Tecnológico/Profissional (nível III)

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Outro

1.6. Situação Profissional (assinale apenas uma das opções):

Trabalhador

Trabalhador/Estudante

1.6.1. Encontra-se numa situação profissional com experiência igual ou superior a 6 meses?

Sim

Não

1.7. Considera que o seu local de trabalho adotou medidas de prevenção contra a COVID-19?

Suficientes

Insuficientes

1.8. É fumador/a? (assinale uma das opções):

Sim

Não

1.8.1. Acha que a COVID-19 veio influenciar o seu consumo de tabaco? (assinale apenas uma das opções):

- Diminuí o consumo de tabaco
- Mantive o consumo de tabaco
- Aumentei o consumo de tabaco
- Não sou fumador/a

1.9. Consome bebidas alcoólicas? (assinale apenas uma das opções):

- Sim
- Não

1.9.1. Acha que a COVID-19 veio influenciar o seu consumo? (assinale apenas uma das opções):

- Diminuí o consumo de tabaco
- Mantive o consumo de tabaco
- Aumentei o consumo de tabaco
- Não consumo bebidas alcoólicas

1.10. Já testou positivo para a COVID-19?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

1.10.1. Se respondeu que não, esteve em isolamento profiláctico por exposição direta a alguém infetado pela COVID-19?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

1.11. Já alguém próximo de si faleceu devido à infeção pela COVID-19?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

Escalas de Stress por COVID-19

(Versão portuguesa de Oliveira, Fernandes, Barbosa & Santos, 2020)

Instruções:

Os itens que se seguem abordam vários tipos de preocupações que pode ter experenciado **nos últimos sete dias**. Utilizamos o termo “vírus” para nos referirmos à COVID-19.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Preocupa-me poder apanhar o vírus.	0	1	2	3	4
2. Preocupa-me não conseguir manter a minha família a salvo do vírus.	0	1	2	3	4
3. Preocupa-me que os nossos serviços de saúde (por exemplo hospitais, centros de saúde) não sejam capazes de proteger aqueles que me são mais próximos.	0	1	2	3	4
4. Preocupa-me que o nosso sistema de saúde seja incapaz de me manter a salvo do vírus.	0	1	2	3	4
5. Preocupa-me que as medidas básicas de higiene (por exemplo lavar as mãos) não sejam suficientes para me manter a salvo do vírus.	0	1	2	3	4
6. Preocupa-me que o distanciamento social não seja suficiente para me manter a salvo do vírus.	0	1	2	3	4
7. Preocupa-me que os supermercados fiquem sem comida.	0	1	2	3	4
8. Preocupa-me que os supermercados fechem.	0	1	2	3	4
9. Preocupa-me que os supermercados fiquem sem produtos de limpeza ou desinfetantes.	0	1	2	3	4
10. Preocupa-me que as farmácias fiquem sem medicamentos para constipações ou gripes.	0	1	2	3	4
11. Preocupa-me que os supermercados fiquem sem água engarrafada.	0	1	2	3	4

	Nunca	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Extremamente
12. Preocupa-me que as farmácias fiquem sem medicamentos sujeitos a receita médica por causa do vírus.	0	1	2	3	4
13. Preocupa-me que os cidadãos estrangeiros estejam a espalhar o vírus no meu país.	0	1	2	3	4
14. Se for a um restaurante de comida estrangeira, ficarei preocupado/a em apanhar o vírus.	0	1	2	3	4
15. Preocupa-me ter contacto com cidadãos estrangeiros porque podem ter o vírus.	0	1	2	3	4
16. Se conhecer uma pessoa de um país estrangeiro, ficarei preocupado/a com a possibilidade de ele/a poder ter o vírus.	0	1	2	3	4
17. Se estiver num elevador com um grupo de estrangeiros, ficarei preocupado/a com a possibilidade de eles/as poderem estar infetados/as com o vírus.	0	1	2	3	4
18. Preocupa-me que os estrangeiros estejam a espalhar o vírus porque não são tão limpos como nós.	0	1	2	3	4
19. Preocupa-me poder apanhar o vírus se tocar em alguma coisa num espaço público (por exemplo corrimão, puxador de porta).	0	1	2	3	4
20. Preocupa-me poder apanhar o vírus se alguém tossir ou espirrar perto de mim.	0	1	2	3	4
21. Preocupa-me que as pessoas à minha volta me infetem com o vírus.	0	1	2	3	4
22. Preocupa-me receber troco quando faço pagamentos em dinheiro.	0	1	2	3	4
23. Preocupa-me poder apanhar o vírus por mexer em dinheiro ou tocar em algo quando estou a fazer uma compra.	0	1	2	3	4

	Nunca	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Extremamente
24. Preocupa-me que o meu correio tenha sido contaminado pelos carteiros.	0	1	2	3	4

Agora leia as frases seguintes e indique com que frequência experienciou cada problema nos **últimos sete dias.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
25. Tive dificuldade em concentrar-me porque estava sempre a pensar no vírus.	0	1	2	3	4
26. Surgiram na minha cabeça imagens mentais perturbadoras sobre o vírus contra a minha vontade.	0	1	2	3	4
27. Tive problemas de sono por estar preocupado/a com o vírus.	0	1	2	3	4
28. Pensei sobre o vírus quando não queria.	0	1	2	3	4
29. Quando me lembrava do vírus ficava a transpirar ou sentia o coração acelerado.	0	1	2	3	4
30. Tive pesadelos com o vírus.	0	1	2	3	4

Os itens que se seguem referem-se a comportamentos de repetição obsessivos. **Durante os últimos sete dias,** quantas vezes fez os seguintes comportamentos, devido às suas preocupações com a COVID-19?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
31. Pesquisei na internet por tratamentos para a COVID-19.	0	1	2	3	4
32. Pedi conselhos sobre a COVID-19 a profissionais (por exemplo médicos, farmacêuticos, professores, SNS24).	0	1	2	3	4
33. Vi vídeos no YouTube sobre a COVID-19.	0	1	2	3	4
34. Procurei sinais da COVID-19 no meu próprio corpo (por exemplo medir a temperatura).	0	1	2	3	4

	Nunca	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Extremamente
35. Procurei tranquilizar-me sobre a COVID-19 com os meus familiares ou amigos.	0	1	2	3	4
36. Pesquisei publicações relacionadas com a COVID-19 nas redes sociais.	0	1	2	3	4

EDRE-18

(Versão Portuguesa de Fernandes, S. M., Palmeira, L. S. N. & Leitão, A. R. F., 2020)

Instruções:

Estamos interessados em saber como as pessoas lidam com as dificuldades que sentem quando procuram regular as suas emoções. Todos nós diferimos quanto ao modo como regulamos as nossas emoções, e como tal, sentimos dificuldades diferentes; não há por isso respostas corretas ou erradas.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e assinale para cada uma delas, usando a escala indicada, o modo como lidou com os seus sentimentos durante o último mês.

Nunca	Às Vezes	Metade das Vezes	Maior Parte das Vezes	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
					1
					2
					3
					4
					5
1. Presto atenção à forma como me estou a sentir.					
2. Não tenho ideia de como me sinto.					
3. Tenho dificuldades em entender os meus sentimentos.					
4. Estou atento/a aos meus sentimentos.					
5. Estou confuso/a sobre como me sinto.					
6. Quando estou em baixo, reconheço as minhas emoções.					
7. Quando estou em baixo, fico envergonhado por me sentir assim.					
8. Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concluir tarefas.					
9. Quando estou em baixo, fico fora do controlo.					

	1	2	3	4	5
10. Quando estou em baixo, acredito que continuarei assim por muito tempo.					
11. Quando estou em baixo, acredito que vou acabar por me sentir muito deprimido.					
12. Quando estou em baixo, tenho dificuldades em me concentrar em outras coisas.					
13. Quando estou em baixo, sinto vergonha de me sentir assim.					
14. Quando estou em baixo, sinto-me culpado(a) por me sentir assim.					
15. Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me.					
16. Quando estou em baixo, tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.					
17. Quando estou em baixo, acredito que afundar-me nos meus sentimentos é a única solução.					
18. Quando estou em baixo, perco o controlo sobre os meus comportamentos.					

CFQ

(Versão Portuguesa de Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S., & Pinto, A.M., 2018)

Instruções:

Por favor, classifique o quanto é verdadeira para si cada afirmação, rodeando para esse efeito um dos números (1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7) que se encontra em frente a cada frase. Responda, por favor, a cada frase, usando a seguinte escala.

Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1	2	3	4	5	6	7

1. Os meus pensamentos perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Fico tão enredado/a (“preso/a”) nos meus pensamentos que me torno incapaz de fazer as coisas que eu mais quero fazer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analiso em excesso as situações até ao ponto em que isso já não é útil para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Vivo numa luta com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fico chateado/a comigo mesmo/a por ter certos pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tendo a deixar-me enredar (“prender”) pelos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto muita dificuldade em “largar” os meus pensamentos perturbadores, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7

DASS-21

(Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

Instruções:

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale à sua direita o número (0, 1, 2 ou 3) que indica quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta para cada afirmação.

	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
1. Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.	0	1	2	3
2. Dei-me conta que tinha a boca.	0	1	2	3
3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).	0	1	2	3
5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas).	0	1	2	3
8. Senti-me muito nervoso.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo.	0	1	2	3
10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas).	0	1	2	3
11. Senti que estava agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldades em relaxar.	0	1	2	3

	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
13. Senti-me triste e deprimido.	0	1	2	3
14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Estive perto de entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não me consegui entusiasmar com nada.	0	1	2	3
17. Senti que não valia muito como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que andava muito irritável.	0	1	2	3
19. Senti o meu coração alterado sem ter feito nenhum esforço físico.	0	1	2	3
20. Tive medo sem uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido.	0	1	2	3