

Sintomatologia Psicopatológica, Falhas Cognitivas e Confinamento durante a Pandemia por COVID-19

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Diana Paula Fava de Freitas Rodrigo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Sintomatologia Psicopatológica, Falhas Cognitivas e Confinamento durante a Pandemia por COVID-19

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Diana Paula Fava de Freitas Rodrigo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Co-orientador: Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento

março de 2021

Dedicatória

*À minha avó João,
Que um dia eu tenha a tua coragem, força e resiliência.*

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que estiveram presentes, de uma forma ou de outra, no decorrer deste ano letivo.

Ao Professor Doutor Manuel Loureiro, pela abertura demonstrada às minhas propostas e sugestões, pela orientação e compreensão durante o processo e, por fim, pela sua disponibilidade, atenção e tranquilidade transmitida.

À Professora Doutora Carla Nascimento, por ter aceitado o desafio que lhe propus em coorientar-me, também pela sua disponibilidade, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionou e pela atenção e dedicação que demonstra em tudo o que faz. A professora Carla é um dos meus maiores exemplos, obrigada.

Aos meus pais, pelos ensinamentos, carinho e dedicação que sempre me proporcionaram ao longo da minha vida.

Ao André, pela cumplicidade, paciência e apoio.

Aos meus familiares, que estão presentes em todos os momentos importantes. Especialmente à Carolina, uma prima que é uma irmã.

Aos meus amigos, pelos momentos partilhados.

Por fim, à Universidade da Beira Interior, onde fui construindo também o meu conhecimento.

Resumo

O ano de 2020 ficará marcado pela pandemia por COVID-19, sendo esta uma doença que acabou por se disseminar por todos os continentes. A atual pandemia veio interferir na forma como interagimos e nas nossas rotinas, exigindo aos indivíduos uma adaptação constante. Por estes motivos, este estudo pretende compreender os efeitos presentes da pandemia na altura da recolha dos dados, nomeadamente a influência das medidas de contenção (quarentena/isolamento/distanciamento social) na sintomatologia psicopatológica, incidindo especialmente na ansiedade e depressão e, a par disto, ainda verificar se esta poderá ter influência nas falhas cognitivas. Foi elaborado um questionário online que incluía o questionário sociodemográfico, o BSI, e o questionário de falhas cognitivas, com o objetivo de averiguar a possibilidade de existência de relação entre as variáveis previamente mencionadas. A amostra contou com 166 participantes com média de idades de 38.43 anos, 73.5% pertencem ao sexo feminino e 48.8% residem no distrito de Castelo Branco. Nesta amostra, 90 indivíduos encontram-se em confinamento e destes, 42.2% estão em isolamento voluntário, e, os restantes 45.6% referem não estar em confinamento, sendo que 34.3% indicam que o mesmo ocorre por motivos profissionais. Os resultados indicaram uma relação entre as falhas cognitivas e a sintomatologia psicopatológica neste período de confinamento. Nesta linha, os indivíduos com um maior número de falhas cognitivas apresentaram um nível mais elevado de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, depressão e ansiedade. Verificou-se ainda que a sintomatologia psicopatológica se correlaciona negativamente com os rendimentos financeiros. Considera-se que a fase de desconfinamento possa ter influência nos resultados. No entanto, consideramos que tendo em conta esta limitação, este estudo parece indicar que as falhas cognitivas se relacionam de forma mais explícita com a sintomatologia psicopatológica do que com qualquer outro fator. Por sua vez, a sintomatologia psicopatológica parece surgir ou ser exacerbada pelas dificuldades socioeconómicas que a pandemia acarreta.

Palavras-chave

Confinamento, COVID-19, Falhas Cognitivas, Sintomatologia Psicopatológica.

Abstract

The year 2020 will be marked by the COVID-19 pandemic, which is a disease that eventually spread to all continents. The current pandemic has come to interfere with the way we interact and with our daily routines, requiring individuals to constantly adapt. For these reasons, this study aims to understand the current effects of the pandemic at the time of data collection, namely the influence of containment measures (quarantine/isolation/social distance) on psychopathological symptoms, focusing especially on anxiety and depression and, in addition to this, still check if it may have an influence on cognitive failures. An online questionnaire was prepared that included the sociodemographic questionnaire, the BSI, and the Cognitive Failures Questionnaire, with the aim of investigating the possibility of a relationship between the previously mentioned variables. The sample had 166 participants with an average age of 38.43 years, 73.5% are female and 48.8% live in the district of Castelo Branco. In this sample, 90 individuals are in confinement and, of these, 42.2% are in voluntary isolation, and the remaining 45.6% say they are not in confinement, with 34.4% indicating that the same occurs for professional reasons. The results indicated a relationship between cognitive failures and psychopathological symptoms in this period of confinement. In this line, individuals with a greater number of cognitive failures had a higher level of psychopathological symptoms, namely, depression and anxiety. It was also found that psychopathological symptoms are negatively correlated with financial income. It is considered that the phase of lockdown easing can have an influence on the results. However, we consider that taking into account this limitation, this study seems to indicate that cognitive failures are more explicitly related to psychopathological symptoms than to any other factor. In turn, psychopathological symptoms seem to arise or be exacerbated by the socioeconomic difficulties that the pandemic causes.

Keywords

Confinement, COVID-19, Cognitive Failures, Psychopathological Symptoms.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1. Contexto teórico	3
Pandemia por COVID-19	3
Epidemia, Pandemia e Sindemia	3
Isolamento e Quarentena	5
Efeitos Psicológicos do Isolamento Social e Quarentena	6
Falhas Cognitivas	7
Operacionalização conceptual de Falhas Cognitivas	8
Psicopatologia e sintomas	9
Delimitação conceptual de Psicopatologia	9
Sintomatologia Psicopatológica e Conceito de Doença	10
Isolamento Social e Cognição	11
Relação entre Cognição e Psicopatologia	11
Sintomatologia Psicopatológica e COVID-19	12
Objetivos e hipóteses	13
Capítulo 2. Metodologia	15
Amostra	15
Instrumentos	18
Questionário Sociodemográfico	18
Cognitive Failures Questionnaire – Questionário de Falhas Cognitivas	18
Consistência Interna do instrumento QFC	19
Brief Symptom Inventory - BSI	19
Consistência Interna do instrumento BSI	20
Procedimentos	20
Análise de Dados	21
Capítulo 3. Resultados	23
Estatística Descritiva	23
Estatística Paramétrica	24
Capítulo 4. Discussão	29

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1</i>	<i>Caraterização sociodemográfica da amostra</i>	15
<i>Tabela 2</i>	<i>Consistência Interna QFC</i>	19
<i>Tabela 3</i>	<i>Consistência Interna BSI</i>	20
<i>Tabela 4</i>	<i>Estatística Descritiva do instrumento BSI e seus fatores</i>	23
<i>Tabela 5</i>	<i>Estatística Descritiva do instrumento QFC</i>	23
<i>Tabela 6</i>	<i>Relação entre os Sintomas de Depressão e de Ansiedade (BSI) e as Falhas cognitivas (QFC)</i>	24
<i>Tabela 7</i>	<i>Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, ansiedade e depressão (BSI) e o Rendimento no Agregado Familiar</i>	25
<i>Tabela 8</i>	<i>Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, depressão e ansiedade (BSI) e ser trabalhador essencial no combate à COVID-19</i>	25
<i>Tabela 9</i>	<i>Relação entre ser trabalhador essencial no combate à COVID-19 e as falhas cognitivas</i>	26
<i>Tabela 10</i>	<i>Relação entre o período de confinamento (em dias) e as Falhas Cognitivas (QFC)</i>	26
<i>Tabela 11</i>	<i>Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, depressão e ansiedade (BSI) e o tempo de confinamento (em dias)</i>	27
<i>Tabela 12</i>	<i>Relação entre pertencer à classe de idade dos 41 aos 78 anos e as Falhas Cognitivas (QFC)</i>	27

Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
DGS	Direção Geral de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FC	Falhas Cognitivas
H1N1	Gripe A
MERS	Síndrome Respiratório do Oriente Médio
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ID	Índice Geral
ISP	Índice de Sintomas Positivos
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/World Health Organization
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
QFC	Questionário de Falhas Cognitivas
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNS24	Sistema Nacional de Saúde 24
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

Introdução

O estudo em causa prende-se com o fenómeno pandémico associado à doença por COVID-19 no decorrer do ano de 2020, tem por finalidade compreender alguns dos efeitos e possível impacto desta doença na vida nos indivíduos. Dando início ao trabalho, foi feita uma revisão da bibliografia sobre aspetos relativos à doença, como o seu surgimento, consequências da mesma a nível psicossocial (e.g. medidas de isolamento, distanciamento social e quarentena) e outros aspetos que foram considerados de relevo. Para além deste aspeto, pretende-se verificar a influência da pandemia por COVID-19 e respetivas medidas preventivas em outras variáveis, como é o caso das falhas cognitivas e psicopatologia.

Uma vez que ainda não existe muita investigação acerca do impacto da COVID-19, permite-se o objetivo de contribuir para a produção de informação científica através deste estudo, relacionando a fase do processo de desconfinamento em Portugal, iniciado em maio de 2020 altura da recolha dos dados, com a sintomatologia psicopatológica e possíveis falhas cognitivas. Indo de encontro a esta finalidade demos prioridade a variáveis mais ou menos circunstanciais associadas à situação, como o género, nível etário, o período de confinamento, perceção de manter ou não o rendimento do agregado familiar, local de residência e o facto de ser um profissional ativo essencial ao combate à COVID-19.

Posto o mencionado, neste estudo pretende-se compreender a relação entre as falhas cognitivas e sintomatologia psicopatológica, no sentido de verificar se a sintomatologia psicopatológica apresenta influência nas falhas cognitivas neste período de recolha, ou ao contrário, se as falhas cognitivas influenciam o aparecimento de sintomatologia psicopatológica. Para além do estudo desta relação, pretende-se explorar como é que a perceção de manter ou não o rendimento do agregado familiar, se poderá traduzir em sintomatologia psicopatológica, e também, noutra perspetiva, verificar a influência do período de confinamento em causa no que diz respeito ao mesmo tipo de sintomatologia. Pretendeu-se ainda esclarecer que influência terá o facto de se ser um profissional ativo essencial ao combate à COVID-19 no que concerne à sintomatologia psicopatológica e falhas cognitivas. Por fim, averiguou-se se existiam diferenças ao nível das falhas cognitivas quando comparadas duas classes etárias.

Acrescenta-se que esta dissertação teve por opção a apresentação no formato de artigo, no sentido de facilitar a divulgação dos resultados do estudo efetuado.

Capítulo 1. Contexto teórico

No presente capítulo procura-se apresentar uma operacionalização dos conceitos teóricos relacionados com as diversas variáveis analisadas e debatidas ao longo deste trabalho. Para tal, foi feita uma revisão da bibliografia considerada revelante e que apresentamos de seguida.

Pandemia por COVID-19

Como mencionado previamente, existe o interesse de perceber o que é a doença por COVID-19, neste sentido esta é a designação atribuída pela Organização Mundial de Saúde à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode originar uma infeção respiratória grave, como a pneumonia. O vírus indicado foi identificado pela primeira vez em humanos no final de 2019, em Wuhan, uma cidade Chinesa, pertencente à província de Hubei, confirmando-se posteriormente a sua existência em indivíduos de outros países, resultando numa propagação em todos os continentes (SNS24, 2020)

Epidemia, Pandemia e Sindemia

A COVID-19 foi inicialmente considerada como uma Epidemia, esta designação é atribuída quando a doença acontece com uma frequência pouco vulgar numa região restrita e por um período limitado. No entanto, mais tarde, fruto da sua elevada propagação, foi classificada como Pandemia, significando isto que a epidemia passa a alastrar-se ao mesmo tempo em diversos países (SNS24, 2020).

Atualmente, Portugal conta com 10385 novos casos diários à data de 17 de janeiro (DGS, 2020), tendo-se verificado números mais reduzidos de propagação na altura do Verão.

Mais recentemente, a pandemia por COVID-19 tem sido apelidada de Sindemia. A noção de sindemia foi inicialmente criada pelo americano, médico antropólogo, Merrill Singer em 1990 (Horton, 2020). Neste sentido, Singer considera que para a realização do prognóstico, tratamento e execução das políticas de saúde é necessária uma abordagem sindémica, na medida em que revela a importância dos aspetos biológicos e das interações sociais (Horton, 2020). Posto isto, a noção de sindemia apresenta na sua base os aspetos biológicos e interações sociais entre condições e estados, sendo que as interações sociais aumentam a suscetibilidade dos indivíduos e podem influenciar de forma prejudicial ou piorar a sua saúde. Nesta perspetiva, a principal consequência de olhar para a COVID-19 como uma sindemia passa por apontar as suas origens sociais, nomeadamente a vulnerabilidade dos idosos, indivíduos de raça negra e de origem asiática e as comunidades de minorias étnicas. Para além destes, ainda os trabalhadores necessários que muitas vezes se encontram com salários míseros e com falta de proteção para o seu bem-estar. Segundo Horton (2020), não interessa o quão eficaz se pode verificar um tratamento ou uma vacina, já que procurar uma solução de um ponto de vista apenas biomédico para a COVID-19 não dará resultado. Acrescenta o mesmo autor (Horton, 2020) que se o governo continuar sem elaborar políticas e programas para solucionar as diferenças profundas existentes, a sociedade nunca estará segura contra o COVID. Segundo

Singer (1990, citado por, Horten, 2020) este referiu que uma abordagem sindémica no tratamento e compreensão da doença será uma mais valia:

“Uma abordagem sindémica fornece uma orientação muito diferente para a medicina clínica e saúde pública já que mostra a forma como uma abordagem integrada para a compreensão e tratamento da doença, pode apresentar muito mais sucesso do que apenas um controle da doença epidémica ou tratamento de doentes individuais” (p.874).

Para além disto Horton ainda refere mais uma vantagem de uma visão sindémica, ao referir que a sociedade necessita de esperança, já que a crise económica aumenta e não terá a sua solução numa vacina ou medicamento. Assim, ver a COVID-19 como uma sindemia trará uma visão mais alargada, abrangendo educação, emprego, habitação, alimentação e meio ambiente (Horton, 2020). Conclui-se, assim, que ver a COVID-19 apenas como uma pandemia não contribui para esta necessária prospeção mais ampla.

Após o mencionado, a teoria sindémica apresenta assim, a sua contribuição para a promoção de investigação no que diz respeito a aspetos biológicos das interações entre as doenças e respetivas consequências para a saúde, tendo em consideração ao mesmo tempo, a importância das condições sociais e económicas e os papéis fundamentais que estas possuem nestes processos (Mendenhall, 2020).

Apesar do mencionado, nem todos os autores concordam totalmente com Horton, nomeadamente Kenyon (2020), que indica que nomear a COVID-19 como sindemia é uma forma “mal interpretada” de ver a situação (Kenyon, 2020). Assim o autor, assume que a COVID-19 se disseminou nos Estados Unidos da América e interagiu com fatores biológicos e sociais, mas que estes aspetos variam perante outros contextos, nesta perspetiva apontam para falhas nas políticas nos EUA, que resultaram na morbilidade por COVID, mas que este aspeto não pode ser dissociados dos aspetos históricos pertencentes ao país, nomeadamente o racismo sistémico (Pirtle et al., 2020) ou a crise no que diz respeito à liderança política (Altman, 2020). Apontados estes aspetos, considera o mesmo autor, que em outros contextos a sindemia apontada para a COVID-19 não se verifica, apresentando como exemplo a Nova Zelândia em que a liderança política como na resposta à crise foi exemplar (Wilson, 2020). Nesta perspetiva o conceito de sindemia possibilita reconhecer como políticos e sociais os fatores que impulsionaram, perpetuaram e pioraram o surgimento e agrupamento de doenças. Como outro exemplo apresentam ainda a região subsariana de África que tem agido de melhor forma do que contextos que se encontram mais subcarregados, como é o caso dos EUA, Brasil e Índia, referindo que muitos indivíduos questionam o porquê para tal, indicando esta questão para alguns elementos, uma forma racista de considerar que os contextos africano devem sofrer mais (Nyabola, 2020, citado por, Kenyon, 2020), Kenyon, refere então que os governos africanos agiram de forma mais rápida e confiante do que os países mais ricos, esclarecendo que a política de liderança nestes contextos, evitou um elevado número de mortos quando comparados com a Inglaterra e Estados Unidos, onde, segundo os autores, a liderança política falhou. Sumariamente, Kenyon e Mendehall, consideram que reconhecer que os contextos diferem entre si é bastante importante. Assim, para Kenyon e Mendehall, a indicação que Horton (2020) deu acerca da COVID-19 como sindemia, faz sentido num país como os EUA, já que para os

mesmos, existem condições pré-existentes como hipertensão, diabetes, problemas respiratórios, racismo sistémico, falta de confiança na ciência e na liderança e um sistema de saúde fragmentado levaram à disseminação e interação com o vírus.

Posto esta divergência de opiniões, neste estudo optou-se por considerar a noção de Sindemia, já que contamos com variáveis que se encontram associadas a este conceito.

Isolamento e Quarentena

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os conceitos de isolamento e quarentena, descrevem-se como medidas de distanciamento social indispensáveis para a saúde pública (SNS24, 2020). Neste sentido, estas medidas são usadas atualmente como resposta terapêutica, bem como com o objetivo de proteger a população perante possíveis transmissões (SNS24, 2020), neste caso em específico de COVID-19. Posto isto, considera-se em quarentena, os indivíduos que se pressupõem saudáveis, mas possivelmente, tenham estado em contacto com um indivíduo infetado. A par disto, a medida de isolamento, é indicada para pessoas que estejam infetadas, recorrendo ao distanciamento social, com o intuito de evitar a transmissão a outros indivíduos (SNS24, 2020).

No seguimento da pandemia por COVID-19 e tendo em consideração a rápida propagação da doença, muitos países optaram por inserir o isolamento social como uma medida para minimizar a dispersão do vírus, tal como indicado anteriormente (WHO, 2020, citado por, Zanon et al., 2020). Neste sentido, a medida em causa resultou em alterações na rotina e a perceção de perda de liberdade (Zanon et al., 2020). As recentes evidências apontam para impactos psicológicos nos indivíduos resultantes do isolamento social (Johal, 2009; Moccia et al., 2020). Por tal, referem-se a sintomas psicopatológicos de stress pós-traumático, depressão e ansiedade, que podem atingir a população, nomeadamente e especialmente, profissionais de saúde e indivíduos com baixos rendimentos (Brooks et al., 2020).

Tendo em conta este cenário pandémico com a presença da COVID-19, surgiram diversos documentos com o objetivo de auxiliar o trabalho dos profissionais e da população em geral a lidar com este problema. Dos principais autores no desenvolvimento destes documentos destacam-se: Organização Mundial da Saúde (OMS), o Inter-Agency Standing Committee (IASC) e o fórum instituído pelas Nações Unidas, possuindo estes o objetivo de abordar aspetos da pandemia que se encontram associados à saúde mental, incluindo a organização dos serviços, estratégias para grupos mais vulneráveis na perspetiva física e/ou psíquica (e.g. idosos, crianças, indivíduos com doenças crónicas, doenças mentais graves, deficiências), alertar para a pressão imposta aos profissionais de saúde e dar indicações para a população no seu todo, contando com medidas de promoção e prevenção de saúde para mitigação dos efeitos do isolamento prolongado (Lima, 2020). No caso de Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), a par com outras organizações de Psicólogos a nível mundial, como é o caso da *American Psychological Association* (APA), também desenvolveram diversos documentos com indicações úteis para a população em geral e para os psicólogos, na qualidade de agentes de saúde, com o intuito de capacitar os indivíduos de estratégias de *coping* adaptativas a esta fase.

Segundo a literatura, existem autores que consideram que a pandemia em causa trará diversas consequências psicossociais para a saúde mental, destacando grupos de indivíduos em que as consequências poderão encontrar-se como mais sérias, nomeadamente, indivíduos que estiveram em contacto direto ou indireto com o vírus; que sejam mais vulneráveis a stressores biológicos e psicossociais (agregando indivíduos com diagnósticos e/ou com elevado número de sinais e sintomas de perturbações psicológicas); profissionais de saúde, devido ao nível elevado de exposição à doença e por fim, indivíduos que continuamente se encontram expostos a notícias em diversas fontes de informação sobre a situação pandémica (Fiorillo & Gorwood, 2020).

Efeitos Psicológicos do Isolamento Social e Quarentena

De acordo com literatura existente acerca das possíveis consequências das epidemias, no que diz respeito à saúde mental, as informações encontradas incidem sobretudo nas sequelas associadas à doença, não sendo, para já associadas ao distanciamento social como medida profilática ou preventiva (Galea et al., 2020). Numa perspetiva de elevada escala de, por exemplo, desastres traumáticos (e.g. atentados), naturais (e.g. furacões), ambientais (e.g. derrame de óleo do Deepwater Horizon), grande parte das vezes é possível observar um aumento do número de casos de diagnóstico de depressão, stress pós-traumático, perturbação do consumo de substâncias, diversas outras perturbações comportamentais, violência doméstica e abuso de crianças (Neria et al., 2008, citado por Galea et al., 2020). Nomeadamente, no que diz respeito à pandemia por COVID- 19, na opinião de Galea et al., (2020), estes indicam um provável aumento quanto aos níveis de ansiedade e depressão, consumo de substâncias, solidão, violência doméstica e, devido ao encerramento das escolas, possibilidade de uma epidemia de abuso infantil.

Para além do mencionado, e segundo a literatura relativa aos impactos psicológicos do isolamento social, tendo como envolvidos indivíduos de dez países submetidos ao isolamento social devido à Ébola, H1N1 (Influenza A, Pandemia de Gripe A), Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS, Síndrome Respiratório Agudo Grave) e Middle East Respiratory Syndrome (MERS, Síndrome Respiratório do Oriente Médio), entre outros vírus que estiveram na base de epidemias ou pandemias anteriores, foram indicados diversos fatores preditivos de mau estar psicológicos (Brooks et al., 2020). Neste sentido, fatores como, por exemplo, possuir histórico de perturbação psiquiátrica prévia e ser profissional de saúde, antecedem emoções negativas duradouras (Zanon et al., 2020).

A literatura indica, ainda, diversos possíveis fatores que podem ser indicados como preditores de maior sofrimento psicológico, como é o caso do período de isolamento social (superior a 10 dias), receio de ser infetado e/ou infetar, frustração, tédio, escassa informação acerca da doença ou possuir informações erradas (Brooks et al., 2020, citado por, Zanon et al., 2020). Acrescenta-se ao mencionado que os estudos indicam ainda níveis elevados de ansiedade e de sintomas depressivos, assim como de perturbações mentais, como é o caso do stress pós-traumático, principalmente em enfermeiros e médicos, reforçando a necessidade de preocupação e

tratamento perante a população (Ornell, 2020). Assim, a quarentena poderá trazer impactos a nível psicológico, emocional e financeiro (Hawryluck, et al., 2004).

No que diz respeito aos níveis de trauma, encontra-se como possível explicação, o medo e a perceção de risco, podendo estes aspetos ser aumentados devido às informações pouco claras presentes nos períodos iniciais da situação, (Johal, 2009) e para além disso, a falta de vacinas, medicamentos e grande desconhecimento da doença (Zanon et al., 2020). Ademais do mencionados, identificaram-se ainda, as perdas a nível financeiro e o estigma que contribuem para o surgimento de perturbações mentais e afetos negativos mais duradouros (Mihashi et al., 2009), nomeadamente os prejuízos a nível financeiro, aparentam ser indicador de maior fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais para famílias enquadradas num nível socioeconómico mais desfavorecido (Hawryluck et al., 2004, citado por Zanon et al., 2020).

Outro aspeto considerado, passa pela cobertura dada pelos *media* que resulta no desencadeamento do medo, como foi observado anteriormente na gripe das aves em 2005 (van de Bulck & Custers et. al, 2009), pois sugerem que, algo importante, e possivelmente, difícil de resolver está a ameaçar a população (Zanon et al., 2020).

Estudos relativos a situações que envolveram períodos de quarenta revelaram também uma elevada prevalência de efeitos psicológicos negativos, nomeadamente humor distímico e irritabilidade, acompanhados de raiva, medo e insónia, muitas vezes de longa duração (Brooks, et al., 2020). Tendo em conta o mencionado, e considerando o carácter inédito da situação de distanciamento e isolamento sociais de forma simultânea e para milhões de pessoas, o impacto da pandemia por COVID-19 poderá ser ainda mais elevado, possibilitando uma “pandemia de medo e stress” (Ornell et al., 2020).

Considerando que os primeiros artigos e relatos começaram a aparecer recentemente, existe ainda escassez de trabalhos que avaliem, de forma metodologicamente adequada, os efeitos psicossociais nos diversos países e grupos sociais (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020).

Devido a esta pandemia, muitos esforços são feitos por vários países do mundo para manter o distanciamento físico, isto é, o distanciamento social como é chamado na maioria dos casos, (Galea et al., 2020) esta situação trouxe mudanças nos padrões de comportamento e paralisações no normal funcionamento no dia a dia dos indivíduos (Galea et al., 2020). Embora os passos de isolamento ou distanciamento sejam necessários para controlar o contágio da doença, como mencionado anteriormente, também podem trazer consequências para a saúde mental e bem-estar dos indivíduos a curto e longo prazo (Galea et al., 2020). Aspeto este que se pretende também compreender no decorrer e através dos resultados deste trabalho.

Falhas Cognitivas

De acordo com o que é pretendido através deste estudo, também as falhas cognitivas se apresentam como uma das variáveis em estudo nesta dissertação, por tal, pretende-se compreender a noção de falhas cognitivas e outros aspetos de relevo que lhe possam estar associados. Para tal efeito, analisámos na bibliografia existente a noção de falhas cognitivas.

Operacionalização conceitual de Falhas Cognitivas

Segundo Broadbent et al., (1982, citado por Willert et al., 2010), as falhas cognitivas (FC) caracterizam-se por erros cognitivos na execução de tarefas diárias simples, as quais o indivíduo deveria ser capaz de realizar, normalmente, sem cometer algum erro. Neste sentido, as falhas cognitivas são pequenos erros de pensamento, referidos por clínicos ou não, que podem ocorrer durante o dia a dia (Carrigan & Barkus, 2016).

Para além do mencionado, as FC são assim, erros ligeiros de memória, percepção, planeamento e de execução de tarefas e/ou atividades, vivenciadas regularmente por grande parte dos indivíduos no seu quotidiano (Ferreira et. al, 2018). As falhas cognitivas podem ser comumente encontradas em adultos saudáveis, estando associadas a fatores de elevada exposição ao stress, fatores de personalidade, sono ou cognição (Carrigan & Barkus, 2016, citado por, Ferreira et. al, 2018). Como consequências negativas no dia a dia, as falhas cognitivas apresentam não só a frustração e o sofrimento psicológico, mas também, o comprometimento do funcionamento social do indivíduo, no que diz respeito, por exemplo, ao seu desempenho escolar (Abbasi et al., 2014).

Segundo outros autores, as falhas cognitivas também são descritas como erros não intencionais, presentes em comportamentos do dia a dia que normalmente são desempenhados de forma competente, (Hitchcott et al., 2017) embora muitas vezes estes erros se considerem pouco graves, acabam por ser classificados como “irritantes” pelos indivíduos, alguns acabam por experienciar estes erros de forma mais frequente do que outros (Carrigan & Barkes, 2016). No entanto, como podem interferir com o desempenhar de atividades que fazem parte da rotina, existem casos em que estas falhas podem resultar em problemas, como acidentes (Abbasi, et al., 2014). Posto isto, segundo as autoras, até à data não são conhecidos ou bem compreendidos os fatores que levam ao aparecimento de mais falhas cognitivas e as comparações com domínios cognitivos objetivos não trouxeram grande contribuição para o auxílio dos investigadores para determinar como as mencionadas falhas podem ser evitadas (Carrigan & Barkes, 2016).

As falhas cognitivas denotam-se, como mencionado anteriormente, em “acidentes”, sendo estes por exemplo, entrar num quarto e não recordar o que ia buscar, procurar as chaves do carro já estando dentro da viatura, ou puxar uma porta várias vezes antes de reparar numa indicação que contém, com letras nitidamente visíveis, a palavra empurre (Carrigan & Barkus, 2016). Como outros exemplos ainda, é comum o não conseguir recordar do que ia fazer, esquecer nomes e compromissos ou outros problemas semelhantes que estejam relacionados com a atenção e memória (Willert et. al, 2010), para além destes, as queixas no que diz respeito a habilidades reduzidas de resolução de problemas e aprendizagem (Schaufeli & Enzmann, 1998, citado por Willert et. al, 2010). Os sintomas mencionados são referidos como dificuldades para a realização de atividades/trabalho de forma satisfatória (Willert et. al, 2010).

Psicopatologia e sintomas

Como evidenciado anteriormente, um dos aspetos a trabalhar neste estudo é a psicopatologia, uma vez que, nos parece de relevo encontrar uma relação entre o confinamento e os efeitos que este trará no que diz respeito a sintomatologia psicopatológica. Por tal, recorreu-se também à bibliografia existente para explorar este aspeto.

Assim, o conceito de psicopatologia apresenta uma origem grega – psiché, alma e patologia. Num sentido literal a sua tradução significa “patologia do espírito” (Barbosa et al., 2014).

De acordo com Sims, a designação “psicopatologia” refere-se ao “estudo sistemático das vivências, cognições e comportamentos que são produto de uma mente perturbada” (Sims, 2003, citado por, Barbosa et al., 2014, p. 2). Apresenta-se também o conceito de psicopatologia relacionado com um grande número de disciplinas que possuem interesse pela compreensão do “sofrimento psíquico” (Ceccarelli, 2003).

Campbell (1986), descreve a psicopatologia como uma área da ciência que se debruça acerca da natureza essencial da patologia ou perturbação mental, isto é, das suas causas, mudanças a nível estrutural e funcional associadas e das suas formas de manifestação (Dalgadarrondo, 2019). No entanto, a psicopatologia, partindo de um ponto de vista mais alargado, pode ser descrita como a junção de conhecimentos acerca do adoecimento mental do indivíduo (Dalgadarrondo, 2019). Posto isto, a Psicopatologia apresenta-se como uma ciência independente das áreas da Psicologia e Psiquiatria, contendo um corpo teórico, método e objeto próprios (Figueira & Madeira, 2014). Nesta perspetiva, a psicopatologia dá resposta a três objetivos, sendo estes, facilitar a linguagem comum entre psiquiatras e clínicos que exercem funções no âmbito da doença mental; possibilitar na relação com o doente, o acesso a experiências anteriormente demasiado complexas; apresentar-se como base para as categorias e classificações psiquiátricas (Figueira & Madeira, 2014).

Neste sentido, a Psicopatologia, destaca-se, como um encontro entre as ciências naturais e as humanidades, evoluindo, através dos métodos de investigação empíricos e de avaliação concetual, assim, a Psicopatologia comunica e relaciona-se com diversas áreas, como é o caso da genética, da epidemiologia, neurobiologia, filosofia, história e sociologia (Figueira & Madeira, 2014).

Delimitação conceptual de Psicopatologia

Posto isto, e tendo em consideração que esclarecer o conceito de psicopatologia não é uma tarefa simples, é possível que a compreensão deste termo, seja facilitada, através de uma delimitação do conceito. Assim, segundo Stanghellini e Fuchs (2013, citado por, Figueira & Madeira, 2014), a “Psicopatologia não é uma doença mental ou psiquiátrica” (Stanghellini & Fuchs, 2013, citado por, Figueira & Madeira, 2014, p.6), o uso exagerado desta designação resulta em que alguns indivíduos confundam o objeto da psicopatologia com o sintoma ou a síndrome, interpretem a psicopatologia como o modo de operar em psiquiatria ou que é este o seu objetivo. Apesar de, na

sua origem, a psicopatologia se interessar por descobrir e descrever os fenômenos que possibilitarão estabelecer sintomas, categorias, e por fim, doenças.

Outro aspeto a considerar para a delimitação pretendida, será que a “Psicopatologia não é um sintoma” (Stanghellini & Fuchs, 2013, citado por, Figueira & Madeira, 2014, p.6), a sintomatologia refere-se ao estudo individual acerca dos elementos e da sua importância a nível clínico, não se foca no indivíduo nem no que o rodeia, isto é, não é direcionado para o indivíduo, mas para a condição mórbida. Assim, o estudo assente na psicopatologia pretende que parte da experiência de estar doente seja do doente e do seu contexto. Segundo estes autores a “Psicopatologia não é Nosografia” (Stanghellini & Fuchs, 2013, citado por, Figueira & Madeira, 2014, p.6), mas apresenta-se como uma base à Nosologia. A psicopatologia não pretende estudar as síndromes psiquiátricas, a sua fiabilidade interpar ou estabilidade a nível temporal, procura, no entanto, compreender os fenômenos no que diz respeito à sua significação. Assim, a Psicopatologia apresenta a importância do interesse pelo total de experiências a nível interno que, embora não colaborem para o diagnóstico nosográfico, tornem possível compreender o doente e o que o rodeia (Figueira & Madeira, 2014).

Sintomatologia Psicopatológica e Conceito de Doença

Se existe uma presente dificuldade em definir o conceito de “doença” no âmbito da psicopatologia, o mesmo se verifica quanto ao conceito de “são” (Nascimento, 2017). Assim, segundo diversos autores, a “doença” em psicopatologia encontra-se enquadrada de acordo com aspetos físicos, mas na verdade, esta noção não se verifica em todos os estados psiquiátricos. Segundo outra perspectiva, existe a indicação de que as doenças podem ser explicitadas como estados que o médico trata, neste prisma o grupo de sintomas que induz os indivíduos a procurar um médico, ocorre na verdade porque estes apresentam um total de sinais que compreendem como patológicos, e mesmo sendo patológicos não correspondem a um quadro patológico ou a uma síndrome. Assim e contrariamente ao indicado, indivíduos possuidores de quadros patológicos ou síndromes psicopatológicas podem não se julgar doentes. Assim, a compreensão destes aspetos torna-se difícil tanto de definir como de operacionalizar (Sims, 2001, citado por, Nascimento, 2017).

Após o mencionado e referindo-nos às dificuldades em operacionalizar os conceitos, encontram-se os sintomas psicopatológicos como “vivências, comportamentos, percepções de ordem biológica, psicológica e social que se destacam do quotidiano da esfera pessoal, social e cultural” (Dalgarrondo, 2009; Scharfetter, 2005, citado por, Nascimento, 2017, p. 23). A par com o indicado, quando se refere a sintomatologia psicopatológica, os aspetos a esta associados verificam-se relacionados com aspetos centrais da vida humana, como é o caso da “sobrevivência, segurança, sexualidade” e com receios básicos como “morte, doença, miséria”, e outros (Dalgarrondo, 2009, citado por, Nascimento, 2017, p. 23) os últimos aspetos mencionados, isto é o medo de morrer, adoecer e viver uma vida de miséria, apresentam-se como uma base, um “ingrediente fundamental” aquando do estabelecimento da experiência psicopatológica (Dalgarrondo, 2009, citado por, Nascimento, 2017, p. 23).

Considera-se então de relevo indicar que nenhum sintoma psicopatológico isolado, individualmente, se encontra como um sinónimo de doença, perturbação ou algo fora do normal, pois, estes podem estar presentes em indivíduos considerados sãos (Dalgarrondo, 2009, citado por, Nascimento, 2017). Assim, os sintomas psicopatológicos não se encontram como simplesmente “doentios”, mas podem ser classificados como sinais de mau estar, daí que devem ser avaliados no que diz respeito à gravidade, frequência, conexão e persistência, uma vez que, podem dificultar o indivíduo em aspetos da sua vida pessoal, social e emocional, (Schafetter, 2005, citado por, Nascimento, 2017) os sintomas possuem então um dupla dimensão, verificando-se como indicadores que informam acerca da presença de uma disfunção num específico ponto do organismo e/ou do aparelho psíquico, noutra sentido, são indicados pela utente e, assim, verificam-se como “símbolos linguísticos arbitrários” e podem estar enquadrados com certos aspetos culturais, levando a que a manifestação e explanação do sintoma possa possuir características distintas, por expressar um significado simbólico e cultural determinado (Dalgarrondo, 2009, citado por, Nascimento, 2017, p. 24). Sá Junior (1998, citado por, Dalgarrondo, 2008) demonstra uma diferente definição entre sinal e sintoma, pois este distingue os sintomas entre objetivos, sendo estes os considerados pelo profissional, e os subjetivos, sendo estes os compreendidos apenas pelos indivíduos. Já os sinais, descreve como dados precisos das doenças que são incitados (ativamente evocados) pelo examinador (Dalgarrondo, 2008).

De acordo com o que é pretendido com esta dissertação e hipóteses a ser colocadas, interessa-nos compreender, dentro da bibliografia disponibilizada, as possíveis relações anteriormente estudadas, para compreender a relação entre as Falhas Cognitivas e Sintomatologia Psicopatológica e o confinamento. Assim, procurou-se explorar uma possível relação entre o isolamento e as falhas cognitivas, a psicopatologia e a falhas cognitivas, e por fim, o isolamento e a psicopatologia.

Acrescentamos que, apesar da intenção manifestada, na bibliografia presente não é evidente um grande investimento no estudo da relação entre as variáveis em causa.

Isolamento Social e Cognição

Segundo a literatura existente acerca das consequências neurobiológicas do isolamento social, estas indicam a possibilidade de um efeito prejudicial na memória e função executiva a longo prazo (Bzdok & Dunbar, 2020). De acordo com Lahiri et al., (2020) até ao momento nenhum artigo analisou os possíveis efeitos cognitivos na população em geral resultantes da pandemia atual, nem a influencia das medidas de distanciamento social e confinamento prolongado.

Relação entre Cognição e Psicopatologia

Posto o mencionado, a cognição pode encontrar-se definida como “processamento de informação”, uma vez que processar a informação que nos rodeia e decidir como utilizar essa

informação aumenta a capacidade de nos adaptarmos e reproduzirmos com sucesso (Robinson et al., 2013).

Atualmente as perturbações de ansiedade apresentam-se como um grande problema de saúde a nível mundial trazendo custos a nível psicológico, social e económico (Beddington et al., 2008, citado por, Robinson et al., 2013). O impacto da ansiedade no funcionamento cognitivo traduz-se como um grande contributo para os custos mencionados, assim, perturbações de ansiedade podem promover um foco incapacitante em eventos de vida negativos e dificultar a concentração, este aspeto, pode resultar em problemas a nível social e profissional (Robinson et al., 2013). Segundo alguns autores ainda não é conhecido o impacto concreto da ansiedade na cognição (Robinson et al., 2013).

A par com o mencionado, é indicado que indivíduos ansiosos sofrem de pensamentos intrusivos e sentimentos debilitantes, assim como de mecanismos de atenção desregulados (Eysenck et al., 2007, citado por, Robinson et al., 2013). Neste sentido, indivíduos que apresentem ansiedade ou perturbações de ansiedade apresentam uma tendência para detetar e processar informações relacionadas com ameaça, o que interfere com a sua performance no que diz respeito a diversas tarefas tenham como requisito a atenção (BarHaim et al., 2007). No entanto, é também indicado que alguns dos défices indicados podem ocorrer como secundários num contexto de fraca habilidade para recorrer a recursos atencionais (controlo cognitivo) ou de ajustar de forma flexível a atenção no caso de mudança de ambiente (Derryberry & Reed, 2002; Eysenck et al., 2007).

De acordo com um artigo acerca das falhas cognitivas na adultez tardia e segundo os autores Hitchcott et al., (2017), as descobertas encontradas pelos mesmos foram a primeira demonstração de que a sintomatologia depressiva se apresenta relacionada de forma distinta com diferentes tipos de falhas cognitivas (Hitchcott et al., 2017). Verificaram que a sintomatologia depressiva se estabelece como uma variável significativa em apenas dois dos quatro fatores avaliados, sendo estes, a memória e distração (Hitchcott et al., 2017).

Sintomatologia Psicopatológica e COVID-19

De acordo com outro objetivo presente nesta dissertação, interessa-nos compreender o efeito do isolamento social e/ou que acompanhou e acompanha a pandemia por Covid-19, compreendendo também as suas implicações a nível de sintomatologia psicopatológica.

A emergência de saúde pública internacional devido à nova pandemia pelo Covid-19 trouxe a necessidade de adotar medidas sanitárias de quarentena pelos mais diversos países, isto é, separar e restringir a circulação da população, de forma a diminuir a propagação da patologia, (Centers for Disease Control and Prevention, 2020, citado por, Brooks et al., 2020) e o isolamento dos indivíduos infetados para a redução da possibilidade de contágio (Nussbaumer-Streit et al., 2020, citado por, Becerra-Garcia et al., 2020; Brooks et al., 2020), tal como mencionado previamente.

Assim, estas medidas para o controlo da pandemia levantaram a possibilidade de desencadeamento de sintomatologia psicopatológica. Nesta perspetiva, os indivíduos que se encontram em isolamento, seja por estar infetados por doenças contagiosas e/ou possuir doenças oncológicas entre outras, postulam níveis mais elevados de sintomas ansiosos e depressivos, manifestações psicóticas, alterações cognitivas e perturbações do sono (Grammon, 1999; Madeo, 2003, citado por, Becerra-Garcia et al., 2020). No que diz respeito à quarentena, embora seja uma medida indispensável para conter a pandemia, (Nussbaumer-Streit et al., 2020) apesar do mencionado, a literatura refere que esta poderá ter um impacto negativo a nível psicológico, (Rubin, 2020; Hawryluck et al., 2004) emocional e financeiro (Hawryluck et al., 2004).

Assim, tendo em conta as medidas relacionadas com a pandemia por COVID-19, isto é, a quarentena, o distanciamento social e o isolamento, estas poderão ter um impacto negativo na saúde mental (Fiorillo & Gorwood, 2020). Nesta perspetiva, o aumento da solidão e a diminuição das interações sociais, são demonstradas como um conhecido fator de risco para diversas perturbações mentais, como é o caso da esquizofrenia e depressão major (Fiorillo & Gorwood, 2020). Para além disso, a preocupação com familiares e pessoas significativas (particularmente quando possuem uma idade mais avançada ou possuem alguma doença física), assim como, preocupações relativamente ao futuro, podem resultar num medo exacerbado, depressão e ansiedade (Fiorillo & Gorwood, 2020).

Quanto à população em geral, foram considerados diversos fatores sociodemográficos, de coexistência e económico-ocupacionais, relacionados com níveis mais baixos de saúde mental, (considerando-se este aspeto como uma maior prevalência de perturbações mentais e sintomatologia psicopatológica), nomeadamente, um baixo nível de educação, baixos rendimentos, situação de desemprego, indivíduos do sexo feminino e não viver com outra pessoa (Outram et al., 2004; Karsten & Moser, 2016; Silva et al., 2016, citado por, Becerra-Garcia et al., 2020). Segundo Becerra-Garcia et al., (2020), os fatores mencionados podem ser variáveis com interesse aquando do estudo acerca do estado psicopatológico dos indivíduos no decorrer da pandemia por COVID-19.

Acrescenta-se ao mencionado, que as medidas indicadas para ajudar no controlo da doença a par com a patologia em si, encontram-se como stressores para um potencial efeito psicológico que de acordo com as características sociodemográficas, ambientais ou profissionais, poderão diferir (Bao et al., 2020, citado por, Becerra-Garcia et al., 2020; Brooks et al., 2020). De momento, existem investigações internacionais desenvolvidas no decorrer da pandemia por COVID-19 que comprovam a relevância em utilizar este tipo de variáveis (Brooks et al., 2020.; Rajkumar, 2020; Bao et al., 2020; Cao et al., 2020, citado por, Becerra-Garcia et al., 2020).

Objetivos e hipóteses

De acordo com o exposto até ao momento o nosso estudo pretende explorar e contribuir para o conhecimento acerca do possível impacto do confinamento/quarentena/isolamento social na forma como os indivíduos residentes em Portugal viveram a situação de pandemia no período

selecionado, nomeadamente, no início de alívio de medidas e de processo de desconfinamento, e que influencia poderá este ter a nível psicopatológico e de falhas cognitivas.

Por tal, apresenta-se como questão de investigação saber se o confinamento resultante da pandemia por COVID-19 terá impacto no surgimento de sintomatologia psicopatológica e falhas cognitivas numa amostra da população portuguesa, tal como a literatura presente indica.

Para o efeito, foram formuladas hipóteses de investigação, tendo sido testadas as seguintes:

H1: Indivíduos com níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica apresentam um maior número de falhas cognitivas.

H2: Indivíduos que percecionem perdas no rendimento, isto é não recebem ou recebem, mas não na totalidade os seus rendimentos apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão e ansiedade.

H3: Indivíduos que se considerem essenciais no combate à COVID-19 apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão e ansiedade.

H4: Indivíduos que se considerem essenciais no combate à COVID-19 apresentam um maior número de falhas cognitivas.

H5: Indivíduos em confinamento durante um período superior a 60 dias apresentam um maior número de falhas cognitivas, quando comparados com indivíduos em confinamento durante um inferior período de tempo.

H6: Indivíduos em confinamento durante um período superior a 60 dias apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão e ansiedade, quando comparados com indivíduos em confinamento durante um período de tempo inferior.

H7: Indivíduos pertencentes ao intervalo etário dos 41 anos aos 78 apresentam um maior número de falhas cognitivas quando comparados com indivíduos pertencentes ao intervalo dos 18 aos 40 anos.

Capítulo 2. Metodologia

Relativamente ao capítulo dois, este pretende dar a conhecer os aspetos metodológicos do estudo em causa, nomeadamente a caracterização da amostra, apresentação do protocolo de investigação e descrição dos instrumentos utilizados para a recolha de dados.

Amostra

No presente estudo, os dados recolhidos foram obtidos por uma amostra de conveniência recorrendo a questionários disseminados através da plataforma GoogleDocs. Assim, e tal como pode ser observado na tabela 1, participaram 166 indivíduos, dos quais 122 (73,5%) pertencem ao sexo feminino, 44 (26,5%) ao sexo masculino e o não se identificam como nenhum dos géneros. A idade dos participantes variou entre os 19 e os 78 anos ($M=38,49$; $DP=4,670$). Quanto às habilitações literárias, 4 (2,4%) participantes completaram entre 5 e 6 anos de escolaridade, 4 (2,4%) entre 7 a 9 anos de escolaridade, 29 (17,5%) entre 10 a 12 anos de escolaridade, 74 (44,6%) são licenciados ou possuem bacharelato, 46 (27,7%) são titulares de mestrado e/ou pós-graduação e 9 (5,4%) possuem doutoramento.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que 76 (45,8%) indivíduos se encontram solteiros, 62 (37,3%) casados, 16 (9,6%) em união de facto, 10 (6%) encontram-se divorciados e, por fim, 2 (1,2%) estão viúvos. Para além do mencionado, relativamente ao agregado familiar, 29 (17,5%) referem que o seu agregado familiar é constituído por uma pessoa, 34 (20,5%) indicam duas pessoas no seu agregado, 42 (25,3%) indicam três pessoas, 53 (31,9%) indicam quatro pessoas e, por fim, 8 (4,8%) referem que o seu agregado familiar é constituído por 5 pessoas ou mais.

Quanto à atividade profissional, tal como demonstrado na tabela 1, 1 sujeito (0,6%) possui/possuiu uma profissão na área das forças armadas, 23 (13,9%) nas atividades intelectuais e científicas, 66 (39,8%) são/foram técnicos de profissões científicas, 10 (6%) são profissionais administrativos, 17 (10,2%) são trabalhadores de serviços pessoais, 2 (1,2%) trabalhadores industriais, 2 (1,2%) operadores de indústria e de máquinas, 8 (4,8%) trabalhadores não qualificados, 35 (21,1%) estudantes, por fim, 2 participantes não indicaram a atividade que exerceram ou exercem.

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra

	N (%)
Género	166
Masculino	44 (26.5%)
Feminino	122 (73.5%)
Nenhum dos Géneros	0 (0%)
Estado Civil	166
Solteiro(a)	76 (45.8%)
Casado(a)	62 (37.3%)
União de facto	16 (9.6%)
Divorciado(a)	10 (6%)
Viúvo(a)	2 (1.2%)
Habilitações Literárias	166

	5 a 6 anos	4 (2.4%)
	7 a 9 anos	4 (2.4%)
	10 a 12 anos	29 (17.5%)
	Licenciatura/Bacharelato	74 (44.6%)
	Mestrado e/ou Pós-Graduação	46 (27.7%)
	Doutoramento	9 (5.4%)
Agregado Familiar		166
	1 pessoa	29 (17.5%)
	2 pessoas	34 (20.5%)
	3 pessoas	42 (25.3%)
	4 pessoas	53 (31.9%)
	5 pessoas ou mais	8 (4.8%)
Atividade Profissional atual ou anterior		166
	Forças Armadas	1 (.06%)
	Intelectual e Científica	23 (13.9%)
	Técnicos de Profissões Científicas	66 (39.8)
	Profissionais Administrativos	10 (6%)
	Trabalhadores de Serviços Pessoais	17 (10.2%)
	Trabalhadores Industriais	2 (1.2%)
	Operadores de indústria e máquinas	2 (1.2%)
	Trabalhadores não qualificados	8 (4.8%)
	Estudantes	35 (21.1%)
	Não indicam atividade(omisso)	2 (1.2%)
Situação Profissional		166
	Desempregados	10 (6%)
	Ativos	111 (66.9%)
	Reformados	10 (6%)
	Estudantes	35 (21.1%)
Tipologia Profissional		166
	Por conta própria	14 (8.4%)
	Por conta de outrem	97 (58.4%)
	Omissos	55 (33.1%)
Profissão Essencial COVID-19		111
	Sim	67 (40.4%)
	Não	44 (26.5%)
Rendimentos no Agregado Familiar		166
	Na totalidade	125 (75.3%)
	Não na totalidade	30 (18.1%)
	Não recebem	11 (6.6%)

Local de Residência		166
	Castelo Branco	81 (48.8%)
	Açores	3 (1.8%)
	Aveiro	11 (6.6%)
	Braga	9 (5.4%)
	Bragança	2 (1.2%)
	Coimbra	7 (4.2%)
	Évora	5 (3%)
	Faro	2 (1.2%)
	Guarda	11 (6.6%)
	Leiria	6 (3.6%)
	Lisboa	9 (5.4%)
	Madeira	1 (.6%)
	Portalegre	1 (.6%)
	Porto	7 (4.2%)
	Santarém	2 (1.2%)
	Setúbal	3 (1.8%)
	Viana do Castelo	2 (1.2%)
	Vila Real	2 (1.2%)
	Viseu	2 (1.2%)
Tipo de Confinamento	Em Confinamento	90 (54.2%)
	Isolamento Voluntário	70 (42.2%)
	Isolamento Profilático	3 (1.8%)
	Isolamento Preventivo	17 (20.2%)
Motivos para Não Confinamento	Não Confinamento	76 (45.8%)
	Motivos Laborais	57 (34.3%)
	Funções de Voluntariado	2 (1.2%)
	Não considera necessário	16 (9.6%)
	Não indica motivo	1

Relativamente à situação profissional, os dados apresentados na tabela 1, remetem para a indicação de que a amostra é constituída por 10 (6%) desempregados, 111 (66,9%) ativos, 10 (6%) reformados e 35 (21,1%) estudantes, dentro dos trabalhadores ativos, 14 (8,4%) trabalham por conta própria e 97 (58,4%) por conta de outrem, 55 (33,1%) encontram-se omissos, uma vez que não são ativos e por tal se pretende que respondam a esta questão. A par disto, dentro dos empregados, 67 (40,4%) consideram pertencer a uma profissão essencial ao combate do COVID-19, 44 (26,5%) não se consideram possuir uma profissão essencial ao combate ao COVID-19, a par disto, 55 participantes não responderam a esta questão já que não se encontram ativos. Verificou-se, na presente amostra, que 125 (75,3%) recebem o seu salário na totalidade, 30 (18,1%) recebem o seu salário, mas não na totalidade e 11 (6,6%) não recebem o seu salário, acrescenta-se que foi pedido aos participantes que no caso de não se encontrarem ativos responderem de acordo com o rendimento do agregado familiar.

Para além do mencionado, no que diz respeito à residência dos participantes desta amostra, como possível observar na tabela 1, constata-se que a maioria reside no distrito de Castelo Branco, com um total 81 (48,8%) indivíduos, para além disto há 3 (1,8%) participantes a residir nos Açores, 11 (6,6%) em Aveiro, 9 (5,4) em Braga, 2 (1,2%) em Bragança, 7 (4,2%), em Coimbra, 5 (3%) em Évora, 2 (1,2%) em Faro, 11 (6,6%) na Guarda, 6 (3,6%) em Leiria, 9 (5,4%)

em Lisboa, 1 (0,6%) na Madeira, 1 (0,6%) em Portalegre, 7 (4,2%) no Porto, 2 (1,2%) em Santarém, 3 (1,8%) em Setúbal, 2 (1,2%) em Viana do Castelo, 2 (1,2%) em Vila Real e 2 (1,2%) em Viseu, dos quais, na altura da recolha de dados em formato digital, 90 (54,2%) encontravam-se em confinamento, sendo que, 70 (42,2%) estavam em isolamento voluntário, 3 (1,8%) em isolamento profilático e 17 (10,2%) em isolamento preventivo, contrariamente 76 (45,8%) não se encontravam em confinamento, dos quais 57 (34,3%) por motivos laborais, 2 (1,2%) por funções de voluntariado e 16 (9,6%) por não considerarem necessário, realça-se que um dos participantes referiu não estar em isolamento mas não apresentou motivo para tal. Por fim, o tempo de confinamento variou entre os 6 dias de confinamento e os 95 dias, (M=57, 62; DP= 15,040).

Participaram apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que respondessem de forma adequada aos itens presentes no questionário e que falassem/compreendessem português. Perante a análise dos resultados, pretende-se excluir participantes que, não tenham respondido à maioria das questões. Para além destes apenas participaram indivíduos residentes em Portugal devido às fases de medidas de prevenção impostas variarem consoante os diferentes países afetados.

Instrumentos

Como instrumentos utilizados, na recolha de dados para esta dissertação, recorreu-se a 3 questionários, um Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Falhas Cognitivas e o Brief Symptom Inventory – BSI.

Questionário Sociodemográfico

Foi desenvolvido um questionário sociodemográfico de acordo com a informação que pretendíamos recolher. Assim, este contou com as seguintes questões: idade, género, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar, situação profissional, zona geográfica e por fim, aspetos relativos ao confinamento.

Cognitive Failures Questionnaire – Questionário de Falhas Cognitivas

Na avaliação das Falhas cognitivas, estas são avaliadas através de autorrelatos dos indivíduos e de instrumentos desenvolvidos para o efeito, como o Questionário de Falhas Cognitivas. (Broadbent et al., 1982, citado por Hitchcott et al., 2017). O Instrumento “*Cognitive Failures Questionnaire*” (CFO; Broadbent et al., 1982, citado Willert et al., 2010) foi desenvolvido para medir erros cognitivos cometidos no dia a dia. O presente questionário foi criado para avaliar a frequência de falhas em três áreas, sendo estas, a perceção, memória e funcionamento motor, e foi proposto para explorar apenas as “falhas cognitivas” (Willert et al., 2010). O questionário conta com 25 itens que são pontuados numa escala do tipo Likert, sendo que a pontuação varia de “0” que corresponde a “nunca” a “4” que corresponde a “muitas vezes” (Willert et al., 2010).

Na sua constituição todos os itens foram formulados na positiva, não existindo itens invertidos (Pita, 2017). Relativamente à pontuação obtida, esta parte da soma das frequências, podendo variar entre 0 e 100, nesta perspetiva, uma pontuação mais elevada corresponde a um número mais elevado de lapsos cognitivos (Pita, 2017). Para além do mencionado, o questionário apresenta ainda, uma boa confiabilidade teste-reteste, sendo de .80 entre 6 a 65 semanas, a par disto, apresentam ainda uma boa consistência interna, possuindo um alfa de Cronbach de .90, e por fim, uma boa validade discriminatória, sendo esta de -.13 a -.41 e validade convergente .50 a .53 (Wallace, 2004, citado por Monteiro, 2017).

Para tal efeito, foi utilizada a versão adaptada do questionário, por Monteiro (2017) para a população Portuguesa.

Consistência Interna do instrumento QFC

Foi verificada a consistência interna do instrumento QFC recorrendo mais uma vez ao alfa de Cronbach, assim verificamos que o presente instrumento apresenta uma consistência interna com um alfa de .934.

Tabela 2

<i>Consistência Interna QFC</i>	
Alfa de Cronbach	N de itens
.934	25

Na adaptação de Monteiro (2017), para a população portuguesa do instrumento “questionário de falhas cognitivas”, este considera que o instrumento possui 3 dimensões, sendo estas: falhas de memória, falhas de atenção e falhas motoras. Assim, como presente na tabela 3, foi verificada a consistência interna das 3 dimensões referidas, tendo apresentado todas uma boa consistência interna. Falhas de memória ($\alpha=.841$; $n=8$), Falhas de atenção ($\alpha=.825$; $n=8$) e Falhas Motoras ($\alpha=.852$; $n=8$).

Brief Symptom Inventory - BSI

No presente estudo, a sintomatologia psicopatológica será avaliada recorrendo ao instrumento Brief Symptom Inventory (BSI), aplicando-se a versão portuguesa do mesmo. O presente inventário foi elaborado por Derogatis e Spencer em 1982, sendo traduzido e aferido mais tarde para a população portuguesa, por Cristina Canavarro em 1999. O BSI é então, um inventário de autorrelato contando com 53 itens que avaliam a sintomatologia psicopatológica, dividindo a mesma em 9 dimensões básicas de sintomatologia e em 3 índices globais (Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos), considerando-se os últimos mencionados, as avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007). De acordo com Canavarro, (1999, citado por Canavarro, 2007) as 9 dimensões anteriormente

referidas dizem respeito a: somatização, obsessões compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo.

Relativamente ao preenchimento do inventário em causa, o participante deverá classificar o grau, de acordo com o que cada problema o afetou no decorrer da última semana, numa escala de tipo Likert, possuindo as seguintes opções: “Nunca (0), “Poucas vezes” (1), “Algumas vezes” (2), “Muitas vezes” (3) e “Muitíssimas vezes” (4) (Canavarro, 2007).

No que diz respeito às características psicométricas da versão portuguesa do instrumento BSI, estas atestam uma boa consistência interna do instrumento com valores oscilando entre 0.62 e 0.80 (Canavarro, 2007). A escala indica, ainda, um ponto de corte no Índice de Sintomas Positivos, considerando haver maior probabilidade de encontrar indivíduos perturbados emocionalmente nos sujeitos com pontuações ≥ 1.7 (Canavarro, 2007).

No caso específico deste estudo, as dimensões de interesse a avaliar são a ansiedade e a depressão.

Consistência Interna do instrumento BSI

Perante o estudo em causa, após a verificação do Alfa de Cronbach do instrumento BSI, este apresenta uma consistência interna “Muito boa” de .968.

Tabela 3

Consistência Interna BSI

Alfa de Cronbach	N de itens
.968	53

No que diz respeito à consistência interna, e como se pode observar na tabela 2, das dimensões do instrumento BSI, confirmámos que a somatização ($\alpha=.835$; $n=7$), obsessões compulsões ($\alpha=.832$; $n=6$), sensibilidade interpessoal ($\alpha=.796$; $n=4$), depressão ($\alpha=.865$; $n=6$), ansiedade ($\alpha=.851$; $n=6$), hostilidade ($\alpha=.809$; $n=5$), ansiedade fóbica ($\alpha=.763$; $n=5$), ideação paranoide ($\alpha=.769$; $n=5$) e psicoticismo ($\alpha=.745$; $n=5$), apresentam todas uma boa consistência interna face aos resultados obtidos através do Alfa de Cronbach.

Procedimentos

Este estudo foi aprovado para apoio pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, sendo o projeto incluído na medida de apoio à investigação Via Verde de apoio OPP para a Investigação Científica em Saúde Psicológica e Mudança Comportamental. Neste sentido, foi possível usufruir do apoio por parte da Ordem dos Psicólogos Portugueses na disseminação do questionário a partir da sua página WEB.

Para a recolha de dados, foram selecionados previamente os instrumentos que se consideraram, no âmbito desta dissertação de mestrado, mais adequados de acordo com o que era pretendido avaliar. Por tal, quanto ao protocolo realizado, nomeadamente no que diz respeito à recolha de

dados, foi cedido/colocado/apresentado na plataforma, antes de dar início ao questionário, uma explicação acerca do que é pretendido com esta investigação, a apresentação da equipa de trabalho e respetivos contactos eletrónicos para esclarecimento de questões, e por fim, o pedido de consentimento informado e esclarecido para utilização das respostas dos participantes apenas para tratamento estatístico. Para além do mencionado, garantiu-se a confidencialidade e anonimato do participante através da permissão do mesmo após a leitura da informação aqui descrita.

Por fim indica-se que o questionário em causa não apresenta impactos negativos para a saúde física ou psicológica dos participantes.

Assim, e como mencionado, elaborou-se um questionário, possuindo este uma duração de resposta de cerca de 20 minutos. O questionário realizado, que conta com o questionário sociodemográfico, o instrumento BSI e de Falhas Cognitivas, foi disponibilizado via online, partilhado especificamente através das redes sociais e através da plataforma da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Foi partilhado no dia 7 de maio, dando-se a oportunidade de participar até dia 25 de maio. Inicialmente pretendia-se fazer a recolha de dados de forma presencial, mas, devido à pandemia já referida neste estudo e conseqüentemente ao aumento do número de casos, a forma de recolha presencial não foi possível.

Análise de Dados

Inicialmente, para o tratamento dos dados recolhidos, construiu-se uma base de dados onde foi colocado o registo dos participantes, os dados constaram numa primeira instância no programa Excel, e após uma limpeza da base de dados, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram transformados para o formato SPSS v.26.

A análise estatística necessária foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), recorrendo à 26 versão do mesmo. Através do referido programa, num primeiro momento foi verificado se os participantes cumpriam os critérios de inclusão no presente estudo (Residência em Portugal, idade superior ou igual a 18 anos, compreensão da língua portuguesa e resposta à maioria dos itens questionados), após este momento, foi iniciada a análise descritiva da amostra, nesta fase foi verificado se as respostas dadas pelos participantes estavam em concordância com as questões que apresentavam relação entre si. Após esta, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados para dar resposta às hipóteses previamente colocadas.

Foi averiguada as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados neste estudo, através da consistência interna dos instrumentos BSI e de Falhas Cognitivas e suas dimensões, através do *Alfa de Cronbach*. Uma vez que a amostra em causa tem um nível considerável de participantes (n=166) considerou-se que a amostra seguia uma distribuição normal, justificando esta decisão com recurso ao teorema do limite central.

Assim, para preceder ao cálculo da inferência estatística dos dados, recorreu-se aos Teste-*T-Student* de forma a testar as hipóteses previamente colocadas. Com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* procedeu-se ao cálculo da correlação entre as principais variáveis deste estudo, sendo estas a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão e ansiedade, e as falhas cognitivas. Para além disto, foram recodificadas variáveis para adequar os dados ao

tratamento que era pretendido explorar, criando-se assim grupos de comparação. A homogeneidade dos grupos foi testada através do teste *Levene* já oferecido aquando do teste t. Os valores foram arredondados sempre que possível às centésimas.

Capítulo 3. Resultados

É oportuno realçar que a recolha de dados, para o presente estudo, que nos permitiu chegar aos presentes resultados, foi realizada no contexto de pandemia atual, por COVID-19. Estes dados foram recolhidos no início do processo de desconfinamento, período no qual houve o levantamento de diversas medidas, nomeadamente início de desconfinamento, portanto, é natural que os resultados estejam influenciados por esse período, durante o qual foi feita a recolha.

Estatística Descritiva

Relativamente aos scores obtidos no instrumento BSI, estes podem ser verificados através da tabela 4. Considerando a depressão e ansiedade como variáveis de interesse neste estudo, evidencia-se que a depressão possui uma média .689 ($M_{depressão}=.689$), um mínimo de .000 e máximo de 3.167, com um desvio padrão de .677 ($dp=.677$). No caso da ansiedade, esta apresenta, como consta na tabela 4, uma média de .669 ($M_{ansiedade}=.669$), um mínimo de .000 e máximo de 3.667, possuindo um desvio padrão de .641 ($dp=.641$).

Tabela 4

Estatística Descritiva do instrumento BSI e seus fatores

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Somatização	166	.000	2.714	.402	.519
Obsessão Compulsão	166	.000	3.333	.924	.72
Sensibilidade Interpessoal	166	.000	2.75	.532	.625
Depressão	166	.000	3.167	.689	.677
Ansiedade	166	.000	3.667	.669	.641
Hostilidade	166	.000	3.8	.692	.594
Ansiedade Fóbica	166	.000	3.2	.487	.593
Ideação Paranoide	166	.000	2.6	.555	.587
Psicoticismo	166	.000	2.4	.388	.503

Quanto à escala das Falhas Cognitivas, o Índice Geral dos resultados obtidos pelos participantes neste estudo, como indicado na tabela 5, apresenta uma média de 35,31 ($M_{índicegeral}=35.31$), um mínimo de 4 e máximo de 77, tendo um desvio padrão de 15.990 ($dp=15.990$). Acrescenta-se que se optou por utilizar o Índice Geral do instrumento.

Tabela 5

Estatística Descritiva do instrumento QFC

N	Mínimo	Máximo	Média	DP
---	--------	--------	-------	----

ID (Índice Geral)	166	4	77	35,31	15.990
-------------------	-----	---	----	-------	--------

Estadística Paramétrica

Para análise dos resultados, utilizámos testes paramétricos de comparação de médias e considerámos diferenças estatisticamente significativas para $p < .005$.

De acordo com a primeira hipótese, admitimos que os participantes da nossa amostra com valores mais elevados de sintomatologia depressiva e de ansiedade apresentariam pontuações mais elevadas no inventário de falhas cognitivas.

Para esta hipótese foram realizados Teste t, na qual se correlacionou a sintomatologia de ansiedade e depressiva, obtidas através do BSI com o ponto de corte da escala de falhas cognitivas, definido pela média obtida da amostra em estudo.

Tabela 6

Relação entre os Sintomas de Depressão e de Ansiedade (BSI) e as Falhas cognitivas (QFC)

	Média		Teste-t			
	<35 (n=84)	>=35 (n=82)	t	gl	p	d de Cohen
Depressão	.45	.93	4.93	138.96	.000	.633
Ansiedade	.46	.88	4.46	147.93	.000	.607

Considerando a tabela 4, o grupo “com pontuação maior ou igual a 35”, apresentou um valor significativamente maior na dimensão depressão do BSI ($M_{>=35}=.93$) do que o grupo “com pontuação menor que 35” ($M_{<35}=.45$), $t(138.96)=4.93$, $p<.000$, $d=.633$.

O grupo “com pontuação maior ou igual a 35”, apresentou um valor significativamente maior na dimensão ansiedade do BSI ($M_{>=35}=.88$) do que o grupo “com pontuação menor que 35” ($M_{<35}=.46$), $t(147.93)=4.46$, $p<.000$; $d=.607$.

Participantes que pontuam acima de 35 pontos na escala de falhas cognitivas apresentam maiores níveis de sintomatologia psicopatológica, como no caso da sintomatologia depressiva $M_{<35}(.45) < M_{>35}(.93)$; e ansiosa $M_{<35}(.46) < M_{>35}(.88)$. Para além da sintomatologia depressiva e ansiosa, o mesmo se verificou para todas as outras dimensões do BSI.

Para a seguinte hipótese, perspetivou-se que, indivíduos que tenham sentido cortes a nível económico no seu agregado familiar, seja não receber o salário na totalidade ou não o receber de todo, apresentariam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, depressiva e ansiosa.

Para a presente hipótese foi considerado como critério, dentro dos participantes, o agregado familiar receber o salário na totalidade ou não receber na totalidade. Como teste, recorreu-se à comparação das médias segundo o teste T.

Tabela 7

Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, ansiedade e depressão (BSI) e o Rendimento no Agregado Familiar

	Média		Teste-t			
	Receber	Não Receber	t	gl	p	d de Cohen
Depressão	.553	1.102	-3.690	48.992	.001	.636
Ansiedade	.573	.959	-2.612	48.165	.012	.620

Verifica-se através da tabela 5 que, participantes que no seu agregado familiar não recebem o salário na totalidade, apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva $M_{<não\ receber}$ (1.102) do que os que recebem o salário na totalidade $M_{>receber}$ (.553); $t(48.992)=-3.690$; $p<=.001$; $d=.636$.

Acrescenta-se ao mencionado que o mesmo se verificou no que diz respeito à sintomatologia de ansiedade, isto é, indivíduos que não recebem o salário na totalidade apresentam níveis mais elevados de sintomatologia de ansiedade $M_{<não\ receber}$ (.959) do que participantes que recebem o salário na totalidade $M_{>receber}$ (.573). $t(48.165)=-2.612$; $p<=.012$; $d=.620$.

Existe uma diferença estatisticamente significativa entre receber o salário na totalidade ou não quanto a sintomatologia psicopatológica depressiva e de ansiedade.

Para efeitos de testagem da terceira hipótese, onde se admitiu que profissionais que se considerassem essenciais ao combate à COVID-19, apresentariam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, de depressão e ansiedade, recorreu-se ao teste t para comparação das médias.

Foram elaborados dois grupos de comparação, onde se encontram os profissionais ativos que não se estejam em confinamento, essenciais ao combate à COVID, e outro grupo onde constam os trabalhadores que não se identificaram como essenciais.

Tabela 8

Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, depressão e ansiedade (BSI) e ser trabalhador essencial no combate à COVID-19

	Média		Teste-t			
	Essenciais	Não Essenciais	t	gl	p	d de Cohen
Depressão	.465	.598	-1.105	64.556	.273	.566
Ansiedade	.540	.598	-.579	109	.564	.522

Na presente hipótese e com base na tabela 6, profissionais ativos que se identificaram como essenciais, não apresentam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva, $M_{<essenciais}$ (.465) quando comparados com indivíduos ativos que não se identificaram como essenciais $M_{>não\ essenciais}$ (.598); $t(64.556)=-1.105$; $p>=.273$; $d=.566$.

O mesmo se verifica quanto à sintomatologia de ansiedade $M_{<essenciais}$ (.540) $<M_{>não\ essenciais}$ (.598); $t(109)=-.579$; $p>.564$; $d=.522$.

Na seguinte hipótese, considerou-se que profissionais essenciais no combate à COVID-19 apresentariam um maior número de falhas cognitivas.

Para efeito de testagem, recorreu-se ao teste t para comparação das médias assim como aos grupos de comparação utilizados previamente, que distingue trabalhadores ativos essenciais que não estejam em confinamento e trabalhadores não essenciais ativos e desconfinados.

Tabela 9

Relação entre ser trabalhador essencial no combate à COVID-19 e as falhas cognitivas

	Média		Teste-t			
	Essenciais	Não Essenciais	t	gl	p	d de Cohen
Falhas Cognitivas	33.16	33.64	-.147	109	.884	16.604

Verifica-se na tabela 7, que indivíduos ativos que consideram possuir uma profissão essencial no combate à COVID-19, não apresentam um maior número de falhas cognitivas $M_{<essenciais}$ (33.16), do que indivíduos ativos que se indicaram como não essenciais $M_{>não\ essenciais}$ (33.64). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de comparação $t(109)=-.147$; $p>.884$; $d=16.604$.

Relativamente à quinta hipótese, considerou-se que indivíduos que indiquem estar confinamento durante um período superior a 60 dias irão apresentar um maior número de falhas cognitivas, apresentando pontuações mais elevadas no questionário de falhas cognitivas. Para o presente efeito, criou-se dois grupos de comparação, onde no primeiro grupo constam participantes em confinamento há menos de 60 dias e no outro grupo, participantes em confinamento há mais de 60 dias.

Tabela 10

Relação entre o período de confinamento (em dias) e as Falhas Cognitivas (QFC)

	Média		Teste-t			
	<60 (n=59)	>=60 (n=31)	t	gl	p	d de Cohen
Falhas Cognitivas	34.92	35.06	-.043	88	.966	15.682

Posto os resultados, através da tabela 8, verifica-se que os participantes em confinamento há mais de 60 dias não apresentem um maior número de falhas cognitivas $M_{>60}$ (35.06) face aos indivíduos em confinamento há menos de 60 dias $M_{<60}$ (34.92). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos $t(88)=-.043$; $d=15.682$.

Perante a penúltima hipótese, percebeu-se que participantes que se encontravam em confinamento há mais de 60 dias apresentariam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, de depressão e ansiedade, quando comparados com indivíduos em confinamento há menos de 60 dias.

Para tal efeito, recorreu-se ao grupo de comparação previamente criado, onde num primeiro foram colocados os indivíduos em confinamento há mais de 60 dias e os indivíduos em confinamento há menos de 60 dias.

Tabela 11

Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica, depressão e ansiedade (BSI) e o tempo de confinamento (em dias)

	Média		Teste-t			
	<60 (n=59)	>=60 (n=31)	t	gl	p	d de Cohen
Depressão	.695	.930	-1.369	88	.174	.774
Ansiedade	.734	.747	-.076	88	.940	.764

Face aos resultados apresentados na tabela 9, indivíduos em confinamento há mais de 60 dias não apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva $M_{>60}(.930)$ comparados com indivíduos em confinamento há menos de 60 dias $M_{<60}(.695)$. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos $t(88)=-1.369$; $p>.174$; $d=.774$.

Relativamente à sintomatologia de ansiedade, o mesmo se verificou, $M_{>60}(.747)<M_{<60}(.734)$; não existindo também diferenças estatisticamente significativas ($t=88$)= $-.076$; $p>.940$; $d=.764$.

Quanto à última hipótese, propôs-se que participantes com idade inferior a 40 anos iriam apresentar um menor número de falhas cognitivas, traduzindo-se este aspeto, numa menor pontuação no questionário de falhas cognitivas.

Para tal efeito foram criados dois grupos de comparação, um constituído por participantes com idade até aos 40 anos, estando numa faixa etária dos 18 aos 40, e outro grupo onde constam participantes pertencentes a uma faixa etária dos 41 aos 78 anos.

Tabela 12

Relação entre pertencer à classe de idade dos 41 aos 78 anos e as Falhas Cognitivas (QFC)

	Média		Teste-t			
	<40 (n=99)	>=40 (n=67)	t	gl	p	d de Cohen
Falhas Cognitivas	34.72	36.18	-.577	164	.565	16.022

Face aos resultados obtidos presentes na tabela 10, verifica-se que indivíduos pertencentes ao grupo de idades até aos 40 anos, não apresentam menos falhas cognitivas $M_{<40}(34.72)$ quando comparados com indivíduos com idade superior a 40 anos $M_{>40}(38.18)$. Neste sentido, não existem diferenças estatisticamente significativas quando comparados os dois grupos $t(164)=-.577$; $d=16.022$.

Capítulo 4. Discussão

Feito o tratamento dos dados e apresentados os resultados é necessário discutir os mesmos à luz das hipóteses colocadas, sendo que estas incidem na relação entre a sintomatologia psicopatológica e as falhas cognitivas, o impacto da perda de rendimentos no agregado familiar ao nível da sintomatologia psicopatológica de depressão e ansiedade, os profissionais e o seu bem-estar no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica e falhas cognitivas e o possível comprometimento, relativamente às falhas cognitivas, face à idade dos participantes.

Um dos aspetos que levantou dúvidas face aos resultados, foi exatamente na relação procurada entre a sintomatologia psicopatológica e as falhas cognitivas, pois verificou-se que os indivíduos que obtiveram uma maior pontuação no questionário de falhas cognitivas apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, tendo-se confirmado como verdadeira a nossa hipótese. No entanto, o chegar a este resultado trouxe uma questão que procurámos compreender, sendo esta, até que ponto a psicopatologia se encontra na base do aparecimento de mais falhas cognitivas, ou se, o possuir de um elevado número de falhas cognitivas causa a sintomatologia psicopatológica. Para tal efeito, testámos se existiriam diferenças entre classes de indivíduos mais novos e indivíduos mais velhos, no entanto, os resultados indicaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas na amostra entre o grupo com indivíduos mais jovens quando comparado com o grupo com indivíduos mais velhos, assim, deixamos a hipótese de talvez não serem as falhas cognitivas a sustentar o aparecimento de sintomatologia psicopatológica mas sim, a sintomatologia psicopatológica a promover o aparecimento destas falhas. Pois, numa perspetiva de envelhecimento e declínio das funções cognitivas os mais velhos poderiam demonstrar mais falhas cognitivas e estas serem fruto do processo natural de envelhecimento, mas assim, deixa-nos a hipótese de serem derivadas da sintomatologia psicopatológica experienciada no período da recolha de dados. Segundo Ribeiro e Guerreiro (2002, p.59) diversas capacidades cognitivas sofrem alterações provenientes da idade, possivelmente associadas a “diminuições na velocidade de processamento, na capacidade de concentração e na capacidade de utilizar estratégias eficazes de aprendizagem”. No entanto, e como mencionado, diferenças não foram observadas. Ao mencionado, acrescentamos que na nossa perspetiva, a pandemia de COVID-19 e respetivas medidas de prevenção, nomeadamente o isolamento, não prejudicará só o nosso bem-estar numa perspetiva emocional, mas também de falta de interação com os outros. A interação com as pessoas que nos são significativas poderá ser entendida como um fator protetor tanto a nível emocional, pela partilha de emoções e sentimentos, bem como a nível cognitivo, uma vez que, promove a estimulação cognitiva através, por exemplo, do debate de temas e ideias. Noutra perspetiva, também o facto de percecionarmos sintomas de ansiedade e/ou depressivos poderá levar a que o foco de atenção se situe sobre os referidos sintomas, podendo assim levar a uma diminuição das capacidades atencionais necessárias à realização de determinadas tarefas, mais rotineiras, e assim ao surgimento de possíveis e mais frequentes erros cognitivos. Posto o mencionado, consideramos ainda que a falta ou alteração de rotinas, impostas pelo confinamento e não deliberadas pelo

próprio, poderá ser considerado um possível fator de risco para o surgimento de sintomatologia psicopatológica e conseqüentemente para um aumento das falhas ou erros cognitivos.

Como outro aspecto de interesse por nós estudado, encontra-se os rendimentos económicos, face a esta situação de pandemia. Colocou-se em hipótese que a falha nos rendimentos resultaria em sintomatologia de depressão e ansiedade, e essa hipótese foi confirmada. Este aspecto foi ao encontro de bibliografia previamente existente e recente. Segundo o estudo de Malloy-Dinniz et al., (2020), estes indicam que os impactos económicos desta pandemia são um aspecto de elevado relevo, já que existem indivíduos trabalhadores que se encontram desprotegidos, exercendo funções laborais com menos qualificação, salários mais reduzidos, trabalho com menos condições, possuindo pouca capacidade financeira ou reservas. Para além do presente mencionado, no caso deste estudo ainda se verifica que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos pertencentes a um agregado familiar com três ou mais elementos, assim, é exetável que os indivíduos responsáveis pelos agregado possuam filhos ainda dependentes que necessitam com certeza de cuidados financeiros, ou no caso de não serem os responsáveis pelo agregado a participar neste estudo, indivíduos que possuam a noção desta perda de rendimentos, apresentem preocupações e dificuldades acrescidas afetando a sua saúde mental.

Acrescenta-se ao mencionado, e no sentido da hipótese referida, que as questões sociais como é o caso de receber rendimento no agregado familiar, ao utilizarmos a noção de Sindemia, previamente descrita neste estudo, possuem um elevado relevo neste período que atravessamos. Em nosso entender, a falta de proteção, não só aos idosos e a outras condições já mencionadas, referindo-nos a novas dificuldades sentidas no rendimento de diversas famílias, poderá trazer um impacto para a saúde mental dos afetados, a partir do momento em que estes possam não ter posses para colmatar as suas necessidades e/ou as dos seus dependentes, tendo ainda responsabilidades económicas às quais têm obrigatoriamente de dar resposta, sem possuir uma sensação de apoio e desafogo. Observaram-se despedimentos, atividades sociais (*eg*: bares, comércio de roupas, calçado e outras atividades económicas) possuidoras de altos investimentos sem respostas de quando poderão abrir, proprietários de restaurantes com trabalhadores ao seu encargo mas com capacidade de atendimento bastante limitada, entre muitos outros exemplos, encontram-se aqui alguns dos maiores lesados economicamente, em que num futuro ou até neste preciso momento possuem as conseqüências e efeitos desta doença mesmo alguns sem estar contaminados ou nunca terem estado.

Outro aspecto relacionado com as hipóteses colocadas neste estudo, passa pelos profissionais de saúde, recorrentemente considerados os profissionais “essenciais no combate à COVID-19”, face às notícias constantes acerca da luta que eles travam no seu local de trabalho e ao risco perante a exposição continua à doença, considerou-se então que os profissionais considerados essenciais pudessem possuir comprometimentos ao nível de sintomatologia psicopatológica de depressão e ansiedade e de falhas cognitivas. Assim, estes autores, consideram que os profissionais de saúde se encontram submetidos a um enorme stress ao lidar com os pacientes afetados, alguns em situação grave, e em condições de trabalho, muitas vezes, inadequadas (Teixeira et al., 2020). A literatura refere que profissionais de saúde enfrentam um problema de relevo, ao estarem

diretamente envolvidos na prestação de cuidados aos utentes sintomáticos ou diagnosticados pela COVID-19 possuem um risco mais elevado de contaminação por esta doença (Teixeira et al., 2020). No caso dos participantes deste estudo, verifica-se que os profissionais que se apresentam como essenciais ao combate ao COVID-19 (n=67), não apresentam elevados níveis de ansiedade e/ou depressão quando comparados com indivíduos que também não se encontram em confinamento pelos diversos motivos. Refletindo sobre este aspeto, já que esperávamos que estes profissionais apresentassem níveis mais altos de sintomatologia psicopatológica devido à sua proximidade à doença, medo de contaminação e receio de contaminar entes queridos devido ao seu trabalho. No entanto, esta situação não se verificou, poderá dever-se a diversos motivos, como a localização geográfica da maioria destes profissionais de saúde, pois como indicado, a maioria dos participantes concentram-se na zona de Castelo Branco, este local até à data da recolha dos dados possuía um número muito reduzido de indivíduos infetados e internados em hospital.

Neste sentido, e independentemente dos resultados, segundo a literatura é necessário direcionar uma maior atenção aos profissionais de saúde no que diz respeito ao seu bem-estar psicológico (Teixeira et al., 2020). Pois, não se conhece que implicações futuras poderá este período pandémico trazer, no que diz respeito à saúde mental, para estes profissionais.

Atualmente, nesta situação de pandemia, verifica-se ainda o relato do aumento de sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, diminuição da qualidade do sono, aumento do consumo de substâncias, sintomas psicossomáticos e receio de ser infetado ou transmitir a infeção a familiares (Fundação Oswaldo Cruz, 2020, citado por, Teixeira et al., 2020).

Relativamente ao confinamento e ao número de dias que diversos indivíduos em Portugal estiveram confinados, considerou-se que o facto de não contactar com os amigos, familiares ou possuir interações sociais no geral, poderia ser um aspeto a contribuir para a sintomatologia psicopatológica, e neste sentido, quanto mais tempo em confinamento maior a probabilidade para a manifestação desta sintomatologia, no entanto, esta hipótese não se verificou. Assim, acreditamos que a altura da recolha dos dados terá exercido alguma influencia nos resultados obtidos neste estudo, considerando que o período da recolha coincidiu com o levantamento das medidas, e o retomando aos poucos da normalidade, com a reabertura de superfícies comerciais, museus, restaurantes e cafés, reabertura das escolas para o alguns anos escolares, das creches, pré escolar, cinemas, teatros, atividades desportivas, reinício de atividades religiosa, feito de forma gradualmente em períodos de 15 dias (consultado o comunicado do conselho de ministros de 30 de abril de 2020), este momento poderá ter resultado numa altura de bem-estar generalizado. Perspetivou-se também, a mesma situação quanto às falhas cognitivas, tendo obtido o mesmo resultado, efetivamente não existindo bibliografia para sustentar hipóteses tão recentes, poderíamos sempre não encontrar resultados significativos para a relação com as falhas cognitivas.

No entanto, e segundo Mian & Khan (2020) os indivíduos devem cada vez mais estar em alerta para a proliferação rápida de informações sem bases científicas, boatos e teorias da “conspiração” e a influência destes fatores no envolvimento da população nas medidas de prevenção. Há que referir que a preocupação principal não passa tanto por quão mortal é o vírus

por COVID-19, mas sim, pela velocidade elevada com que se transmite que poderá resultar em que diversos indivíduos possam precisar de internamento nos hospitais, levando a um colapso do sistema de saúde em vários países (Malloy-Diniz et al., 2020).

Por fim, e englobando os diversos aspetos trabalhados, nomeadamente, os profissionais de saúde, os outros profissionais ativos, e a crise económica que o país ultrapassa e bastante sofrida na casa de diversos indivíduos, Afonso e Figueira (2020) e consideram que quanto à pandemia por COVID 19, é possível observar três situações de risco no que diz respeito à saúde mental, assim, o *burnout* associado aos profissionais de saúde e a outros profissionais que prestam assistência à população, o isolamento social profilático imposto pelos diversos governos, e por fim, as consequências, no que diz respeito à saúde mental, resultantes da possível crise económica (Afonso & Figueira, 2020).

Conclusão

Possivelmente, na nossa perspetiva, quando chegar a fase final ou alcance de um controlo elevado desta pandemia, muitas consequências se irão observar, possivelmente ainda imprevisíveis, seja a nível económico, político, social, ambiental, de saúde entre outras. No entanto, é de realçar no âmbito deste estudo que, relativamente aos futuros riscos na saúde mental, estes ainda poderão ser agravados perante uma progressão da crise, um maior número da taxa de letalidade e do absentismo devido à doença dos profissionais ou até dos seus familiares (Malloy-Diniz et al., 2020), e o que é certo é que já se começa a verificar este aumento do número de casos e profissionais infetados.

Muitos são os fatores que podem influenciar a forma como os indivíduos estão a lidar com a COVID-19, seja evitar ouvir e procurar informação sobre o COVID-19, a fase de confinamento em que se encontram, confiança no SNS, manter ou não os seus rendimentos, não se encontrar numa região sinalizada como de perigo ao contágio, possuir uma profissão que permita trabalhar a partir de casa, viver numa habitação com espaço exterior, ser negacionista ou não da doença, entre diversos outros aspetos, que acaba por se refletir em como vivem o dia à dia e se sentem face a este momento.

Por fim, consideramos, acerca das possíveis senão já presentes consequências na saúde mental de muitos indivíduos, que muitos poderão necessitar de acompanhamento psicológico, relembrando a violência a que alguns foram expostos, dando como exemplo, privações de despedidas, afastamento do agregado familiar para não contaminação, proibição de visitas a idosos em lares, as privações impostas às crianças impedindo-as de brincar com outros, o impedimento de comparência dos pais em partos, o proibição de prestar visitas a familiares, entre outros aspetos, que estão a afetar e poderão afetar a população, tocando desde as crianças aos mais idosos.

Algo bastante interessante relativamente a este estudo, seria explorar, nesta fase da pandemia ou sindemia em que os dados diários de novos contaminados estão muito elevados, chamado este período por alguns de 2ª vaga ou por outros de 3º vaga, de que forma os mesmos

participantes se encontrariam, agora, expostos ao mesmo tipo de questionário, pois possivelmente, diferentes valores poderiam ser encontrados.

Considera-se também, capacidade para comparação das diferentes fases de pandemia, já que a recolha dos dados foi feita numa etapa de início de desconfinamento.

Este estudo encontra uma das suas maiores limitações na falta de investigação anterior acerca do tema, não conseguindo por este motivo, um suporte teórico mais robusto e conseqüentemente maior informação para a criação de hipóteses mais estruturadas, sucedendo-se o mesmo para o suporte dado pelo conhecimento prévio, na exploração dos dados.

Posto isto, o estudo em causa apresenta a sua maior contribuição no que diz respeito ao conhecimento científico, nomeadamente quanto a aspetos psicológicos e sociais face à pandemia ou sindemia atual.

Também a forma de recolha de dados, nomeadamente através do Google Docs pode trazer alguns constrangimentos aquando da verificação das respostas dadas face a outras que apresentam relação entre si, no entanto, esta caso não sugere comprometimentos.

Por fim, este estudo não se limitou apenas à compreensão a um nível puramente clínico, mas também a um nível social. Considera-se que o interesse, preocupação e atenção não deve ficar só na sintomatologia psicopatológica por si, mas também nas possíveis alterações a nível biológico, social e familiar, que inevitavelmente contribuem para a forma como o individuo se percebe quanto ao seu bem-estar psicológico.

Bibliografia

- Abbasi, M., Bagyan, M. J., & Dehghan, H. (2014). Cognitive failure and alexithymia and predicting high-Risk behaviors of students with learning disabilities. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 3(2). doi:[10.5812/ijhrba.16948](https://doi.org/10.5812/ijhrba.16948)
- Afonso, P., & Figueira, L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(1), 2-3. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i1.131>
- Altman, D. (2020, 14 de setembro). Understanding the US failure on coronavirus—an essay by Drew Altman. *bmj*, 370. *British Medical Journal*, , m3417. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3417>
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>
- Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S., & Calvo Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), e1-e11.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3). Quarteto.
- Carrigan, N., & Barkus, E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.010>

- Ceccarelli, P. R. (2003). A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 13-25. <https://doi.org/10.1590/1415-47142003001002>
- Dalgarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª Edição). Artmed Editora.
- Dalgarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª Edição). Artmed Editora S.A.
- DGS- Direção Geral de Saúde (2020). *Ponto de Situação Atual em Portugal*. <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/> Acedido a 15 de dezembro de 2020.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 225-236. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.2.225>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Ferreira, A. A., Oliveira, W. G. A., & Paula, J. J. D. (2018). Relações entre saúde mental e falhas cognitivas no dia a dia: papel dos sintomas internalizantes e externalizantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 74-79. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000188>
- Figueira, M. L., & Madeira, L. (2014). Introdução à Psicopatologia. Em Figueira, M. L., Sampaio, D. & Afonso, P. (Coords), *Manual de Psiquiatria Clínica* (1ª Edição). Lidel Editora.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206. doi: [10.3201/eid1007.030703](https://doi.org/10.3201/eid1007.030703)

- Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Langiu, D., & Penna, M. P. (2017). Cognitive failures in late adulthood: The role of age, social context and depressive symptoms. *Plos one*, *12*(12), e0189683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189683>
- Horton, R. (2020, 26 de setembro). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, *396*(10255), P874. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
- Johal, S. S. (2009, junho, 5). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *New Zealand Medical Journal*, *122*(1296), 47-52. <https://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/9559/Psychosocial-impacts-of-quarantine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kenyon, C. (2020, novembro, 28). The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *The Lancet*. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932218-2>
- Lahiri, D., Dubey, S., & Ardila, A. (2020). Impact of COVID-19 related lockdown on cognition and emotion: A pilot study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.30.20138446>
- Lima, R. C. (2020). Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *30*, e300214. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>
- Malloy-Diniz L. F., et al., (2020). Saúde Mental na Pandemia de COVID-19: Considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento.
- Mendenhall, E. (2016). Beyond comorbidity: A critical perspective of syndemic depression and diabetes in cross-cultural contexts. *Medical anthropology quarterly*, *30*(4), 462-478. <https://doi.org/10.1111/maq.12215>
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Ishitake, T. (2009). Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*, *28*(1), 91 -100. <https://doi.org/10.1037/a0013674>
- Moccia, L., et al., (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, behavior, and immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>

- Monteiro, F. A. T. (2017). *Falhas Cognitivas e Autoconceito em Adultos com Perturbação da Aprendizagem Específica, com Défice de Leitura* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal).
- Nascimento, C. S. L. (2017). *Psicopatologia e Qualidade de Vida na Endometriose*. (Tese de Doutoramento, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal). <http://hdl.handle.net/10400.6/4460>
- Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A, Chapman A, Persad E, Klerings I et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4:CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.pub2>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42*(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pirtle, W.N. L. P. (2020). Racial capitalism: a fundamental cause of novel coronavirus (COVID-19) pandemic inequities in the United States. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education, 47*(4), 504-508. doi: [10.1177/1090198120922942](https://doi.org/10.1177/1090198120922942)
- Pita, A. S. D. S. (2017). *Qualidade do Sono, Sintomas Psicopatológicos e Falhas Cognitivas* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal). <http://hdl.handle.net/10316/83926>
- Répubblica Portuguesa. (2020, abril 30). Comunicado do Conselho de Ministros. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=344>
- Ribeiro, F. C., & Guerreiro, M. G. (2002). Envelhecimento e declínio cognitivo ligeiro. *Psicologia, 16*(1), 59-77. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v16i1.469>
- Ribeiro, F. C., & Guerreiro, M. G. (2002). Envelhecimento e declínio cognitivo ligeiro. *Psicologia, 16*(1), 59-77. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v16i1.469>
- Robinson, O. J., Vytal, K., Cornwell, B. R., & Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in human neuroscience, 7*, 203. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00203>

- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- SNS24 – Serviço Nacional de Saúde (2020). O que é a COVID 19? <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0> Acedido a 5 de agosto de 2020.
- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Van den Bulck, J., & Custers, K. (2009). Television exposure is related to fear of avian flu, an ecological study across 23 member states of the European Union. *The European Journal of Public Health*, 19(4), 370-374. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp061>
- Willert, M. V., Thulstrup, A. M., Hertz, J., & Bonde, J. P. (2010). Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International journal of stress management*, 17(3), 193. <https://doi.org/10.1037/a0019612>
- Wilson, S. (2020). Three reasons why Jacinda Ardern's coronavirus response has been a masterclass in crisis leadership. *The Conversation*. Retrieved from <https://theconversation.com/threereasons-why-jacinda-arderns-coronavirus-response-has-been-a-masterclass-in-crisis-leadership-135541>.
- Zanon, C., Dellazzana-Zanon, L. L., Wechsler, S. M., Fabretti, R. R., & Rocha, K. N. D. (2020). COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200072>