

Intolerância à Incerteza, Ansiedade e Comportamentos de Evitamento face à COVID-19 nos Estudantes do Ensino Superior

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA

Ana Júlia Guerrinha Bordadágua

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2^o ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientadora: Professora Doutora Marta Pereira Alves

julho de 2021

Dedicatória

Às estrelinhas (Eduardo, Francisco, Júlia e Aldina) que já partiram, mas que tiveram um papel muito importante na minha vida e que me ensinaram a ser quem sou e estar onde estou.

Agradecimentos

À Professora Dr.^a Marta pelo estímulo, pelo apoio, pelo incentivo, pela confiança, pela empatia, pela orientação e pela organização que foram fundamentais para a concretização deste trabalho dissertativo.

Aos Professores de Licenciatura e Mestrado pelo tanto que me ensinaram e pelos meios proporcionados para conseguir atingir o meu objetivo e desenvolver-me enquanto estudante e futura psicóloga. Além das ferramentas facultadas ao longo destes cinco anos, tanto me auxiliaram na minha descoberta pessoal, mas também académica.

Aos meus colegas que colaboram comigo na recolha de dados para que assim obtivesse informação útil para a base de dados. Importa ainda deixar um agradecimento a todos os participantes deste estudo, que tornaram possível a realização do mesmo.

Aos meus pais, Isabel e Leonel, por todo o esforço e apoio que fizeram ao longo destes cinco anos, incentivando-me a continuar e por me terem ensinado a ser mais resiliente. É nestas duas grandes figuras que encontro conforto, carinho e o colo que necessito para atravessar os maiores desafios e obstáculos.

Ao meu companheiro de longa data, Sandro por todo o apoio, carinho e amor demonstrado no decorrer deste percurso. Amo-te muito e obrigada por percorreres lado a lado nesta caminhada.

À minha prima Juliana, pelo apoio incondicional, pela amizade de quase 23 anos e por todo o carinho, amor e troca de momentos.

À minha família, nomeadamente, à minha avó, Ana Maria, ao meu padrinho, Luís, à minha afilhada, Carolina, à minha prima e madrinha, Nadine por todo o apoio, carinho, amor e incentivo nas horas de maior desafio.

Aos meus amigos do coração com quem tive o gosto de crescer, brincar, rir, chorar e trabalhar, particularmente, as minhas amigas de longa data, à Luísa, à Andreia, à Mafalda e à Mariana, pelo carinho e pela disponibilidade e pelo apoio incondicional em todas as fases da minha vida.

Às amigas que me proporcionaram os melhores anos da minha vida, pelo carinho, apoio e pelas confidências, à Cindy, à Margarida, à Sónia, à Catarina, à Carla, à Teresa e à Mariana.

Resumo

Os estudos sobre o impacto da COVID-19 nos estudantes do ensino superior têm vindo a ganhar importância na literatura. O presente estudo tem como principal objetivo compreender o possível efeito preditor da intolerância à incerteza (intolerância à incerteza prospectiva e intolerância à incerteza inibitória) nas variáveis de ansiedade e comportamentos de evitamento face à COVID-19 nos estudantes do ensino superior. Para a realização do estudo empírico recorreu-se a uma amostra de 309 estudantes do ensino superior pertencentes a instituições públicas e privadas em Portugal. A recolha de dados foi feita através do método de inquérito por questionário, tendo sido analisados posteriormente a nível individual, através do cálculo de modelos de regressão linear múltipla. Por um lado, os resultados apontam para o efeito preditor positivo da intolerância à incerteza, quer prospectiva quer inibitória, da sintomatologia ansiógena. Por outro lado, a intolerância à incerteza não mostrou predizer os comportamentos de evitamento face à COVID-19. O trabalho permitiu dar um contributo para o estudo do impacto da pandemia nos estudantes do ensino superior.

Palavras-chave

Ansiedade, comportamentos de evitamento, COVID-19, estudantes universitários, intolerância à incerteza

Abstract

Studies about the impact of COVID-19 on higher education students have been gaining relevance in the literature. The main objective of this study was to understand the possible predictive effect of intolerance to uncertainty (intolerance to prospective uncertainty and intolerance to inhibitory uncertainty) in the variables of anxiety and avoidance behaviours in relation to COVID-19 among higher education students. A sample of 309 higher education students belonging to public and private higher education institutions in Portugal was used. Data collection was carried out using the questionnaire survey method, which were subsequently analysed individually, through the calculation of multiple linear regression models. The results revealed a positive predictive effect of intolerance to uncertainty, both prospective and inhibitory to anxiogenic symptoms. However, intolerance to uncertainty has not been shown to predict avoidance behaviours in relation to COVID-19. This work allowed to make a contribution to the study of the impact of the pandemic among higher education students.

Keywords

Anxiety, avoidance behaviors, COVID-19, uncertainty intolerance, university students

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1 - Caracterização da pandemia da COVID-19	3
1.1. Evolução da pandemia no mundo e em Portugal	7
1.2. Dados da pandemia da COVID-19 nos jovens e no contexto do ensino superior português	9
Capítulo 2 - Vulnerabilidade dos estudantes do ensino superior no contexto da COVID-19	11
2.1. Fatores de vulnerabilidade individual	11
2.2. Intolerância à incerteza e ansiedade	14
Capítulo 3 -Intolerância à incerteza e comportamentos preventivos face à COVID-19 .	16
3.1. Comportamentos preventivos face à doença: Proteção e evitamento	16
3.2. Intolerância à incerteza e comportamentos de evitamento face à COVID-19 em estudantes	19
Parte II- Estudo Empírico	21
Capítulo 4 - Método.....	21
4.1. Natureza do estudo, objetivos e hipóteses.....	21
4.2. Participantes.....	22
4.3. Medidas de avaliação	24
4.3.1. Questionário Sociodemográfico e de Saúde	25
4.3.2. Escala da Intolerância à Incerteza (IUS-12)	25
4.3.3. Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7)	26
4.3.4. Escala de Comportamentos Preventivos (ECP)	27
4.4. Procedimentos.....	27
Capítulo 5- Resultados	29
5.1. Análise descritiva da Escala de Intolerância à Incerteza - IUS-12	29
5.2. Análise descritiva da Escala de Ansiedade Generalizada - GAD-7	30
5.3. Análise descritiva da Escala de Comportamentos Preventivos - ECP	32
5.4. Correlações entre as variáveis	33
5.4.1. Relação entre intolerância à incerteza e sintomatologia de ansiedade	34
5.4.2. Relação entre intolerância à incerteza e comportamentos de evitamento face à COVID-19	35
Capítulo 6. Discussão	36
Capítulo 7. Considerações finais	38

Referências Bibliográficas	39
Anexos.....	50

Lista de Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 309)

Tabela 2 - Caracterização variáveis clínicas dos participantes (N = 309)

Tabela 3 - Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de IUS-12

Tabela 4 - Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de GAD-7

Tabela 5 - Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de ECP

Tabela 6 - Matriz das Correlações de Pearson entre as Variáveis do Estudo

Tabela 7 - Regressão Linear Múltipla: Intolerância à Incerteza como Preditora da Sintomatologia de Ansiedade

Tabela 8 - Regressão Linear Múltipla: Intolerância à Incerteza como Preditora dos Comportamentos de Evitamento

Lista de Acrónimos

COVID-19	Coronavírus Disease 2019
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavírus - 2
OMS	Organização Mundial de Saúde
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SARS-COV	Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavírus
MERS-COV	Síndrome respiratória do Médio oriente – Coronavírus
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
RT-PCR	Real Time–Polymerase Chain Reaction
EUA	Estados Unidos da América
SNS	Sistema Nacional de Saúde
APA	Associação Americana de Psiquiatria
DGS	Direção-Geral da Saúde
IUS-12	Escala de Intolerância à incerteza – 12
GAD-7	Escala de Ansiedade Generalizada - 7
ECP	Escala de Comportamentos Preventivos

Introdução

As pandemias são marcadas pela incerteza, pela confusão e pelo aumento da ansiedade na população em geral e, em particular, nos jovens estudantes. No surgimento da pandemia, criou-se a incerteza generalizada acerca dos perigos da infeção, pela falta de informação sobre os melhores métodos de prevenção e de gestão da doença (Taylor, 2020). Esta perceção tem perdurado durante todo o período pandémico, fundamentalmente, por não se saber quando terminará (Gonzalez et al., 2020).

A doença COVID-19 teve uma rápida propagação a nível mundial, tendo sido considerada como uma emergência pública, levando os governos a decretar a adoção de medidas de contingência, de forma a reduzir o número de casos de infeção e óbitos (Liang et al., 2020). O isolamento e o encerramento de estabelecimentos de ensino superior servem de exemplos dessas medidas (Schmidt et al., 2020). Existem poucas certezas quanto a este novo vírus, ainda que se saiba que as medidas a seguir passam pela adoção de comportamentos individuais de prevenção (Afonso, 2020).

A situação pandémica, ao acarretar preocupações ao nível da saúde física, tem vindo a acrescentar consequências negativas, em particular referentes à saúde mental da população (Afonso & Figueira, 2020). Tem-se verificado igualmente que a quarentena agravou os sintomas psicológicos nos indivíduos, identificando-se sintomas de depressão, ansiedade, stresse pós-traumático, confusão, raiva e stresse (Zhang et al., 2020). Na situação atual, ser estudante universitário ou jovem adulto pode ser considerado como um fator de risco no que diz respeito ao desenvolvimento de perturbações mentais, particularmente nos casos em que os estudantes se encontram em quarentena (Wang et al., 2020).

A pandemia tem demonstrado impacto aos mais variados níveis. Embora alguns indivíduos consigam lidar com estes problemas, outros experienciam elevados níveis de desconforto e problemas psicológicos, nomeadamente, sintomas de ansiedade. Outro ponto impactante, e que coloca os indivíduos em situação vulnerável, é relativo às informações menos credíveis, bem como aos mitos e equívocos sobre a doença. Estes fatores provocaram dificuldades na compreensão das medidas e orientações impostas pelos governantes, gerando o pânico entre os indivíduos (Shojaei & Masoumi, 2020).

Os comportamentos humanos têm um papel fundamental face à propagação do vírus. Neste sentido, a adoção em grande escala de comportamentos preventivos, como a higienização das mãos ou o distanciamento social, pode constituir-se como um exemplo

eficaz na diminuição da transmissão da infeção por SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavírus - 2) (Raude et al., 2020). Por outro lado, alguns comportamentos de evitamento também se refletem como importantes, uma vez que, através do distanciamento social, o uso menos frequente de transportes públicos, o teletrabalho e o ensino à distância, o não viajar para outros países e não frequentar eventos sociais, pode constituir-se como condições protetoras da saúde pública (Lau et al., 2010).

Neste sentido, o presente estudo foi desenvolvido tendo por objetivo, por um lado, analisar a relação entre a intolerância à incerteza e a sintomatologia de ansiedade, e, por outro, a adoção de comportamentos de evitamento ao nível da saúde, em estudantes do ensino superior.

O presente trabalho encontra-se organizado em três partes. Na primeira parte, é apresentado o enquadramento teórico do tema em estudo, em que se procurou aprofundar e contextualizar a situação pandémica sob um ponto de vista global e, em particular, do caso português. Pretende-se compreender a pertinência do tema na população de estudantes do ensino superior e perceber de que forma a intolerância à incerteza se relaciona com a experiência de sintomas de ansiedade e com a adoção de comportamentos de evitamento face à COVID-19. A segunda parte da dissertação apresenta o estudo empírico, sendo descritos os principais objetivos, a metodologia (descrição dos participantes, instrumentos e consequentes procedimentos), os resultados e, por fim, a sua respetiva discussão. Na última parte, apresentar-se-á a conclusão do estudo, suscitando questões para futura reflexão.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 - Caracterização da pandemia da COVID-19

O Centro de Controlo e Prevenção de Doenças refere que uma epidemia pode ser caracterizada por um aumento não esperado e súbito de número de casos de uma doença, numa determinada área (CDC, 2012). Por outras palavras, uma pandemia é uma epidemia em grande escala que afeta milhões de pessoas em diversos países, alastrando-se pelo mundo. Para que um vírus se propague nestas dimensões, significa que a maioria dos indivíduos não apresentam imunidade, transmitindo-se de pessoa para pessoa com maior facilidade, causando uma patologia grave (OMS, 2010). Desta forma, as pandemias são eventos em que as reações psicológicas das populações assumem um papel fundamental, quer na contenção quer no alastrar da doença, para além de conduzirem ao sofrimento emocional generalizado e à desordem social (Taylor, 2020). Saliente-se ainda que as pandemias, geralmente, têm origem em vírus de animais, posteriormente transmitidos aos seres humanos (OMS, 2010).

Existem diversos exemplos ao longo da História pandémica do planeta, que foram bastante mortíferas e de elevada gravidade (Taylor, 2020). No século XIV, a peste negra alastrou-se por todo o continente europeu, tendo atingido um terço da população mundial, afetando ainda alguns países atualmente, como em regiões da China e da Mongólia (Rios-Neto, 2007). O vírus da *influenza* trata-se de outro caso pandémico, com origem em aviários encontrados através do reagrupamento de estirpes da gripe humana. Este vírus foi identificado através de três tipos: o vírus “A” que é considerado o mais contagioso, o vírus “B” e o “C” (Class et al., 1998).

Por exemplo, a gripe espanhola (H1N1), emergiu do vírus *influenza*, em 1918, e afetou sobretudo crianças e jovens em Portugal, ficando conhecida como gripe pneumónica e tendo provocado entre 50 a 100 milhões de mortes no mundo inteiro (Taylor, 2020). Nas últimas décadas, tem-se verificado várias pandemias como a gripe russa, surgida duas vezes em 1889 e em 1977, a gripe asiática em 1957, a gripe de Hong Kong (H3N2) em 1968 e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) surgida 1981 e que perdura até ao presente (Araújo et al., 2020). Entre 2002 e 2003, surgiu a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-COV) e, em 2009, apareceu a gripe suína no México que afetou jovens adultos e pessoas mais idosas. Recentemente, em 2012, detetou-se a MERS-COV no Médio Oriente e, em 2015, a pandemia do vírus Zika. Já a gripe das

aves, que tem vindo a aparecer nos últimos anos, ainda não atingiu o estatuto de pandemia (Medeiros et al., 2020).

O mundo que conhecíamos mudou, sendo que neste momento nos encontramos a vivenciar uma pandemia despontada por um novo coronavírus, onde o primeiro caso data de finais do mês de dezembro de 2019, com origem numa província da China, especificamente, num mercado de animais vivos em Wuhan estando ainda por confirmar a sua origem em concreto (Casella et al., 2020). O vírus foi designado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por SARS-COV-2 e a doença como COVID-19, nome abreviado de *Coronavírus Disease 2019* (Lake, 2020).

A COVID-19 é considerada uma emergência de saúde pública que, para além das preocupações físicas, trouxe também sofrimento psicológico na população em geral, disseminando-se de forma muito rápida à escala global, o que levou a que a OMS, a 30 de janeiro de 2020, considerasse esta doença como uma emergência de saúde pública à escala global e uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (Jimenez et al., 2020). Refira-se ainda que esta se associa a uma enorme disrupção social, colocando imensa pressão sobre os serviços de saúde à escala mundial (Araújo et al., 2020). No ano de 2020, no mês de abril, já havia cerca de 206 países que registavam infeções por COVID-19, prevendo-se que esta pandemia possa ser detentora de uma maior perigosidade do que a pandemia datada de 1918, considerada uma doença respiratória viral severa (Schmidt et al., 2020).

É um novo tipo de coronavírus que nunca tinha sido identificado em humanos, sendo que o conhecimento é ainda muito reduzido na comunidade científica, pois os vírus denominados por coronavírus (*coronaviridae*) são uma grande “família” de vírus que causam doenças respiratórias que vão desde os resfriados a infeções muito mais graves, como é o caso da COVID-19 (OMS, 2020b). Sabe-se da existência de sete coronavírus, dos quais três são considerados graves, sendo um destes, o vírus que causa a COVID-19 (Jimenez et al., 2020). O SARS-COV tem um grande impacto, pois apresenta um efeito longo, é de fácil transmissão, podendo conduzir infeções graves e, em alguns casos, letais (Bish & Michie, 2010).

Ao contrário de outros vírus já conhecidos, neste caso em específico, o ser humano não apresenta anticorpos (proteínas específicas que são produzidas pelos organismos para combater infeções) nem imunidade e, deste modo, todos somos suscetíveis de contrair a doença (Araújo et al., 2020). Assim, este vírus transmite-se por inalação de gotículas expelidas através de tosse ou espirros, por indivíduos que já estejam infetados, ou pelo

contacto de superfícies contaminadas, tornando-se difícil prever quem pode contagiar quem (Singhal, 2020).

Esta doença apresenta, como sintomatologia, tosse, febre, dificuldades respiratórias, dores de garganta, cansaço, dores musculares, anosmia (perda do olfato), ageusia (perda do paladar), rinorreia (pingo no nariz), cefaleia (dores de cabeça) e mialgias (dores no corpo) (Bernheim et al., 2020). Contudo, existem os indivíduos assintomáticos, que são portadores do vírus e não manifestam sintomas (Estevão, 2020). Não obstante, os sintomas têm início com sintomas muito parecidos aos de outros problemas respiratórios, acarretando mais preocupações pela dificuldade em identificá-los (Schmidt et al., 2020). Porém, as pandemias não surgem em alturas específicas, podendo afetar todas as faixas etárias, ao contrário das gripes que aparecem anualmente pelo inverno, e que são apelidadas de gripes sazonais, afetando essencialmente pessoas idosas e debilitadas (Taylor, 2020).

O vírus normalmente tem um período de incubação de 14 dias, sendo que o agravamento da situação clínica pode alterar-se de forma repentina durante a segunda semana da doença (Araújo et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, os óbitos verificam-se maioritariamente em pessoas idosas acima dos 70 anos e com outras comorbilidades, geralmente doenças crónicas e pessoas com comprometimento do sistema imunitário que devem ter um cuidado acrescido.

Importa referir que cerca de 90% dos casos de infeção são considerados como doença ligeira, ou seja, apresentam sintomas ténues. Estes casos habitualmente não precisam de internamento, desde que tenham condições para permanecer em casa, sendo garantido o acompanhamento ao domicílio por parte dos profissionais de saúde (DSG, 2020). Os autores realçam que, em casos mais graves, podem ocorrer pneumonias severas, SARS, sépsis (infeção generalizada grave), choque séptico (falência circulatória aguda causada por uma infeção) e, eventualmente, a morte. Conforme os mesmos autores, cerca de 7% dos infetados apresentam doença grave com necessidade de internamento e cerca de 3% dos pacientes precisam de cuidados intensivos com necessidade de ventilação.

Para os países conseguirem perceber junto da população quais os indivíduos que estão ou não infetados foram criados sistemas de testagem em massa, cujo objetivo passava pela deteção dos casos da COVID-19 (Singhal, 2020). Os autores salientam ainda que o processo de identificação do portador da COVID-19 é fulcral para o diagnóstico clínico, de forma a comprovar e a diferenciar a presença ou não desta ou de outras doenças.

Existem diversos tipos de testes para detetar o vírus nas secreções nasofaríngeas e orofaríngeas, que se recolhem através de uma zaragatoa introduzida nas fossas nasais e na garganta (Araújo et al., 2020). Conforme os mesmos autores, os testes que existem são: *Real Time–Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), Testes Rápidos e Testes Serológicos. Tratando-se de um vírus novo, não existe ainda muita informação organizada, sistematizada e científica, o que provoca ansiedade tanto nas populações como nos governos que têm de tomar medidas e enfrentar algo invisível, traduzindo-se assim numa recuperação lenta por parte daqueles que estão infetados com a COVID-19 (Cvetković et al., 2020).

A nível mundial, houve um esforço por parte dos países para encontrar uma cura que colocasse termo a esta pandemia, tendo-se gasto, nos últimos meses, milhões de euros na investigação de uma vacina que viesse auxiliar na criação da imunidade de grupo, para que seja possível regressar a uma vida mais normalizada (Paulino & Diniz-Dumas, 2020).

Com o decorrer da pandemia, e posteriormente do seu agravamento, a vida no seu geral foi interrompida devido a todas as medidas que foram sendo implementadas, de forma a minimizar a propagação do vírus (Jimenez et al., 2020). Para isso, procedeu-se à implementação de planos de contingência, como, por exemplo, restrição de viagens, vigilância de casos suspeitos, isolamento social, isolamento de casos considerados suspeitos, distanciamento social em relação aos idosos e a outros grupos de risco, encerramento de estabelecimentos de ensino de todos os graus e o dever cívico de recolhimento domiciliário (Razai et al., 2020). Embora muitos países tenham optado por estas medidas, outros foram impondo estratégias consoante o nível de infeção (Santos & Rodrigues, 2020).

O isolamento social foi uma das medidas mais implementadas, contendo a transmissão do novo vírus (Santos & Rodrigues, 2020). Deste modo, o isolamento ocorre em ambiente domiciliário, podendo também ser realizado em contexto hospitalar, dependendo da condição da pessoa (Medeiros et al., 2020). Por seu turno, o isolamento profilático é a medida de afastamento de pessoas assintomáticas que podem ter estado em contacto com pessoas infetados por COVID-19 e, dessa forma, podem estar contaminadas, para que seja possível quebrar a cadeia de contágio e de transmissão (Chen et al., 2020).

Os sucessos destas medidas preventivas dependem da colaboração dos cidadãos e das instituições, devendo os indivíduos manter uma distância superior a dois metros, usar máscara, lavar frequentemente as mãos, tossir e espirrar para um lenço de papel ou

para a parte interior do braço, devendo de seguida lavar-se as mãos, trabalhar sempre que possível a partir de casa (teletrabalho), recorrer a serviços de entrega ao domicílio e utilizar serviços telefónicos ou plataformas online para entrar em contacto com os profissionais de saúde (DGS, 2020). Adicionalmente, deve evitar-se entrar em contacto com indivíduos que demonstram ter sintomas de COVID-19, frequentar lugares movimentados, utilizar transportes públicos, fazendo só o uso dos mesmos se for estritamente necessário, jantares de amigos ou outros contactos desnecessários, e, sempre que nos seja possível, devemos utilizar a tecnologia para estarmos em contacto com os nossos entes queridos (Singhal, 2020).

A quarentena refere-se à separação e restrição de movimentos de indivíduos, que foram expostos a uma doença contagiosa, de forma a reduzir o risco de infeção nos outros e diminuir a procura pelos serviços de saúde e, conseqüentemente, o número de mortos (Faro et al., 2020). Esta medida foi imposta em alguns países como forma de controlar a cadeia de propagação do vírus, contudo, as preocupações que mais se verificaram refletem-se na componente física. Por seu turno, a saúde mental tem sido mais negligenciada, e, conseqüentemente, os seus impactos podem vir a tornar-se duradouros e prevalentes nos indivíduos (Medeiros et al., 2020).

Em suma, a pandemia veio interferir com a necessidade que o ser humano tem para se conectar, comunicar e interagir com meio que o rodeia. Contudo, nem sempre as recomendações das autoridades foram efetivamente cumpridas através de campanhas de sensibilização, o que conduziu a que muitos países optassem pelo estado de emergência e só assim conseguisse, alcançar mudanças comportamentais significativas (Raude et al., 2020).

1.1. Evolução da pandemia no mundo e em Portugal

A evolução pandémica disseminou-se pelo mundo de forma rápida e avassaladora, tendo começado na China e, a partir deste evento, verificou-se a difusão deste vírus pelo mundo (Costa & Costa, 2020). Em concordância com os mesmos autores, a 31 de março de 2020, foram registadas infeções por COVID-19 em 202 países, sendo que a Europa registou casos de infeção em 53 países. Os autores realçam ainda que, no mês de abril, os Estados Unidos da América (EUA) representavam cerca de 29,5% dos casos e 18,3% de mortes a nível mundial. O atual mundo moderno é caracterizado pela rapidez em tudo o que a sociedade faz, desde os transportes, às infraestruturas modernas, o que permite que as epidemias se alastrem depressa, alcançando números avassaladores numa população sem imunidade a um vírus novo (Taylor, 2020).

O primeiro caso em Portugal foi registado a 2 de março de 2020, quando já se assinalava o caos a nível mundial de infeções por COVID-19, o que deu tempo ao país para apresentar medidas de contenção viral (Paulino & Diniz-Dumas, 2020). A partir desta altura, Portugal apresentava o dobro de testes relativamente à Itália, onde na mesma altura a pandemia parecia levar duas semanas de avanço em relação a Portugal (Costa & Costa, 2020). De tal forma que estaríamos um passo à frente do vírus, pois os indivíduos eram mais testados, compreendia-se quais as cadeias de transmissão e poder-se-ia atempadamente isolar e rastrear os contactos (Santos & Rodrigues, 2020). Assim, o Estado Português declarou estado de emergência no dia 19 de março de 2020, como consequência da evolução da pandemia no país, sendo que este período de confinamento teve como objetivo achatar a progressão da curva epidemiológica (Araújo et al., 2020).

Após dois meses em estado de emergência, foi aprovada, em Portugal, a situação de calamidade pública, verificada no dia 4 de maio de 2020, dando início gradual ao desconfinamento para todos aqueles que não se encontravam doentes, nem eram casos suspeitos (República Portuguesa, 2020). Em setembro de 2020, a Europa já se encontrava a “combater” a segunda vaga da doença e, conseqüentemente, Portugal voltava a 6 de novembro de 2020 a impor um novo estado de emergência, de forma a tentar, uma vez mais, achatar a curva e conseguir diminuir a pressão nos hospitais, visto que, na anterior vaga, os sistemas de saúde colapsaram em alguns países (Costa & Costa, 2020).

Deste modo, existem várias recomendações para que a população em geral adote comportamentos preventivos e atividades que ajudem na redução do impacto psicológico e dos níveis de ansiedade, sendo que, em Portugal, a linha de Sistema Nacional de Saúde (SNS) passou a disponibilizar um serviço de apoio psicológico aos portugueses (Maia & Dias, 2020). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), a saúde mental envolve o funcionamento eficaz nas atividades do quotidiano, resultando em atividades produtivas, relações saudáveis e na capacidade que os indivíduos apresentam para lidar com a mudança e adaptarem-se a situações adversas, e, por conseguinte, a saúde mental tem vindo a ser afetada pela pandemia da COVID-19 (APA, 2018).

1.2.Dados da pandemia da COVID-19 nos jovens e no contexto do ensino superior português

Quando foi decretado o primeiro confinamento em Portugal, muitas das universidades haviam encerrado e substituído as suas aulas presenciais pelo ensino à distância, através de plataformas digitais, sendo que todas as atividades que envolviam o ensino superior tinham sido adiadas e canceladas (Coutinho et al., 2020). A Universidade de Lisboa e a Universidade do Minho foram as primeiras instituições de ensino superior a interromper as suas aulas presenciais, no dia 9 de março de 2020, seguindo-se a Universidade de Coimbra (Sousa, 2020).

O encerramento das instituições de ensino provocou uma disrupção nos processos de ensino e aprendizagem em milhares de estudantes, uma vez que os alunos foram privados de crescimento e desenvolvimento intelectual, podendo resultar num aumento de abandono escolar (Ferreira et al., 2020). Os jovens em isolamento profilático depararam-se com as suas rotinas alteradas, com uma diminuição ou ausência da privacidade, com um distanciamento físico dos seus pares, sendo que estas mudanças podem ter desencadeado desequilíbrios emocionais (Coutinho et al., 2020).

Nessa altura, observou-se que nos jovens a doença não era muito frequente, representando cerca de 8% do total dos casos, sendo que a necessidade de internamento era relativamente baixa (Araújo et al., 2020). O ser humano precisa da interação com o ambiente sociocultural para que haja um desenvolvimento ajustado e, por isso, estes jovens, ao serem privados de interação durante esta fase, ficaram mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psicológicos (Dutra et al., 2020).

O ensino à distância foi considerado como uma solução para a continuidade das atividades letivas, onde foi possível criar flexibilidade nos horários e, em alguns casos, a gravação das aulas, requerendo, contudo, este tipo de ensino uma maior planificação, uma maior organização e o acesso às tecnologias de informação e comunicação (Coutinho et al., 2020). Assim, ao longo do ensino à distância, observou-se que os alunos ficavam preocupados com a proteção da privacidade e da segurança de dados nos espaços virtuais (Ferreira et al., 2020). Mas, as condições de ensino e aprendizagem têm vindo a melhorar e a evoluir no que respeita às plataformas desenvolvidas para o efeito (Fischer & Hattie, 2020).

Com o regresso às aulas em setembro de 2020, foi necessário compreender quais as melhores medidas a adotar para que os estudantes pudessem regressar às universidades em regime de ensino presencial de forma segura (Freitas & Machado,

2020). Segundo os autores mencionados, para se restringir os contactos entre os alunos, optou-se pela redução de turmas, através da distribuição dos alunos pelas diversas salas de aulas e da colocação de metade das turmas em regime presencial e a outra metade em regime online, por meio de um sistema rotativo, de maneira a todos usufruírem do ensino presencial. De setembro a dezembro, a situação pandémica foi piorando, não se tendo verificado o encerramento das universidades até ao Natal, o que pode ter significado que houve um cuidado acrescido por parte destas instituições na segurança e na adoção de medidas de promoção de saúde pública (Cao et al., 2020).

O presente ano letivo assentou em três princípios, designadamente: (1) garantir as atividades presenciais com horários alargados; (2) adotar procedimentos realistas, tendo por base a incerteza face à pandemia, recomendando-se que as instituições de ensino superior criassem procedimentos de vigilância de forma contínua, que atualizassem os seus planos de contingência para uma monitorização permanente da comunidade académica para conseguirem evitar surtos; (3) promover a inovação e a modernização pedagógica, que consistia em funcionar de forma híbrida em todos os níveis de ensino superior alargando as formas de aprender e de ensinar (MCTES, 2020).

Capítulo 2 - Vulnerabilidade dos estudantes do ensino superior no contexto da COVID-19

De acordo com Taylor (2020), algumas pessoas conseguem lidar de forma mais eficaz com problemas relacionados com a saúde, mas outras experienciam elevados níveis de desconforto e problemas psicológicos, como a ansiedade. A patologia COVID-19 tem efeitos biológicos, psicológicos e sociais na vida das pessoas, podendo ser potenciadoras de ansiedade, depressão, stresse e ideação suicida (Coutinho et al., 2020). De acordo com o mencionado, o facto de se tratar de uma doença altamente contagiosa e que ainda não apresenta cura gera medo, desencadeando elevados níveis de ansiedade e de preocupação (Chang et al., 2020). As vivências de uma pandemia desta magnitude, bem como as implicações de um isolamento prolongado, podem resultar numa perturbação psicossocial, que ultrapasse a capacidade das pessoas para lidar eficazmente com a situação (Medeiros et al., 2020).

De seguida, quando se abordarem os fatores de vulnerabilidade, explicar-se-ão os conceitos considerados como pertinentes, com destaque para o conceito de personalidade, a intolerância à incerteza, assim como a distinção entre ansiedade e medo e entre ansiedade-estado e ansiedade-traço. Por fim, apresentar-se-á uma revisão de literatura acerca da associação existente entre os conceitos de ansiedade e de intolerância à incerteza.

2.1. Fatores de vulnerabilidade individual

A pandemia acarretou diversos efeitos psicológicos. Além de ter agravado vulnerabilidades individuais, que se tornaram num risco para a saúde mental e que se encontram relacionadas com o bem-estar psicológico (Schmidt et al., 2020), ficou demonstrado o seu impacto sobre a população mundial, colocando-a em situação de maior fragilidade. Para além disso, as informações potencialmente menos credíveis sobre o vírus, como notícias falsas, podem traduzir-se em equívocos, conduzindo a um aumento da dificuldade na compreensão das medidas e à imposição de orientações pelos governantes, promovendo o pânico entre os indivíduos (Medeiros et al., 2020).

Além das consequências referidas anteriormente, podem destacar-se as mudanças nas rotinas e o impedimento na realização de algumas tarefas, como as atividades sociais, o que poderá ter conduzido a problemas psicológicos (Santos & Rodrigues, 2020). De acordo com os mesmos autores, outra implicação para a saúde mental e para a vulnerabilidade será a falta de ocupação, geradora de efeitos ao nível da rotina diária,

além de alterações no tempo de sono e na alimentação, o que pode conduzir a uma maior sensação de tédio e de aborrecimento.

Será de todo conveniente o esclarecimento do conceito de vulnerabilidade individual, que se pode caracterizar pela suscetibilidade dos indivíduos para problemas ou danos de saúde (Ayres et al., 2011), englobando variáveis biológicas, comportamentais e afetivas (Bolina et al., 2019). No presente estudo, destacam-se, como fatores de vulnerabilidade individual, a intolerância à incerteza e a ansiedade. Estas condições pressupõem a existência de diferenças individuais, no que diz respeito a comportamentos, a sentimentos e a pensamentos dos indivíduos (Schmidt et al., 2020). Pelo facto de estes apresentarem um modelo de crenças associadas à saúde, cada um tenderá a responder de forma diferente face às recomendações propostas pelos governantes, respostas essas que estão intrinsecamente associadas com a personalidade do indivíduo (Blagov, 2020).

Torna-se de igual forma pertinente uma explicação do conceito de personalidade, que deriva do termo *persona* e baseia-se num processo ativo e dinâmico, específico e intrínseco ao indivíduo (Carrapatoso, 2019). Considerado como um conceito psicológico, trata-se de uma força interna geradora de comportamentos, isto é, formada por padrões de respostas que se vão repetindo consistentemente em várias “direções”, através de comportamentos, sentimentos e pensamentos (Hansenne, 2003). Assume particular destaque os aspetos internos e externos, considerados relativamente permanentes face ao carácter de cada pessoa, influenciando o seu comportamento nas mais diversas situações (Schultz & Schultz, 2002). Ao ser proposto o conceito de “traço”, enquanto unidade básica da personalidade que nos torna únicos e distintos uns dos outros, é possível estabelecer uma relação com as características partilhadas pela população de forma geral (Carrapatoso, 2019).

Neste sentido, os traços de personalidade assumem-se como fulcrais, devendo ser tidos em consideração, uma vez que permitem uma melhor compreensão da reação dos indivíduos. Os traços de personalidade podem conferir resiliência nos momentos de crise ou originar sentimentos de angústia e de frustração. Estes são tendencialmente estáveis, ao contrário dos atributos (como valores, hábitos, atitudes, crenças e relações) que estão sujeitos a uma mudança fácil e dependentes do tempo e das circunstâncias (Norton & Paulus, 2017). De acordo com o modelo dos cinco grandes fatores (*Big Five*), existem cinco dimensões de personalidade que podem contribuir para uma explicação da forma como as pessoas se comportam e encaram as situações (Hansenne, 2005). Tendo em conta este modelo, observou-se que os indivíduos com níveis mais

elevados de neuroticismo tendiam a estar frequentemente preocupados e ansiosos com o seu estado de saúde, repensando a aquisição de hábitos mais saudáveis e procurando mantê-los. Também os indivíduos com elevada conscienciosidade tendiam a adotar com maior facilidade comportamentos saudáveis e as pessoas com elevada amabilidade, extroversão e abertura à experiência tendiam a estar mais propensas a serem infetados e a não adotarem comportamentos preventivos (Hill & Allemand, 2020).

Já a intolerância à incerteza pode ser definida como a tendência para reagir negativamente a um determinado evento incerto, independentemente das consequências e ocorrências associadas (Tull et al., 2020). Este constructo pode refletir-se em crenças acerca da necessidade de certeza para lidar com mudanças imprevisíveis, bem como no funcionamento adequado em situações ambíguas, apresentando duas dimensões, a intolerância à incerteza prospetiva e a intolerância à incerteza inibitória (Hale et al., 2016).

Por último, entende-se que a ansiedade poderá estar relacionada com questões de saúde e com uma tendência para o alarme perante o risco de contrair doenças, sendo de vital importância a compreensão do tipo de ansiedade e da sua durabilidade, podendo esta tornar-se passageira devido ao momento atual ou permanecer transversal a outras situações da vida (Williams et al., 2015).

Desta forma, será de todo pertinente a distinção entre os conceitos de medo, ansiedade-estado e ansiedade-traço. O medo representa uma emoção básica, presente em todas as pessoas e em todas as faixas etárias, que se caracteriza por uma resposta natural a um estímulo representador de uma ameaça ao bem-estar ou à segurança do indivíduo, incluindo aspetos cognitivos, comportamentais, fisiológicos, afetivos e relacionais (McEvoy & Mahoney, 2013). Este conceito pode ser adaptativo, por contribuir para a sobrevivência do indivíduo, apesar de que quando se torna mal adaptativo corresponder a um estado de ansiedade (Bakioglu et al., 2020). Por sua vez, a ansiedade será uma resposta a uma potencial ameaça, que pode ou não ocorrer, sendo acompanhada por reações fisiológicas (Carleton et al., 2007).

Seguidamente e tal como já foi mencionado anteriormente, a ansiedade pode entender-se de duas maneiras diferentes, a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. A primeira diz respeito a características inerentes ao sujeito, como a personalidade, que se manifesta em mais do que um evento da vida do sujeito e normalmente está relacionada com os atributos individuais e disposicionais, que diferem de indivíduo para indivíduo na resposta aos eventos (Ferreira et al., 2009). As pessoas com elevado *score* de

ansiedade-traço podem ter tendência a experienciar mais ansiedade, pois tendem a perceber a realidade como mais perigosa (Blakey et al., 2015). Por outro lado, a ansiedade-estado refere-se a sintomas mais voláteis e passageiros na vida do indivíduo, isto é, a um estado transitório, transmissor de uma sensação de vulnerabilidade e de ameaça (Jardim et al., 2020). Ambos os conceitos podem traduzir-se numa perspetiva multidimensional da ansiedade e representam diferenças individuais na predisposição da experiência em tipos específicos de ameaça (Leal et al., 2017).

A personalidade e a ansiedade podem estar consistentemente relacionadas, sendo o neuroticismo o traço mais associado a sintomas de ansiedade, de nervosismo e de instabilidade emocional e, paralelamente, a afetos negativos como a tristeza, a irritabilidade ou a tensão nervosa (Júnior et al., 2016). De acordo com Kotv (2010), o traço de neuroticismo pode predispor os indivíduos a apresentarem perturbações de ansiedade, observando-se um elevado número de indivíduos que obtêm pontuações altas no neuroticismo, demonstrando igualmente sintomatologia de ansiedade e de depressão. Este traço de personalidade é o mais estudado pelo facto de as reações emocionais negativas poderem desencadear situações de stresse, como a perceção de ameaça e de incerteza (Paulino & Diniz-Dumas, 2020). De acordo com os autores citados, os indivíduos com pontuações elevadas no traço de neuroticismo são aqueles que utilizam mais os serviços de saúde e tendem a proceder à realização de rastreios preventivos. Além disso, os autores destacam que estes indivíduos são os que prestam mais atenção à informação sobre a COVID-19, preocupando-se mais com as consequências e aceitando melhor as restrições. Tal acontece porque a pandemia gera ameaças graves, ambíguas e incertas, provocando reações emocionais negativas como a ansiedade, a irritabilidade e a depressão, particularmente, em indivíduos com elevados níveis de neuroticismo (van Dijk et al., 2016).

2.2. Intolerância à incerteza e ansiedade

No presente trabalho, será estudada a intolerância à incerteza dos estudantes do ensino superior em tempos de pandemia. Este conceito surge na década de 1990, estando até à época associado à ansiedade generalizada e à preocupação excessiva face a situações da vida quotidiana (Kretzmann & Gauer, 2020). A intolerância à incerteza apresenta-se como uma característica de personalidade, diretamente relacionada com a preocupação, sendo considerada como uma disposição, subjacente à manifestação de respostas negativas desencadeadas pela perceção de incerteza nos indivíduos (Counsell et al. 2017).

A importância deste constructo tem vindo a crescer no contexto da psicopatologia, observando-se que indivíduos que manifestaram perturbações de ansiedade tendiam a ter pontuações mais elevadas de intolerância à incerteza inibitória, pois estariam mais propensos a evitar situações incertas na sua vida (Counsell et al. 2017). Sendo um constructo muito utilizado em modelos teóricos que se debruçam sobre psicopatologia, particularmente em perturbações de ansiedade, poderá ser entendido como uma interpretação ameaçadora de estímulos ambientais, relacionando-se com uma avaliação negativa de possíveis consequências futuras (Kretzmann & Gauer, 2020). O facto de os indivíduos manifestarem pouca tolerância face aos eventos em tempos de incerteza pode despoletar níveis de ansiedade elevados (Jardim et al., 2020).

Neste sentido, considera-se que a ansiedade se associa à tendência para interpretar erroneamente as sensações físicas como ameaçadoras, traduzindo-se igualmente numa vulnerabilidade cognitiva, podendo, por isso, ter uma relação significativa com a intolerância à incerteza (Carleton et al., 2007). Em contexto de pandemia, as dúvidas quanto ao facto de podermos ser infetados, à sua duração e à eficácia dos tratamentos geram perceção de insegurança nos indivíduos que tenham um determinado grau de intolerância à incerteza e que poderão estar menos protegidos em relação aos sentimentos de angústia (Kilgo et al., 2018).

Deparámo-nos com a pertinência de alguns estudos que realçam a associação entre os dois constructos. Num estudo realizado por Ferreira et al. (2009), foi possível identificar que a ansiedade-estado se associa à intolerância à incerteza. Por outras palavras, os indivíduos experienciam elevados níveis de ansiedade face à pandemia da COVID-19, traduzindo-se numa baixa tolerância à incerteza (McCleskey & Gruda, 2020).

Salienta-se ainda que a intolerância à incerteza associada à ansiedade pode ter um impacto ao nível do desenvolvimento de crenças disfuncionais, geradoras de uma interpretação errónea de sensações físicas e, conseqüentemente, conduzir a comportamentos de evitamento tendo em vista a redução da insegurança (Sauer et al., 2020). No contexto de pandemias anteriores, como é o exemplo da H1N1, verificou-se que indivíduos com maior intolerância à incerteza classificavam os contextos pandémicos como mais ameaçadores e geradores de níveis elevados de ansiedade (Taha et al., 2014).

Capítulo 3 - Intolerância à incerteza e comportamentos preventivos face à COVID-19

Numa situação pandémica, será de todo importante a compreensão de fatores influenciadores do comportamento dos indivíduos e de como estes podem influenciar a diminuição do risco de infeção e de transmissão. Num ambiente desta natureza, pode afirmar-se que os resultados de uma situação pandémica dependem dos comportamentos adotados pelos indivíduos (Ibuka et al., 2010). Ao nível dos comportamentos que visam uma resposta contra a pandemia, estes podem ser classificados como preventivos, de evitamento e de gestão de doenças (Bish & Michie, 2010). A preocupação com a COVID-19 não se traduz na adoção de medidas necessárias para adquirir comportamentos preventivos, o que em si mesmo se pode traduzir num problema de saúde pública (Jimenez et al., 2020).

A intolerância à incerteza neste contexto é comum, uma vez que o facto de se poder ser infetado ou infetar o outro, e não se saber como o organismo vai reagir, pode despoletar ansiedade geradora de comportamentos preventivos e de evitamento, tendo como objetivo a obtenção de um maior controlo face à situação vivenciada (Satici et al., 2020). Segundo os mesmos autores, ter uma noção da gravidade da doença é importante, pois permite que os indivíduos se tornem mais atentos e adotem comportamentos que diminuem a probabilidade de infeção, o que de certo modo possibilita um melhor controlo da ansiedade sentida face à incerteza dos tempos.

De seguida, começar-se-á por distinguir comportamentos preventivos, de evitamento e de proteção, enaltecendo os principais comportamentos preventivos face à COVID-19, salientando-se alguns estudos pertinentes nesta temática, em particular aqueles que incidem sobre os comportamentos de evitamento, face à COVID-19.

3.1. Comportamentos preventivos face à doença: Proteção e evitamento

Os comportamentos de prevenção podem ser definidos como quaisquer comportamentos realizados por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde, que visam proteger, manter ou promover a sua saúde, nomeadamente, comportamentos de higiene, uso de máscara, vacinação, entre outros (Ribeiro, 2007). Os comportamentos de evitamento servem para evitar algo que nos possa colocar em perigo, como sejam multidões, transportes públicos ou locais de trabalho. Os comportamentos de proteção servem para que o indivíduo se proteja do risco de ser

infetado por uma doença, sendo estes comportamentos da responsabilidade de cada indivíduo, como o uso de máscara ou o recurso à “linha de saúde 24” para se falar com os profissionais de saúde envolvidos (Lau et al., 2007).

Os modelos comportamentais têm o intuito de poder demonstrar a reação do indivíduo perante uma ameaça de saúde, podendo auxiliar na compreensão de padrões subjacentes. Neste sentido, a adoção dos comportamentos preventivos e de evitamento pode estar relacionada com a perceção de risco dos indivíduos, podendo ser explicada através da relação entre atitudes e comportamentos (Bish & Michie, 2010).

Segundo o modelo de crenças de saúde, seria de prever que existissem mais intenções, no que concerne à adoção de comportamentos preventivos, durante o contexto atual de pandemia, tal como garantir um maior distanciamento social ou higienizando as mãos mais vezes, mas, de acordo com os resultados de alguns estudos, tal não se verifica (Jimenez et al., 2020). Uma das razões para um resultado desta natureza poderá ser a falta de confiança nas autoridades, em particular nas suas avaliações de risco, já que os indivíduos podem não compreender, nem interpretar, as mensagens e os conselhos de forma adaptativa e, conseqüentemente, não adotar comportamentos preventivos (Bish & Michie, 2010). Por outro lado, os indivíduos que têm a perceção de que a doença é grave têm maior probabilidade de adotar comportamentos preventivos e de evitamento (Brug et al., 2004).

Segundo Everett et al. (2020), a forma como aconselhamos as pessoas a cumprir determinadas medidas depende do modo como a mensagem é dirigida e, em simultâneo, recebida. Numa faixa etária mais jovem, e face a pandemias anteriores como foi o caso do vírus *influenza* que surgiu na Austrália, este grupo mostrou ser mais recetivo, em detrimento de indivíduos cuja faixa etária é mais envelhecida na adoção de comportamentos preventivos e de evitamento, uma vez que poderão estar mais conscientes do risco para os seus familiares em caso de infeção (Barr et al., 2008). Ainda para estes autores, os indivíduos com escolaridade mais elevada têm ainda uma maior propensão para adotar este tipo de comportamentos, pela facilidade em procurar informação credível em sites oficiais.

Como foi referido anteriormente, os comportamentos preventivos face à COVID-19 passam pela higienização das mãos, “etiqueta respiratória”, distanciamento social, limpeza das superfícies, uso de máscara e vacinação que demonstram ser exemplos eficazes na diminuição da transmissão do vírus (Raude et al., 2020). Já na gestão da própria doença e em face a pandemias anteriores como foi o caso da gripe A (H1N1), os comportamentos a evidenciar foram a toma de medicação antiviral e a procura de ajuda

de profissionais de saúde através do telefone, sendo que alguns foram impostos como foi o caso do uso da máscara e da quarentena (Bish & Michie, 2010). Nesta pandemia, o distanciamento social terá sido a resposta mais comum, sendo também o comportamento preventivo causador de uma maior ansiedade nos estudantes universitários (Cowling et al., 2010).

Os comportamentos de evitamento apresentam um papel fundamental na contenção do aumento de casos em pandemias anteriores, designadamente na SARS, ocorrida em Hong Kong. Os jovens adultos que frequentavam o ensino superior, de forma a conterem a propagação do vírus, procuravam evitar multidões, transportes públicos, deslocações para o emprego, viajar para outros países e frequentar eventos sociais (Lau et al., 2010). Relativamente à atual pandemia, este grupo reduziu os contactos sociais, nomeadamente o contacto com indivíduos de grupos de risco, diminuindo as deslocações ao hospital e privilegiando a linha de saúde (Paulino & Diniz-Dumas, 2020).

Os comportamentos humanos desempenham um papel fundamental na contenção de uma pandemia, devido ao facto de ainda não existirem intervenções farmacológicas disponíveis suficientes para a população em geral (Raude et al., 2020). Segundo os mesmos autores, a adoção de comportamentos preventivos contribui para que a curva epidemiológica não aumente exponencialmente, levando a diminuição da taxa de transmissão entre pessoas e prevenindo o risco de um colapso dos serviços de saúde.

Numa investigação realizada por Cowling et al. (2010), referente à pandemia da gripe A em Hong Kong, e com base numa amostra de jovens adultos estudantes universitários, constatou-se que, perante a possibilidade de uma pandemia de gripe, a maioria dos estudantes estariam dispostos a ser vacinados, a isolarem-se, bem como a usar máscara facial, sendo que as percentagens rondam os 75,4%, 70,2% e os 59,9%, respetivamente. Ainda respeitante à mesma pandemia, estudos realizados por Jones e Salathe (2009) concluíram que os comportamentos preventivos estão associados à ansiedade, à percepção de risco e à predisposição para tomar medicamentos. As pessoas que apresentam níveis elevados de percepção de risco têm uma maior probabilidade para a adoção de comportamentos específicos de saúde, como por exemplo serem vacinados, tomarem medicação antiviral e procurarem informação credível (Ibuka, et al., 2010).

Por outro lado, e face aos resultados de estudos realizados por Rubin et al. (2009) sobre pandemia da gripe suína, verificou-se que os indivíduos com elevado *score* de ansiedade-estado são mais propensos a adotar comportamentos de prevenção contra as possíveis infeções, como lavar diversas vezes as mãos, usar máscara e limpar

frequentemente as superfícies contaminadas. Ao experienciarem uma maior ansiedade, os indivíduos poderão ter maior tendência na adoção de comportamentos de evitamento e/ou preventivos (Bish & Michie, 2010). Foi ainda verificado por Larson (2018) que o cumprimento e a adoção de comportamentos preventivos se torna mais evidente em pessoas mais ansiosas e que apresentam maior confiança nas autoridades. Da mesma forma, em estudos realizados por Leung et al. (2005), relativos à pandemia da SARS, apurou-se que os indivíduos com maiores níveis de ansiedade-estado tendem a adotar mais comportamentos de prevenção (como lavar as mãos constantemente, usar máscara e desinfetar superfícies tocadas), de forma a protegerem-se contra possíveis pandemias. Verificou-se ainda num estudo realizado por Park et al. (2010), em cenários do vírus *influenza* H1N1, que os alunos do ensino superior apresentam uma maior predisposição e tendência para adotar mais frequentemente a “etiqueta respiratória” e lavando também as mãos diversas vezes, numa tentativa de prevenção de possíveis infeções respiratórias. Este estudo demonstrou também que perante uma suposta pandemia, os mesmos estudantes universitários tenderiam a aumentar a frequência destes comportamentos.

3.2. Intolerância à incerteza e comportamentos de evitamento face à COVID-19 em estudantes

Os comportamentos humanos têm um papel fundamental no processo de propagação de vírus através do contacto entre indivíduos. A intolerância à incerteza pode prejudicar o indivíduo quando este tem de resolver problemas, podendo levar à inação e ao evitamento de situações ambíguas, consequência da pouca tolerância em lidar com situações incertas (Carteton et al. 2007). Deste modo, e segundo os mesmos autores, com o aumento de casos diários da COVID-19, os indivíduos que sejam mais intolerantes à incerteza acabam por deixar de fazer determinadas tarefas e atividades, em resultado do medo de serem infetados, apenas por frequentarem supermercados e outros locais, em que exista grande concentração de pessoas.

Segundo Kwok et al. (2020), foram examinadas respostas psicológicas e comportamentais durante a fase inicial da COVID-19, observando-se que a maioria se apresentava preocupada, que muitos mudaram as suas rotinas, evitaram deslocar-se para locais muito frequentados ou andar de transportes públicos, verificando-se ainda um aumento dos níveis de incerteza. Por outro lado, em estudos realizados por Lau et al. (2010), na pandemia de H1N1, constatou-se que cerca de 77% dos participantes, com idades acima dos 18 anos e que frequentavam o ensino superior, adotaram

comportamentos de evitamento, concluindo que através de novas condutas sociais conseguiram atenuar o sentimento de incerteza e de respostas psicológicas negativas. No estudo de Martín et al. (2020), identificou-se uma associação positiva entre a intolerância à incerteza e os comportamentos de evitamento, de forma a que os indivíduos que toleram mais a incerteza consigam, através da adoção de comportamentos de evitamento, proteger-se da doença COVID-19.

Salienta-se num outro estudo realizado por Blendon et al. (2004) referente à pandemia do SARS, em Toronto, no qual a suscetibilidade percebida, a incerteza face à ameaça e a perceção de risco surgem positivamente associadas aos comportamentos de evitamento, tais como procurar não ir nem permanecer em locais públicos, restaurantes, lojas e eventos sociais. Foi observado em pandemias anteriores, como é o caso da gripe A (H1N1), que quando os indivíduos não percecionavam um controlo sobre o que os rodeava, acabavam por apresentar níveis elevados de sentimentos de incerteza, o que os levava a adotar mais comportamentos de evitamento para se protegerem do risco (Bish & Michie, 2010).

Concluindo, os estudantes universitários são cada vez mais reconhecidos por uma população vulnerável, que tem vindo a sofrer com níveis elevados de incerteza em comparação com a população em geral face a este período de pandemia (Browning et al., 2021). O facto de estes indivíduos pertencerem a um grupo bastante afetado pela doença COVID-19 traduz-se na incerteza relativa ao sucesso académico, à vida social, bem como às suas futuras carreiras (Aristovnik et al., 2020).

Parte II- Estudo Empírico

Capítulo 4 - Método

Nesta segunda parte do presente trabalho, encontra-se descrita a componente empírica da investigação, em que apresentará a descrição do estudo, assim como dos principais objetivos, das variáveis de estudo, das características da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos adotados.

4.1. Natureza do estudo, objetivos e hipóteses

O presente estudo insere-se no “Projeto HI-Risk 19+ Valores, atitudes, crenças e comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior no contexto da pandemia da COVID-19”. Este projeto foi proposto por uma equipa de docentes e investigadores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior e envolve vários alunos/as do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde.

Para a presente investigação, assumiu-se, como objetivo primordial, o estudo do possível efeito preditor da intolerância à incerteza (intolerância à incerteza prospetiva e intolerância à incerteza inibitória) nas variáveis ansiedade e comportamentos de evitamento face à COVID-19, em estudantes do ensino superior.

No âmbito do estudo empírico, considerou-se a metodologia quantitativa, assente no tratamento estatístico e sistemático dos dados, com o intuito de estabelecer relações entre as variáveis, sendo que a recolha foi efetuada por inquéritos autoadministrados.

A revisão de literatura realizada sugere a existência de uma associação positiva entre a intolerância à incerteza e os níveis de ansiedade (Ferreira et al., 2009; McCleskey & Gruda, 2020; Sauer et al., 2020), assim como entre intolerância à incerteza e a frequência na adoção de comportamentos de evitamento pelos alunos do ensino superior (Lau et al., 2010; Martín et al., 2020). Deste modo, formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existe uma associação positiva entre intolerância à incerteza e sintomatologia de ansiedade nos estudantes do ensino superior

H2: Existe uma associação positiva entre intolerância à incerteza e comportamentos de evitamento face à COVID-19 nos estudantes do ensino superior

4.2. Participantes

Os participantes deste estudo são estudantes pertencentes ao ensino superior de diversas instituições públicas e privadas de Portugal. Assim, tal como demonstrado na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 309 indivíduos, dos quais 75 pertencem ao sexo masculino (23,3%) e 234 ao sexo feminino (75,7%). A amostra tem idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M= 21,04$; $DP=1,88$). Todos os alunos são de nacionalidade portuguesa. Como se observa na Tabela 1 e na Tabela 2, os participantes são na sua maioria da região centro do país. O tipo de ensino naquele momento era híbrido/misto e a maioria relatou nunca ter estado infetada com o vírus SARS-COV-2, nem em isolamento devido ao mesmo.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 309)

Variáveis	N	Percentagem (%)
Idade (anos)		
18	32	10.4%
19	40	12.9%
20	55	17.8%
21	50	16.2%
22	61	19.7%
23	42	13.6%
24	18	5.8%
25	11	3.6%
Sexo		
Feminino	234	75.7%
Masculino	75	23.3%
Nacionalidade		
Portuguesa	309	100%
Regime de ensino		
Totalmente presencial	58	18.8%
Híbrido/misto	220	71.2%
Totalmente online	31	10.0%
Região do estabelecimento de ensino		
Centro	200	64.7%
Norte	69	22.3%
Lisboa e vale do Tejo	22	7.12%
Alentejo	4	1.29%
Sul	6	1.94%
Arquipélago Madeira	1	.32%
Arquipélago Açores	5	1.62%

Tabela 2.

Caracterização de variáveis clínicas dos participantes (N = 309)

Variáveis		N	Percentagem (%)
Já esteve em quarentena/isolamento devido à COVID-19	Não	220	71.2%
	Sim	89	28.8%
Pertenço a um grupo de risco	Não	271	87.7%
	Sim	38	12.3%
Doença crónica diagnosticada	Sim	41	13.3%
	Não	268	86.7%
Experiência Covid-19	Já tive contactos de risco e/ou sintomas de COVID-19, mas teste negativo	19	6.1%
	Penso que já posso ter tido COVID-19 e recuperei, mas nunca fui testado/a	33	10.7%
	Penso que nunca estive infetado/a	254	82.2%
	Tive um teste positivo para COVID-19 e ainda estou positivo	3	1.0%

4.3. Medidas de avaliação

Para a concretização desta investigação, foi utilizado um protocolo de avaliação, construído no ano letivo 2020/2021, composto por diversos instrumentos e questões no sentido de avaliar as perceções e comportamentos vivenciados por estudantes do ensino superior acerca da pandemia COVID-19. No presente estudo em particular, utilizaram-se os dados recolhidos através de um questionário para a caracterização sociodemográfica e de experiências atuais e anteriores em relação à COVID-19, da escala reduzida da intolerância à incerteza (IUS-12), da escala de ansiedade generalizada (GAD - 7) e da escala de comportamentos preventivos (ECP). De seguida, será apresentada a caracterização de cada uma das três medidas.

4.3.1. Questionário Sociodemográfico e de Saúde

O questionário tem como intuito caracterizar os participantes, possibilitando uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e de saúde. Salienta-se que este questionário foi elaborado para o referido projeto de investigação no ano letivo de 2020/2021. O mesmo inclui questões sociodemográficas como sexo, idade, nacionalidade, regime de ensino, região de estabelecimento de ensino e questões de natureza clínica como se são portadores de doença crónica ou se já esteve de quarentena/isolamento, assim como outras questões relacionadas com a COVID-19.

4.3.2. Escala da Intolerância à Incerteza (IUS-12)

A Escala da Intolerância à Incerteza, na sua versão original de Carleton et al. (2007), foi desenvolvida para avaliar reações a situações ambíguas, incertas e a eventos futuros, tratando-se de um construto multidimensional que se apresenta com 27 itens, sendo que a escala identifica cinco fatores, designadamente (1) a *“inaceitabilidade e a prevenção da incerteza”*, (2) a *“avaliação social negativa causada pela incerteza”*, (3) a *“frustração relacionada à incerteza”*, (4) a *“incerteza causada pelo stress”* e (5) a *“ação de prevenção da incerteza”*.

No presente estudo, foi utilizada a versão reduzida da escala, que foi traduzida e validada para a língua portuguesa (Brasil) por Kretzman e Gauer (2020). Foram realizados alguns ajustes e substituídas algumas palavras por sinónimos, sem que tenha sido feita qualquer alteração de conteúdo, mas de forma a que os itens pudessem ser melhor compreendidos pelos participantes de nacionalidade portuguesa que integraram o estudo. Foi, ainda, conduzido um pré-teste com alguns jovens estudantes do ensino superior para confirmar a clareza da linguagem dos itens. Assim, a versão utilizada da Escala da Intolerância à Incerteza (IUS-12) apresenta 12 itens avaliados numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1- *não me descreve de modo algum* a 5- *descreve-me completamente*). A versão reduzida da escala subdivide-se nas seguintes duas subescalas: (1) a subescala de *“intolerância à incerteza prospetiva”* que se refere ao desejo de previsibilidade, isto é, em que medida os indivíduos procuram informação acerca de eventos futuros para diminuir a incerteza e (2) a subescala *“intolerância à incerteza inibitória”*, que se refere ao medo de agir causado pela incerteza, bem como as respostas orientadas para o evitamento (Hale et al., 2016). Segundo os autores da escala, esta apresenta uma excelente consistência interna (i.e., um valor de alfa de Cronbach de .92), sendo que a subescala de intolerância à incerteza prospetiva

apresenta uma consistência interna com um valor de alfa de Cronbach de .87 e a subescala de intolerância à incerteza inibitória um valor de .90. O índice total de IUS-12 é obtido através da soma das pontuações de resposta do questionário (Kretzman & Gauer, 2020).

Na presente investigação, também se determinou a confiabilidade da escala total e das subescalas através do cálculo dos respetivos valores de alfa de Cronbach. A escala total apresenta um valor de .88, a subescala de intolerância à incerteza prospetiva um valor de .80 e a subescala de intolerância à incerteza inibitória um valor de .84. Os valores obtidos apontam para um moderado a elevado nível de confiabilidade quer da escala, quer das duas subescalas (Maroco, 2006).

4.3.3. Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

A Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7) foi originalmente desenvolvida por Spitzer et al. (2006). A medida tem como objetivo identificar possíveis situações de ansiedade generalizada, através da avaliação da frequência e da gravidade dos sintomas, apresentando uma estrutura unidimensional. A escala foi adaptada para a população portuguesa por Sousa et al. (2015), tendo sido esta a versão utilizada no presente estudo. A GAD-7 integra sete itens que refletem os critérios de diagnóstico apresentados no DSM- IV relativamente à Perturbação de Ansiedade Generalizada, designadamente (1) “*nervosa, ansiedade*”, (2) “*não ser capaz de parar ou controlar a preocupação*”, (3) “*muita preocupação em diversos aspetos*”, (4) “*dificuldade em relaxar*”, (5) “*é tão inquieto que não consegue ficar parada*”, (6) “*muito irritado*” e (7) “*sentir medo como se algo terrível fosse acontecer*”. Desta forma, e de acordo com os mesmos autores, é questionado aos respondentes a frequência, nas últimas duas semanas, com que ocorreram os sete sintomas, sendo que as respostas variam entre “1 - *raramente*” e “4 - *quase todos os dias*”, numa escala do tipo *Likert*. O índice total de GAD-7 é obtido através da soma das pontuações de resposta do questionário (Sousa et al., 2015). Segundo os autores da escala, a consistência interna da GAD-7 foi considerada excelente com um valor de alfa de Cronbach de .92. Os autores da adaptação para a população portuguesa confirmam esse nível de consistência interna (Sousa et al., 2015). No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach para a GAD-7 foi de .89, que aponta para um nível moderado a elevado de confiabilidade (Maroco, 2006).

4.3.4. Escala de Comportamentos Preventivos (ECP)

A Escala de Comportamentos Preventivos foi desenvolvida no âmbito do presente projeto de investigação, com base num questionário construído pelos autores Kim e Choi (2016) para avaliar os conhecimentos sobre a SARS, bem como o autorrelato sobre comportamentos preventivos e de perceção de risco. Os itens foram traduzidos para a língua portuguesa por dois especialistas na área da Psicologia e fluentes na língua Inglesa. Depois, foi conduzido um pré-teste com estudantes do ensino superior para avaliar a clareza e inteligibilidade dos itens. O questionário original contém 26 itens, dos quais 15 itens referem-se ao conhecimento relacionado com a patologia, nove itens incidem sobre comportamentos preventivos e de evitamento e dois são relativos à perceção de risco (Taghrir et al., 2020). No estudo original dos autores Kim e Choi, 2016, a consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach e foi obtido o valor de .81.

Para a presente investigação, foram analisados apenas os itens respeitantes aos comportamentos de evitamento e que correspondem aos itens 1 (“*Evito locais com agrupamentos de pessoas*”), 2 (“*Evito usar transportes públicos*”), 5 (“*Evito frequentar espaços fechados, por exemplo, cinemas, bibliotecas*”), 6 (“*Evito ir às compras*”), 7 (“*Evito convívios presenciais com os meus colegas/amigos, por exemplo convívios, académicos, saídas à noite, festas*”), 10 (“*Evito comer/beber em espaços públicos fechados, por exemplos cantinas, restaurantes ou espaços de restauração*”) e 11 (“*Evito comer/beber em espaços públicos abertos, por exemplo, esplanadas*”). Os itens apresentam-se numa escala do tipo *Likert* de (1- *Quase nunca* a 4-*Quase sempre*). Relativamente à confiabilidade da escala no presente estudo, obteve-se o valor de alfa de Cronbach de .78 que sugere um nível de moderado a elevado de confiabilidade (Maroco, 2006).

4.4. Procedimentos

Para a realização da presente pesquisa, foram recolhidos dados junto de uma amostra com recurso ao método por conveniência, composta por estudantes do ensino superior de diversas instituições públicas e privadas do país. Nesta investigação foram incluídos alguns critérios de inclusão, nomeadamente alunos de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, e que estudassem numa instituição de ensino superior em Portugal.

A equipa de investigação procedeu à recolha dos dados no ano letivo 2020/2021, nos meses de outubro e novembro de 2020, com recurso ao método do inquérito por

questionário online, disponibilizado na plataforma - EUSurvey. Os inquiridos foram contactados por email, sendo disponibilizada informação acerca do projeto HI-Risk 19+, assim como um link web de participação, com um tempo previsto de preenchimento de 12 minutos. Ao longo deste processo, foram garantidos a confidencialidade dos dados e o anonimato dos intervenientes. Os alunos foram informados sobre os objetivos do estudo, do carácter voluntário da sua participação, tendo apenas a equipa de investigação acesso aos dados. O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsínquia sobre investigação com participantes humanos e o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior).

Com base nos objetivos do projeto de investigação em que se insere o presente estudo, foi criada uma base de dados com todos os dados recolhidos, ao longo de dois meses, pelos elementos da equipa de investigação. Para o tratamento dos dados deste estudo, recorreu-se à versão 26 do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics© - 2019). Procedeu-se à caracterização da amostra (estatísticas descritivas), em que se calcularam as médias, desvios-padrão e frequências simples. Posteriormente, procedeu-se à análise das características psicométricas das escalas (IUS-12, GAD-7 e ECP), através do cálculo de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimos, máximos, assimetria e curtose). Da mesma forma, foi estudada a consistência interna das medidas com recurso ao cálculo de coeficientes alfa de Cronbach. Por fim, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, com o intuito de estudar a relação entre todas as variáveis de estudo, tendo-se procedido ao cálculo e análise de modelos de regressão linear múltipla para o teste das hipóteses.

Capítulo 5- Resultados

No presente capítulo, apresentam-se os resultados relativos às análises estatísticas descritivas das escalas utilizadas (i.e., IUS-12, GAD-7 e ECP), sendo depois expostos os valores de correlação entre as variáveis de estudo e os resultados dos modelos de regressão linear múltipla realizados.

5.1. Análise descritiva da Escala de Intolerância à Incerteza - IUS-12

Procedemos a uma análise descritiva de todos os itens da escala IUS-12, no que diz respeito à média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose. Como se pode observar na Tabela 3, na subescala de intolerância à incerteza inibitória, todos os itens apresentam médias com valores entre o 2 e o 3, sendo que os itens 7 (*“Quando não tenho certeza de alguma coisa, não consigo fazer mais nada bem feito”*) ($M=2.38$, $DP= 0.96$) e 10 (*“A mínima dúvida que aparece pode impedir-me de agir”*) ($M=2.35$, $DP= 0.96$) apresentam as médias mais baixas e os itens 3 (*“As incertezas impedem-me de viver a vida de forma plena”*) ($M=3.13$, $DP= 1.13$) e 12 (*“Eu preciso de conseguir escapar a todas as situações de incerteza”*) ($M=2.76$, $DP= 1.04$) as médias mais altas. Já na subescala intolerância à incerteza prospetiva, todos os itens apresentam médias com valores entre 2 e 3, sendo que os itens 5 (*“Mesmo quando tenho tudo planeado, um pequeno imprevisto pode estragar tudo”*) ($M=2.92$, $DP= 1.11$) e 9 (*“Eu não suporto ser apanhado/a de surpresa”*) ($M=2.65$, $DP= 1.10$) correspondem às médias mais baixas e os itens 1 (*“Os acontecimentos imprevistos incomodam-me muito”*) ($M=3.25$, $DP= 0.98$) e 2 (*“É frustrante não estar bem informado/a quando preciso”*) ($M=3.88$, $DP= 0.89$) às médias mais altas. Em geral, todos os itens apresentam valores médios acima de 2, independentemente da subescala, sendo o valor médio mínimo encontrado de 2.35 (item 10 - *“A mínima dúvida que aparece pode impedir-me de agir”*) e o máximo de 3.88 (item 2 - *“É frustrante não estar bem informado/a quando preciso”*).

Para a análise da normalidade da distribuição das observações nas variáveis, seguiram-se as indicações de Tabachnick et al., (2007), observando-se a forma dessa distribuição através de estatísticas descritivas e gráficos. Da análise item a item da tendência de resposta aos vários itens da escala, pode verificar-se que as respostas dadas se distribuem por todas as alternativas de resposta (de 1 a 5), podendo considerar-se que a distribuição de respostas para todos os itens não tende a afastar-se da normalidade, com valores absolutos de simetria que se situam entre 0.01 (item 4 - *“É preciso estar sempre a pensar acerca do futuro para, assim, evitar surpresas”*) e 0.78 (item 2 - *“É*

frustrante não estar bem informado/a quando preciso”), sendo que a maioria dos itens apresenta um valor positivo (com exceção dos itens 2 - “*É frustrante não estar bem informado/a quando preciso*”, 3 - “*As incertezas impedem-me de viver a vida de forma plena*” e 11 - “*Eu devia ser capaz de organizar tudo com antecedência*”). Os valores de curtose são na maioria negativos, com exceção dos itens 2 (“*É frustrante não estar bem informado/a quando preciso*”), 7 (“*Quando não tenho certeza de alguma coisa, não consigo fazer mais nada bem feito*”) e 10 (“*A mínima dúvida que aparece pode impedir-me de agir*”). Os itens cuja distribuição das respostas se distancia mais da distribuição normal são os itens 3 (“*As incertezas impedem-me de viver a vida de forma plena*”) (assimetria = -0.05 e curtose = -0.81), 4 (“*É preciso estar sempre a pensar acerca do futuro para assim, evitar surpresas*”) (assimetria = 0.01 e curtose = -0.79) e 8 (“*Eu quero sempre saber o que o futuro me reserva*”) (assimetria = .09 e curtose = -0.72).

Tabela 3.

Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de IUS-12

	Itens	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Intolerância à incerteza inibitória	3	3.13	1.13	1	5	-0.05	-0.81
	6	2.48	1.08	1	5	0.46	-0.34
	7	2.38	0.96	1	5	0.68	0.22
	10	2.35	0.96	1	5	0.56	0.06
	12	2.76	1.04	1	5	0.17	-0.49
Total		13.09	4.06	5	25	0.33	0.07
Intolerância à incerteza prospetiva	1	3.25	0.98	1	5	0.04	-0.60
	2	3.88	0.89	1	5	-0.78	0.38
	4	2.97	1.12	1	5	0.01	-0.79
	5	2.92	1.11	1	5	0.25	-0.74
	8	3.02	1.09	1	5	0.09	-0.72
	9	2.65	1.10	1	5	0.48	-0.35
	11	3.22	1.06	1	5	-0.28	-0.63
Total		21.90	4.97	7	35	0.01	-0.30

N=309

5.2. Análise descritiva da Escala de Ansiedade Generalizada - GAD-7

Efetuámos a análise descritiva de todos os itens de GAD-7, no que diz respeito à média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose. Como se pode observar na Tabela 4, todos os itens apresentam médias com valores entre 0 e 1, sendo que os itens 5 (“*Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a*”) ($M=$

0.52, $DP= 0.88$) e 7 (“Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer”) ($M=.81$, $DP= 1.11$) apresentam as médias mais baixas e os itens 1 (“Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a”) ($M=1.60$, $DP= 1.33$) e 3 (“Preocupar-se muito com diversas coisas”) ($M=1.65$, $DP= 1.27$) as médias mais altas. Em geral, todos os itens apresentam valores médios acima de 0.5, sendo o valor médio mínimo encontrado de 0.52 (item 5 – “Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a”) e o máximo de 1.65 (item 3 – “Preocupar-se muito com diversas coisas”).

Mais uma vez, para a análise da normalidade da distribuição das observações nas variáveis, seguiram-se as indicações de Tabachnick et al., (2007) e analisou-se a forma dessa distribuição através de estatísticas descritivas e gráficos. Da análise item a item referente à tendência de resposta aos vários itens da escala, pode verificar-se que as respostas dadas se distribuem por todas as alternativas de resposta (de 1 a 4), podendo considerar-se que a distribuição de respostas para todos os itens não tende a afastar-se significativamente da normalidade, com valores absolutos de simetria que se situam entre 0.72 (item 3 - “Preocupar-se muito com diversas coisas”) e 2.22 (item 5 - “Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a”), sendo que todos os itens apresentam um valor positivo. Os valores de curtose são maioritariamente positivos, com exceção dos itens 1 (“Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a”) e 3 (“Preocupar-se muito com diversas coisas”). Os itens cuja distribuição das respostas se distancia mais da distribuição normal são os itens 1 (“Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a”) (assimetria = -0.78 e curtose = -0.52), 5 (“Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a”) (assimetria = 2.22 e curtose = 5.52).

Tabela 4.

Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de GAD-7

	Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
GAD-7	1	1.60	1.33	0	4	0.78	-0.52
	2	1.34	1.22	0	4	1.06	0.35
	3	1.65	1.27	0	4	0.72	-0.44
	4	1.29	1.18	0	4	1.05	0.53
	5	.52	.88	0	4	2.22	5.52
	6	1.10	1.10	0	4	1.31	1.45
	7	0.81	1.11	0	4	1.64	2.19
Total		8.31	6.34	0	28	0.99	0.61

$N=309$

5.3. Análise descritiva da Escala de Comportamentos Preventivos - ECP

Procedemos a uma análise descritiva de todos os itens de ECP, no que diz respeito à média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose. Como se pode observar na Tabela 5, na escala de comportamentos preventivos, todos os itens apresentam médias com valores entre 1 e 3, sendo que os itens 6 (“*Evito ir às compras*”) ($M=2.15$, $DP= 1.16$) e 11 (“*Evito comer/beber em espaços públicos abertos – por exemplo, esplanadas*”) ($M=1.94$, $DP= 1.29$) apresentam as médias mais baixas e os itens 1 (“*Evito locais com agrupamentos de pessoas*”) ($M=3.35$, $DP= 0.74$) e 7 (“*Evito convívios presenciais com os meus colegas/amigos – por exemplo, convívios académicos, saídas à noite, festas*”) ($M=3.14$, $DP= 0.99$) as médias mais altas. Em geral, todos os itens apresentam valores médios acima de 1, sendo o valor médio mínimo encontrado de 1.94 (item 11 - “*Evito comer/beber em espaços públicos abertos – por exemplo, esplanadas*”) e o máximo de 3.35 (item 1 - “*Evito locais com agrupamentos de pessoas*”).

Em relação à análise da normalidade, seguiram-se as indicações de Tabachnick et al., (2007) e analisou-se a forma dessa distribuição através de estatísticas descritivas e gráficos. Da análise item a item da tendência de resposta aos vários itens da escala, pode verificar-se que as respostas dadas se distribuem por todas as alternativas de resposta (de 1 a 4), podendo considerar-se que a distribuição de respostas para todos os itens não tende a afastar-se da normalidade, com valores absolutos de simetria que se situam entre 0.16 (item 11 - “*Evito comer/beber em espaços públicos abertos – por exemplo, esplanadas*”) e 0.91 (item 5 - “*Evito frequentar espaços fechados – por exemplo, cinemas, bibliotecas*”), sendo que a maioria dos itens apresenta um valor negativo (com exceção do item 11 - “*Evito comer/beber em espaços públicos abertos – por exemplo, esplanadas*”). Quanto aos valores de curtose, a maioria negativa, com exceção dos itens 1 (“*Evito locais com agrupamentos de pessoas*”) e 5 (“*Evito frequentar espaços fechados – por exemplo, cinemas, bibliotecas*”). Os itens cuja distribuição das respostas se distancia mais da distribuição normal são os itens 1 (“*Evito locais com agrupamentos de pessoas*”) (assimetria = -0.91 e curtose = 0.20), 2 (“*Evito usar transportes públicos*”) (assimetria = -0.91 e curtose = -0.56), 5 (“*Evito frequentar espaços fechados – por exemplo, cinemas, bibliotecas*”) (assimetria = -0.91 e curtose = 0.36) e 7 (“*Evito convívios presenciais com os meus colegas/amigos – por exemplo, convívios académicos, saídas à noite, festas*”) (assimetria = -0.89 e curtose = 0.01).

Tabela 5.

Estatísticas descritivas das subescalas dos itens de ECP

	Itens	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
ECP	1	3.35	0.74	1	4	-0.91	0.20
	2	2.92	1.36	0	4	-0.91	-0.56
	5	3.01	1.03	0	4	-0.91	0.36
	6	2.15	1.16	0	4	-0.18	-0.67
	7	3.14	0.99	0	4	-0.89	-0.01
	10	2.45	1.21	0	4	-0.24	-0.91
	11	1.94	1.29	0	4	0.16	-0.99
Total		18.95	5.21	2	28	-0.34	-0.44

N=309

5.4. Correlações entre as variáveis

Começou por efetuar-se a análise das correlações entre as três variáveis que compõem o estudo, designadamente intolerância à incerteza prospetiva, intolerância à incerteza inibitória, ansiedade e comportamentos de evitamento. Na Tabela 6, encontra-se a matriz de correlações entre as variáveis, onde se pode verificar que a intolerância à incerteza prospetiva está associada à ansiedade de forma positiva ($r = .508$) traduzindo-se, segundo o autor Field (2009), numa correlação moderada estatisticamente significativa, pois os valores da correlação de Pearson situam-se entre $0.5 < |r| \leq 0.75$. Da mesma forma, a intolerância à incerteza inibitória está associada à ansiedade de forma positiva ($r = .494$) traduzindo-se, segundo o autor Field (2009), numa correlação fraca, pois os valores da correlação de Pearson situam-se entre $0.25 < |r| \leq 0.5$. Por outro lado, a intolerância à incerteza prospetiva não está associada aos comportamentos de evitamento ($r = .086$). Da mesma forma, intolerância à incerteza inibitória não se associa aos comportamentos de evitamento ($r = .059$).

Tabela 6.

Matriz das Correlações de Pearson entre as Variáveis do Estudo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4
1. Intolerância à incerteza prospetiva	21.90	4.97	---			
2. Intolerância à incerteza inibitória	13.09	4.06	.68*	---		
3. Ansiedade	18.95	5.21	.51*	.49*	---	
4. Comportamentos de evitamento	8.31	6.33	.09	.06	.08	---

N= 309. * *p* < .001

5.4.1. Relação entre intolerância à incerteza e sintomatologia de ansiedade

Para avaliar o efeito da intolerância à incerteza na sintomatologia de ansiedade procedeu-se ao cálculo de um modelo de regressão linear múltipla. Assim, apresentam-se de seguida os resultados deste modelo com as dimensões da intolerância à incerteza (i.e, prospetiva e inibitória) como preditores da sintomatologia de ansiedade. Os resultados obtidos na Tabela 7 indicam que a intolerância à incerteza é um preditor positivo da ansiedade, explicando cerca de 29.9% da variância desta variável, considerada como critério, $F(3,06) = 28.36, p < .001$. Em particular, os resultados indicam que tanto a intolerância à incerteza prospetiva ($\beta = .32, t = 4.90, p < .001$), como a intolerância à incerteza inibitória ($\beta = .28, t=4.24, p < .001$) predizem positivamente a ansiedade. Assim, à medida que a intolerância à incerteza aumenta, tanto em termos prospetivos como inibitórios, a sintomatologia de ansiedade também tende a aumentar.

Tabela 7.

Regressão Linear Múltipla: Intolerância à Incerteza como Preditora da Sintomatologia de Ansiedade

	B	EP B	β	t	R²	F
Intolerância à incerteza					.29	28.36*
Intolerância à incerteza prospetiva	.41	.08	.32*	4.90*		
Intolerância à incerteza inibitória	.43	.10	.28*	4.24*		

N=309.*p <.001

5.4.2. Relação entre intolerância à incerteza e comportamentos de evitamento face à COVID-19

Neste sentido, para avaliar o efeito da intolerância à incerteza nos comportamentos de evitamento, procedeu-se ao cálculo do modelo de regressão linear múltipla. De seguida, serão apresentados os resultados deste modelo com as dimensões da intolerância à incerteza (prospetiva e inibitória) como preditores dos comportamentos de evitamento. Os resultados, apresentados na Tabela 8, indicam que a intolerância à incerteza não é preditora dos comportamentos preventivos, $F(306) = 27.15$, $p = .99$. Mais especificamente, nem a intolerância à incerteza prospetiva ($\beta = .09$, $t = 1.10$, $p = .27$), nem a intolerância à incerteza inibitória ($\beta = .00$, $t = 0.01$, $p = .99$) predizem significativamente os comportamentos de evitamento face a COVID-19 adotados pelos estudantes do ensino superior.

Tabela 8.

Regressão Linear Múltipla: Intolerância à Incerteza como Preditora dos Comportamentos de Evitamento

	B	EP B	β	t	R²	F
Intolerância à incerteza					.01	27.15
Intolerância à incerteza prospetiva	.09	.08	.09	1.10		
Intolerância à incerteza inibitória	.00	.10	.00	.01		

N=309

Capítulo 6. Discussão

Esta investigação teve como principal objetivo o estudo do efeito preditor da intolerância à incerteza (prospetiva e inibitória) nas variáveis de ansiedade e de comportamentos de evitamento face à COVID-19 nos estudantes do ensino superior residentes em Portugal. Os principais resultados obtidos serão seguidamente alvo de discussão.

Em relação ao primeiro modelo de regressão, com a intolerância à incerteza como preditor da sintomatologia de ansiedade (Hipótese 1), os resultados obtidos indicam que ambas as dimensões de intolerância à incerteza se revelaram preditoras, sendo responsáveis pela explicação de 29.9% da variância da sintomatologia de ansiedade. Relativamente a estudos em contexto de anteriores pandemias, como é o caso da H1N1, os indivíduos que apresentavam maior intolerância à incerteza tendiam a avaliar a pandemia como mais ameaçadora, o que conduzia ao aumento dos níveis de ansiedade face ao vírus (Sauer et al., 2020).

O facto de terem sido encerradas *sine die* todas as atividades não essenciais, assim como todos os níveis de ensino (Araújo et al., 2020), gerou preocupação e/ou ansiedade nos indivíduos mais intolerantes à incerteza (Liao et al., 2019). Outro fator potencialmente explicativo prende-se com as questões de saúde, na medida em que os indivíduos se foram apercebendo da magnitude dos efeitos do vírus, podendo conduzir a hospitalizações. Este facto poderá ter aumentado a ansiedade, não só no que respeita à doença, mas também ao facto de poderem ser infetados (Jungmann et al., 2020). Os jovens mostraram ser dos grupos mais suscetíveis de apresentarem sintomatologia ansiógena aliada a períodos de incerteza (Mertens et al., 2020).

Relativamente ao segundo modelo de regressão em que a intolerância à incerteza surge como preditor dos comportamentos de evitamento face à COVID-19 (Hipótese 2), os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. A intolerância à incerteza não se relacionou com os comportamentos de evitamento dos estudantes universitários que participaram no estudo. Uma possível explicação para estes resultados poderá residir no facto de o país se encontrar em estado de emergência decretado pelo governo português, que, através da implementação de regras restritivas quanto à circulação e ao período de funcionamento de alguns estabelecimentos, “obrigou” a população a permanecer em casa. Neste contexto, a adoção de comportamentos de evitamento poderá ter sido condicionada por motivos externos e não intrínsecos. Uma outra

possível explicação para a ausência de associação entre a intolerância à incerteza e os comportamentos de evitamento face ao COVID-19 poderá estar relacionada com o facto de os estudantes do ensino superior nunca terem sido considerados como uma população de risco, uma vez que, de acordo com a literatura, os jovens representavam uma percentagem residual de casos de infeção, tendo sido considerados dos escalões etários menos vulneráveis, e, conseqüentemente, baixa perceção de risco pode ter conduzido à redução na adoção de medidas de proteção individual face à pandemia (Rettie & Daniels, 2020).

Capítulo 7. Considerações finais

A presente investigação procurou estudar o efeito preditor da intolerância à incerteza na sintomatologia ansiógena e nos comportamentos de evitamento face à COVID-19. No entanto, foram encontradas algumas limitações nesta investigação. Em primeiro lugar, trata-se de uma temática relativamente recente, uma vez que, a COVID-19 só surgiu em finais de 2019, o que tornou mais difícil encontrar estudos relevantes. Em segundo lugar, sugere-se a realização de um estudo longitudinal com as mesmas variáveis, de modo a que seja possível uma recolha de dados em diferentes momentos temporais para a maior clarificação da relação entre as variáveis. Em terceiro lugar, o facto de se tratar de uma amostra relativamente reduzida e circunscrita aos alunos do ensino superior coloca limitações à generalização dos resultados obtidos.

Em relação a possíveis investigações futuras, poderia ser importante incluir outras variáveis que permitissem uma visão mais ampla e clara sobre o modo como os estudantes do ensino superior experienciaram este período conturbado. Adicionalmente, poderá ser igualmente relevante considerar no futuro alunos de outros países e universidades europeias, de modo a tentar compreender-se a influência de fatores culturais, na forma como os indivíduos toleram a incerteza, vivenciam sintomas de ansiedade e adotam comportamentos de evitamento.

Apesar de a presente investigação apresentar algumas limitações, salienta-se que a mesma apresenta implicações e conclusões que podem ser tidas em consideração, relativamente ao contexto do ensino superior. No decorrer da atual situação pandémica global, foi visível uma drástica mudança nos comportamentos e nas rotinas quotidianas dos estudantes do ensino superior, mudança essa que também teve impacto ao nível da saúde mental.

Neste sentido, o atual estudo permitiu perceber que a perceção de incerteza aumentou os níveis de ansiedade nos estudantes universitários. Assim, saber lidar com as mudanças e possíveis consequências determinadas pela COVID-19 parece ser fundamental para o bem-estar e saúde mental nesta população.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. *Acta Médica Portuguesa*, 33, 1-13. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/13877>
- Afonso, P., & Figueira, M. L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 6 (1), 2-3. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i1.131>
- Araújo, C., Cortes, C., & Félix, M. (2020). *Viver em tempo de covid-19*. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/publicacoes/>
- Aristovnik, A., Kerzic, D., Ravselj, D., Tomazevic, N., & UmeK, I. (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. *Preprints*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.20944/preprints202008.0246.v2>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2018, agosto). *What Is Mental Illness?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Ayres, J. R. C., Paiva, V., & França, J. (2011). From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In P. Parker, & M. Sommer (Eds), *Routledge handbook in global public health*, (pp. 98-107). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203832721.ch10>
- Bakioglu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Medo de COVID-19 e positividade: papel mediador da intolerância à incerteza, depressão sensação, ansiedade e stresse. *Jornal Internacional de Saúde Mental e Vício*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.004>
- Barr, M., Raphael, B., Taylor, M., Stevens, G., Jorm, L., Giffin, M., & Lujic, S. (2008). Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. *Infectious Diseases*, 8, 117-130. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-117>
- Bernheim, A., Mei, X., Huang, M., Yang, Y., Fayad, Z., A., Zhang, N., Diao, K., Lin, B., Zhu, X., Li, K., Li, S., Shan, H., Jacobi, A., & Chung, M. (2020). Chest CT findings in coronavirus disease 2019 (COVID-19): Relationship to duration of infection. *Radiology*, 295, 685-691. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200463>
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective

- behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15 (4), 797–824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Blagov, P., S. (2020). Adaptative and dark personality in the COVID-19 pandemic: Predicting health- behavior endorsement and the appeal of public-health messages. *Social Psychological and Personality Science*, 20 (10), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1948550620936439>
- Blakey S. M., Reuman, L., Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2015). Tracing “fearbola”: Psychological predictors of anxious responding to the threat of Ebola. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 816-825. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9701-9>
- Blendon, R. J., Benson, J. M., DesRoches, C. M., Raleigh, E., & Taylor-Clark, K. (2004). The public’s response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and The United States. *Clinical Infectious Diseases*, 38 (7), 925-931. <https://doi.org/10.1086/382355>
- Bolina A. F., Rodrigues, R. A. P., Tavares, D. M. S., & Hass, V. J. (2019). Fatores associados à vulnerabilidade social, individual e programática de idosos que vivem no domicílio. *Revista da escola de enfermagem*, 53, 1-9. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017050103429>
- Browning, M. H. E. M., Larson, L. R., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., McAnirlin, O., Mullenback, L., Cloutier, S., Vu, T. M., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E. C., D’Antonio, A., Helbich, M., Bratman, G. N., & Alvarez, H. O. (2021). Impactos psicológicos do COVID-19 entre estudantes universitários: Fatores de risco em sete estados dos Estados Unidos. *PLoS ONE*, 16 (1), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>
- Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., de Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). Sars risk perception, knowledge, precautions and information sources. *Emerging Infectious Disease*, 10 (8), 1486-1489. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9000-x>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>

- Carrapatoso, L. N. M. (2019). *Traços de personalidade e ansiedade na relação com indicadores sociodemográficos na população geral adulta* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório. UL. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/41503/1/ulfpie053543_tm.pdf
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Napoli, R. D. (2020). *Features, evaluation, and treatment coronavirus (COVID-19)*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150360/>
- Centro de Controle e Prevenção de Doenças. (2012). *Principles of epidemiology in public health practice. An introduction to applied epidemiology and biostatistics*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/>
- Chang, J. H., Yuan, Y. X., & Wang, D. (2020). Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *J. Southern Med. Univ*, 40, 171-176. <https://doi.org/10.12122/j.issn.1673-4254.2020.02.06>
- Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How have COVID-19 isolation policies affected young people's mental health? - evidence from chinese college students. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529>
- Class, E. C. J., Osterhaus, A. D. M. E., Beek, R. V., Jong, J. C. D., Rimmelzwaan, G. F., Senne, D. A., Krauss, S., Shortridge, K. F., & Webster, R. G. (1998). Human influenza A H5N1 virus related to a highly pathogenic avian influenza virus. *The Lancet*, 351, 472-477. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9482438/>
- Costa, E. M., & Costa, N. M. (2020). A pandemia COVID-19 em Portugal continental - uma análise geográfica da evolução verificada nos meses de março e abril. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 72-79. <https://doi.org/10.14393/Hygeia0054396>
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., F., Fotinos, K., Epstein, I., & Katzman, M., A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 3-69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.046>
- Coutinho, M. P. L., Sá, J. G. C., Costa, F. G., Coutinho, M. L., Cavalcanti, I. B., & Bú, E. A. (2020). Novo coronavírus e saúde mental: Uma compreensão psicossociológica em tempos de pandemia. *Revista Diálogos em Saúde*, 3 (1), 106-118. <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/280>
- Cowling, B. J., Ng, D. M. W., Ip, D. K. M., Liao, Q., Lam, W. W. T., Wu, J. T., Lau, J. T.

- F., Griffiths, S. M., & Fielding, F. R. (2010). Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in Hong Kong. *Journal of Infectious Diseases*, 202 (6), 867–876. <https://doi.org/10.1086/655811>
- Cvetković, V. M., Nikolić, N., Nenadić, U. R., Öcal, A., Noji, E. K., & Zečević, M. (2020). Preparedness and preventive behaviors for a pandemic disaster caused by COVID-19 in Serbia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (11), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114124>
- DGS (2020). *Novo coronavírus COVID-19: Distanciamento social*. <https://covid19.min-saude.pt>
- Dutra, J. L. C., Carvalho, N. C. C., & Saraiva, T. A. R. (2020). Os efeitos da pandemia de Covid-19 na saúde mental das crianças. *Pedagogia em Ação*, 13 (1), 293-301. <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23772>
- Estevão, A. (2020). COVID-19. *Acta Radiológica Portuguesa*, 32 (1), 5-6. <https://doi.org/10.25748/arp.19800>
- Everett, J. A. C., Colombatto, C., Chituc, V., Brady, W. J., & Crockett, M. (2020). The effectiveness of moral messages on public health behavioral intentions during the COVID-19 pandemic. *PsyAr Xiv Preprints*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9701-0>
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.146>
- Ferreira, A., Príncipe, F., Pereira, H., Oliveira, I., & Mota L. (2020). Covimpact: Pandemia COVID-19 nos estudantes do ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3 (1), 7-16. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.80>
- Ferreira, C. L., Almondes, K. M., Braga, L. P., Mata, A. N. S., Lemos, C. A., & Maia, E. M. C. (2009). Universidade, contexto ansiogêneo? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciências & saúde Coletiva*, 14 (3), 973-981. <https://doi.org/10.1590/S1413>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3^a Ed.). Sage Publications.
- Fischer, D., Frey, N., & Hattie, J. (2020). *The distance learning playbook, Grades K-*

12: Teaching for engagement and impact any setting (1ª Ed.). Corwin.

- Freitas, G. & Machado, R. S. (2020). *Plano nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19)*. DGS. <https://www.dgs.pt/>
- Gabinete do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - MCTES (2020, 5 agosto). *Recomendações às instituições científicas e de ensino superior para a preparação do ano letivo 2020/2021*. República Portuguesa: XVII Governo. <https://www.portugal.gov.pt/downloadficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAA%B%2bLCAAAAAAAzNDA2NgLA8%2fHZsAUAAAA%3d>
- Gonzalez, T., Rubla, M. A., Hincz, K. P., Comas-Lopez, M., Subirats, L., Fort, S., & Sacha, G. M. (2020). Influence of COVID-19 confinement on students performance in higher education. *Plos One*, 15 (10) 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239490>
- Hale, W., Richmond, M., Bennett, J., Berzins, T., Fields, A., Weber, D., Beck, M., & Osman, A. (2016). Resolving uncertainty about the intolerance of uncertainty scale-12: Application of modern psychometric strategies. *Journal of Personality Assessment*, 98 (2), 200–208. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1070355>
- Hansenne, M. (2005). *Psicologia da personalidade* (6ª Edição). Climepsi Editores.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da personalidade*. Climpsi Editores.
- Hill, P. L., & Allemand, M. (2020). *Personality and healthy aging in adulthood* (Vol. 26). Springer International Publishing.
- Ibuka, Y., Chapman, G. B. C., Meyers, L. A., Li, M., & Galvani, A. P. (2010). The dynamics of risk perceptions and precautionary behavior in response to 2009 (H1N1) pandemic influenza. *BMC Infectious Diseases*, 10 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-296>
- Jardim, M. G. L., Castro, T. S., & Ferreira-Rodrigues, C. F. (2020). Depressive Symptomatology, Stress and Anxiety in University Students. *Psico-USF*, 25 (4), 645-657. <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250405>
- Jimenez, T., Restar, A., Helm, P. J., Cross, R. I., Barath, D., & Arndt, J. (2020). Fatalism in the context of COVID-19: Perceiving coronavirus as a death sentence predicts reluctance to perform recommended preventive behaviors. *SSM - Population Health*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100615>
- Jones, J. H., & Salathe, M. (2009). Early assessment of anxiety and behavioral response

- to novel swine-origin influenza A (H1N1). *Plos one*, 4 (12), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008032>
- Júnior, J. A. S., Tenório, S. B., Fermoseli, A. F. O., Lima, D. V. B., & Lopes, A. P. (2016). Relação entre traços de personalidade e ansiedade em estudantes universitários. *Interfaces Científicas: Saúde e ambiente*, 4 (3), 51-62. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2016v4n3p51-62>
- Jungmann, S. M. , & Witthoft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal Anxiety Disord*, 17, 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197241>
- Kilgo, D. K., Yoo, J., & Johnson, T. J. (2018). Spreading Ebola panic: Newspaper and social media coverage of the 2014 Ebola health crisis. *Health Communication*, 34 (8) 1-7. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1437524>
- Kim, J. S., & Choi, J. S. (2016). Middle East respiratory syndrome-related knowledge, preventive behaviours and risk perception among nursing students during outbreak. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2542-2549. <https://doi.org/10.1111/jocn.13295>
- Kretzmann, R. P., & Gauer, G. (2020). Psychometric properties of the brazilian intolerance of uncertainty scale – short version (IUS-12). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42 (2), 129–137. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087>
- Kwok, K. O., Li, K. K., Chan, H. H., Yi, Y. Y., Tang, A., Wei, W. I., Wong, Y. S. J. (2020). Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: Risk perception, information exposure and preventive measures. *Emerging Infectious Diseases*, 26, 1575- 1579. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200500>
- Lake, M., A. (2020). What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine*, 20 (2), 124-127. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>
- Larson, H, J. (2018). Politics and public trust shape vaccine risk perceptions. *Nature human behaviour*, 2 (5), 316-316. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0331-6>
- Lau, J. T. F., Griffiths, S., Choi, K. C., & Tsui, H. Y. (2010). Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. *BMC Infectious Diseases*, 10, 1-13.

<https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-139>

- Lau, J. T. F., Kim, J. H., Tsui, H. Y., & Griffiths, S. (2007). Perceptions related to human avian influenza and their associations with anticipated psychological and behavioural responses at the on set of outbreak in the Hong Kong Chinese general population. *American Journal of Infection Control*, 35, 38-39. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2006.07.010>
- Leal, P. C., Goes, T. C., Silva, L. C. F., & Silva, F. T. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in Psychiatry Psychotherapy*, 39 (3), 147-157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>
- Leung, G. M., Ho, L. M., Chan, S. K. K., Ho, S. Y., Bacon-Shone, J., Choy, R., Hedley A. J., Lam, T. H., Fielding, R. (2005). Longitudinal assessment of community psycho-behavioural responses during and after the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 1713-1720. <https://doi.org/10.1086/429923>
- Liang, S. W., Chen, R. N., Liu, L. L., Li, X. G., Chen, J. B., Tang, S. Y., & Zhao, J. B. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on guangdong college students: The difference between seeking and not seeking psychological help. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02231>
- Liao, Q., Wu., P., Wing-Tak-Lam, W., Cowling, B. J., Fielding, R. (2019). Trajectories of public psycho-behavioural responses relating to influenza A (H7N9) over the winter of 2014-15 in Hong Kong. *Psychol health*, 34, 162-180. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1515436>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Maroco, J., & Garcia- Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- Martín, C., S., Jacobs, B., & Vervliet, B. (2020). Caracterização adicional da dinâmica de alívio no condicionamento e generalização da evitação: Efeitos da tolerância ao sofrimento e intolerância à incerteza. *Pesquisa e terapia comportamental*, 124, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103526>
- McCleskey, J., & Gruda, D. (2020). Risk-taking, resilience, and state anxiety during the

- COVID-19 pandemic: A coming of (old) age story. *Personality and Individual Differences*, 170, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110485>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (2), 216-224. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.006>
- Medeiros, A. Y. B. B. V., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Dias, F. A. (2020). Fases psicológicas e sentido da vida em tempos de isolamento social por pandemia COVID-19 uma reflexão a luz de Viktor Frankl. *Research, Society and Development*, 9 (5), 1-19. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3331>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Preprints*, 6, 1- 34. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2p57j>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122-137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>
- Organização Mundial de Saúde (2010, 24 de fevereiro). *What is a pandemic?*. https://www.who.jpt/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- Organização Mundial de Saúde. (2020b, 12 de setembro). *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
- Park, J., Cheong, H., Son, D. (2010). Perceptions and behaviors related to hand hygiene for the prevention of H1N1 influenza transmission among Korean university students during the peak pandemic period. *BMC Infect*, 10 (222), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-222>
- Paulino, M., & Diniz-Dumas, R. (2020). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19*. Factor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Raude, J., Lecrique, J. M., Lasbeur, L., Leon, C., Guinard, R., Roscoät, E., & Arwidson, P. (2020). Determinants of preventive behaviors in response to the COVID-19 pandemic in France: comparing the sociocultural, psychosocial and social

- cognitive explanations. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.31234/osf.io/4yvk2>
- Razai, M. S., Doerholt, K., Ladhani, S., & Oakeshott, P. (2020). Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. *The BMJ*, 368, 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.m800>
- República Portuguesa (dezembro, 2020). *COVID-19*. <https://www.presidencia.pt/>
- Rettie, H. & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 1-10. <https://doi.org/10.1037/amp0000710>
- Ribeiro, J. L. P (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Rios-Neto, E. L. (2007). *Pobreza, migrações e pandemias*. UFMG/Cedeplar.
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety and behavioural change in relation to the swine flu outbreak: A cross-sectional telephone survey. *British Medical Journal*, 339, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>
- Santos, M. F., & Rodrigues, J. F. S. (2020). COVID-19 e repercussões psicológicas durante a quarentena e o isolamento social: uma revisão integrativa. *Nursing*, 23, 4095–4106. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4095-4106>
- Satici, B., Saricali, M., Satici, A. S., & Griffiths, M. D. (2020). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>
- Sauer., K. S., Jungmann, S. M., Witthoft, M., (2020). Emotional and behavioral consequences of the COVID-19 pandemic: The role of health anxiety, intolerance of uncertainty, and distress (in)tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197241>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, 37, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2002). *Teorias da personalidade*. Cengage learning.

- Shojaei, S. F., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in Covid-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7 (2), 1-2. <https://doi.org/10.5812/mejrh.102846>
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87, 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the portuguese versions of the generalized anxiety disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of life outcomes*, 50 (13), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistic* (Vol. 5). MA: Pearson.
- Taghrir, M. H., Borazjani, R., & Shiraly, R. (2020). COVID-19 and iranian medical students: a survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Arch Iran Med*, 23 (4), 249-254. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.06>
- Taha, S., Matheson, K., Anisman, H. (2014). H1N1 was not all that scary: Uncertainty and stressor appraisals predict anxiety related to a coming viral threat. *Stress Health*, 30, 149-157. <https://doi.org/10.1002/smi.2505>
- Taylor, S. (2020). *Psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Tull, M. T., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102290>
- Van-Dijk, S. D. M., Hanssen, D., Naarding, P., Lucassen, P., Comijs, H., & Oude-Voshaar, R. (2016). Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. *European Psychiatry*, 38, 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2026.05.002>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*, 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health & Medicine*, *20*, 832-837. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1028946>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zang, W. (2020). Recommended Psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, *3* (1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

Anexos

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-096:ID466

Na sua reunião de 19 de janeiro de 2021 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**PROJETO HI-RISK19+: Valores, atitudes, crenças e comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior no contexto da pandemia de COVID-19**”, do proponente **Manuel Joaquim da Silva Loureiro**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-096.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2021.01.21 22:07:34+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)