

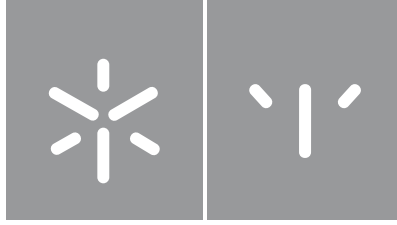


Ana Cristina Ferreira da Costa

**O bem estar subjetivo em época
de pandemia: a importância do
suporte social e das estratégias
de coping**

Universidade do Minho
Escola de Psicologia





Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Cristina Ferreira da Costa

**O bem estar subjetivo em
época de pandemia: a
importância do suporte
social e das estratégias de
coping**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor José Ferreira-Alves

junho de 2022

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Universidade do Minho, 06/06/2022

Assinatura: Ana Cristina Ferreira da Costa
(Ana Cristina Ferreira da Costa)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer às pessoas que me permitiram chegar aqui, que sempre me deixaram sonhar e me incentivaram a ser melhor, os meus pais.

À minha irmã, a minha enfermeira de serviço, que mesmo a quilómetros de distância sempre me deu força para continuar e nunca desistir.

Aos meus avós, que tem e tiveram sempre a palavra certa, o conselho mais acertado e o melhor colo do mundo inteiro.

À minha prima Bruna, por ouvir os meus desabafos, todos os dias, nos últimos 3 anos, tens uma enorme paciência comigo.

Ao meu orientador, o Professor Doutor José Ferreira-Alves, obrigada por nunca desistir, por toda a disponibilidade, apoio, comentários e críticas. Foi um gosto apreender e estar sob a sua orientação.

Agradeço também a todo o grupo de investigação de Desenvolvimento do Adulto e Envelhecimento, em especial ao João Fundinho por todo o apoio, principalmente na estatística.

Às amigas Catarina Ribeiro e Rita Ribeiro, por toda a ajuda a descomplicar a minha vida. E claro às amigas de Psicologia, a Patrícia e a Rafaela, por todas as noites de estudo, todas as conversas, trabalhos de grupo e conselhos.

Por último, mas não menos importante, tenho que agradecer ao meu namorado, que me acompanhou em todo este percurso e sempre me disse “tu vais conseguir”. Obrigada por toda a compreensão, pelas tardes de domingo passadas a estudar comigo mesmo não percebendo nada, pela paciência, mas sobretudo pelo amor!

Sou muito grata por ter pessoas tão especiais na minha vida.

Declaração de Integridade

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

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 06/06/2022

Assinatura: Ana Cristina Ferreira da Costa

(Ana Cristina Ferreira da Costa)

O bem-estar subjetivo em época de pandemia: a importância do suporte social e das estratégias de *coping*

Resumo

O bem-estar subjetivo é composto pela dimensão cognitiva e afetiva e concerne a avaliação subjetiva que a pessoa faz sobre a sua própria vida (Diener, 1996). Este encontra-se associado bidireccionalmente às condições de saúde que foram fortemente afetadas pela pandemia COVID-19 (Steptoe et al., 2015). Para lidar com as situações fontes de stress como esta é importante que o indivíduo possua ferramentas como o *coping*. Este termo é o que determina as estratégias que o indivíduo utiliza nos diferentes contextos de stress de sua vida (Folkman & Lazarus, 1984). Relacionado positivamente e associado à componente cognitiva do bem-estar subjetivo (satisfação com a vida) temos a satisfação com o suporte social que é visto como um recurso essencial para lidar com as situações de stress, sendo assim visto como um promotor do bem-estar subjetivo (Cohen et al., 2000). Não foram encontradas diferenças no bem-estar subjetivo entre as pessoas que estiveram infetadas com o COVID-19 e as que não estiveram. Foram feitas análises correlacionais que demonstraram que o suporte social se relaciona positivamente com o bem-estar subjetivo (Okun et al., 1984). Foi encontrada uma relação de moderação de uma estratégia de *coping* entre o bem-estar subjetivo e o suporte social.

Palavras-chave: bem-estar subjetivo; estratégias de *coping*; infecção por SARS-COV2; suporte social

Subjective well-being in times of a pandemic: the importance of social support and coping strategies

Abstract

Subjective well-being is composed by the cognitive and affective dimension and one of its concerns the evaluation that the person makes about his own life (Diener, 1996). This is bidirectionally associated with health conditions that have been defined as reference to the COVID-19 pandemic (Steptoe et al., 2015). To deal with sources of stress like this, it is important that the individual has coping mechanisms. This term is what determines the different strategies that the individual uses in the stressful contexts of his life (Folkman & Lazarus, 1984). Positively related and associated with the cognitive component of subjective well-being (life satisfaction) we have satisfaction with social support, which is seen as an essential resource for dealing with stressful situations, this being seen as a promoter of subjective well-being (Cohen et al., 2000). No differences were found in subjective well-being between people who were infected with COVID-19 and those who were not. Related analysis have been made that important social support is positively related to subjective well-being (Okun et al., 1984). A moderating relationship of a coping strategy was found between subjective well-being and social support.

Keywords: coping strategies; SARS-COV2 infection; social support; subjective well-being

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
O bem-estar subjetivo em época de pandemia: a importância do suporte social e das estratégias de <i>coping</i>	9
Método.....	14
Participantes	14
Instrumentos	15
Questionário Sociodemográfico.....	15
Escala CASP-13	15
Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)	15
Procedimento.....	16
Procedimentos de seleção dos participantes.....	17
Estratégia da análise de dados	17
Resultados.....	18
Descrição das pontuações de bem-estar subjetivo (BES)	18
Descrição das estratégias de <i>coping</i>	19
Descrição dos níveis satisfação com o suporte social	20
Bem-estar subjetivo e a infecção por COVID-19	21
Análise fatorial confirmatória	21
Bem-estar subjetivo e as estratégias de <i>coping</i>	24
Bem-estar subjetivo e a satisfação com o Suporte Social.....	26
Bem-estar subjetivo e género.....	27
Bem-estar subjetivo e a idade	27
Satisfação com o Suporte Social e infecção por SARS-COV2	27
Efeito de moderação	28
Discussão	29
Referências.....	33
Anexo.....	38

Índice de figuras

Figura 1.....	24
---------------	----

Índice de tabelas

Tabela 1: Descrição das pontuações de bem-estar subjetivo (CASP-13)	18
Tabela 2: Descrição das estratégias de <i>coping</i> (Brief COPE).....	19
Tabela 3: Descrição dos níveis de satisfação com o suporte social (ESSS).....	20
Tabela 4: Bem-estar subjetivo e infecção por SARS-COV2.....	21
Tabela 5: Itens de cada fator do modelo do Brief COPE resultado da AFC.....	22
Tabela 6: Correlações entre o bem-estar subjetivo (casp-13) e as estratégias de <i>coping</i> (Brief COPE).....	25
Tabela 7: Estratégias de <i>coping</i> como preditoras de bem-estar subjetivo.....	25
Tabela 8: Correlações entre o bem-estar subjetivo (CASP-13) e a satisfação com o suporte social (ESSS).....	26
Tabela 9: Diferenças no Bem-estar subjetivo (CASP-13) entre homens e mulheres	27
Tabela 10: Diferenças no Bem-estar subjetivo (CASP-13) entre dois grupos de idade	27
Tabela 11: Satisfação com o suporte social (ESSS) e infecção por SARS-COV2.....	28
Tabela 12: Efeito de moderação das estratégias de <i>coping</i> na relação entre o bem-estar subjetivo e o suporte social.....	28

Lista de siglas e abreviaturas

BES – Bem-Estar Subjetivo

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

EC – Estratégia de *Coping*

O bem-estar subjetivo em época de pandemia: a importância do suporte social e das estratégias de *coping*

O conceito de bem-estar tem sido construído através da inclusão, não só de aspetos objetivos e subjetivos, mas também de influências sociais e características individuais de cada pessoa (Ateca-Amestoy & Ugidos, 2013).

Maddux (2018) apresenta-nos duas correntes: a perspectiva de bem-estar eudemónico e a de bem-estar hedónico (Maddux, 2018). A concretização da corrente eudemónica propõe que o bem-estar é proporcional à concretização do potencial do ser humano – quanto mais o indivíduo se consegue aproximar ao seu máximo potencial, maior o seu bem-estar. Já a conceção hedónica defende que o bem-estar é o produto do equilíbrio entre experiências positivas e negativas na vida do indivíduo – um indivíduo poderá experienciar quaisquer uma destas, mas quando as positivas se sobrepõem às negativas, o seu bem-estar é maior (Haybron, 2008). Este construto difere do conceito de bem-estar (sem o prefixo “subjetivo”) pois a este está associado um conjunto de critérios objetivos (Diener et al., 2018) .

Segundo Diener (1996) o bem-estar subjetivo (BES) é um conceito que apresenta duas dimensões, a cognitiva e a afetiva, estas componentes resumem a avaliação subjetiva que a pessoa faz sobre a sua própria vida. Sempre que cada um de nós avalia a sua vida de forma subjetiva, esta avaliação pode ser positiva ou negativa e compreende a perceção do indivíduo sobre a sua satisfação com a vida, as reações aos eventos, ao trabalho, aos relacionamentos, à saúde e à forma como atribui propósito e significado aos vários campos da sua vida (Diener & Ryan, 2009). Os julgamentos que os indivíduos fazem quanto à satisfação ou insatisfação com a sua vida são parte da componente cognitiva do BES. Já a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo pertencem à componente afetiva do BES (Diener, 1996).

O modelo explicativo do BES *bottom-up* preocupa-se em identificar como fatores externos, situações e variáveis sociodemográficas que afetam a felicidade, tem como pressuposto a existência de uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas possibilita a felicidade. A esta aliam-se outros fatores como as experiências diárias relacionadas com o afeto positivo que culminam no prazer e, por outro lado, eventos associados aos afetos negativos que não o promovem (Giacomoni, 2004). A felicidade e a satisfação são o resultado do acumular das experiências que

culminam no prazer (Diener et al., 1991). Já a abordagem *top-down* diz-nos que as pessoas têm em si uma predisposição para perceber as situações e as experiências de vida, quer de forma positiva quer negativa. Essa propensão influenciará a avaliação da vida. Ou seja, o indivíduo aproveita o que lhe dá prazer porque é feliz e não o contrário. A nossa interpretação subjetiva dos eventos é que influencia primeiro o BES, ao contrário das próprias circunstâncias objetivas como defendido pelas abordagens *bottom-up* (Giacomini, 2004). Diener (1996) propõe uma integração entre estas abordagens, estabelecendo uma relação bidirecional, onde os contextos objetivos da vida e as dimensões globais da personalidade afetam de forma indireta o BES uma vez que causam efeitos na interpretação das circunstâncias da vida (Brief et al., 1993).

As componentes cognitivas e afetivas do BES podem sofrer também influências por variáveis como a idade e o sexo (Monteiro et al., 2014). De acordo com a teoria da seletividade sócio emocional (Carstensen et al., 1999), os objetivos sociais mudam com a idade. À medida que as pessoas envelhecem, o seu desejo de interagir com conhecidos e os seus níveis de satisfação com essas interações diminuem. Assim, e de forma seletiva as redes sociais são apuradas, e o tempo e energia é superior em contatos sociais emocionalmente íntimos, como amigos próximos e familiares. No entanto, não está claro se o menor número de indivíduos na rede social se deve à escolha ou às circunstâncias. Independentemente disso, as diferenças nos contatos sociais e objetivos sociais sugerem que pode haver diferenças de idade na forma como as pessoas relatam suas experiências de suporte social e bem-estar subjetivo. Carstensen (1995) relata ainda que a componente afetiva aumenta com a idade tal como melhora a capacidade de controlo das emoções, a vida é organizada de forma a maximizar as emoções positivas e a minimizar as negativas. Como resultado obtém-se uma melhoria do bem-estar subjetivo onde predominam a afetividade positiva em detrimento da negativa (Simões et al., 2000). Contudo, a meia-idade traz muitas mudanças progressivas importantes, sejam elas físicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Papalia et al., 2000).

Já em relação às diferenças entre homens e mulheres das investigações desenvolvidas existem as que não encontraram diferenças entre homens e mulheres enquanto outras revelaram diferenças a favor dos homens (Simões et al., 2000) considerando o sexo masculino como o mais feliz e o feminino como o que experiencia mais afetos negativos e maior prevalência de depressão (Diener et al., 1999). Apesar disto, outros estudos revelam que as mulheres experienciam, em simultâneo, emoções positivas

e negativas que se equilibram e originam níveis de bem-estar global semelhante ao dos homens (Lee et al., 1991).

As condições de saúde estão associadas bidireccionalmente ao BES, sendo necessária a satisfação do domínio da saúde para que o BES se mantenha estável ou aumente. Este é colocado em causa quando a pessoa se encontra doente (Steptoe et al., 2015). Assim é possível encontrar associado a pior saúde um menor bem-estar (Diehl & Wahl, 2010).

A pandemia COVID-19 pode ser considerada stressante, uma vez que coloca em causa os níveis do BES, havendo estudos que demonstram uma deterioração substancial no BES como resultado desta (Stefan Foa et al., 2020).

A COVID-19 é uma doença provocada pelo coronavírus SARS-COV2 que consoante a gravidade pode apresentar sinais e sintomas que variam desde febre, tosse e dores musculares até pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte. Esta sintomatologia variada resulta em tratamentos variados, e possivelmente em diferentes impactos no BES. Quando o sujeito não tem sintomas, mas o teste é positivo é considerado doente, portanto deve permanecer em casa, cumprindo o isolamento social. Quando o individuo apresenta sintomas mais graves o tratamento da infeção é sintomático, isto é, é dirigido aos sinais e sintomas que os doentes apresentam. Nos casos mais graves ou onde há um agravamento dos sintomas o paciente é transferido para os cuidados intensivos (<https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/> consultado em 28/07/2021). Em Portugal o número de casos confirmados até a data ultrapassa os 2 milhões sendo o número de óbitos superior a 19 mil (<https://coronavirus.rr.sapo.pt/> consultado em 02/02/2022.).

Relacionado positivamente com o BES temos o Suporte Social, havendo um consenso geral desta relação (Cohen et al., 2000, Okun et al., 1984). Alguns autores sugerem que o suporte social é *necessário* para o BES (Baumeister e Leary, 1995, Diener e Oishi, 2003). Acredita-se que a suporte social promova o BES influenciando emoções, cognições e comportamentos estando assim associado à componente cognitiva deste. O suporte social define-se pela existência, quantidade e estruturação de relações sociais do indivíduo e é visto como um recurso essencial para lidar com as situações de stress, sendo conhecido como um promotor do BES (Cohen et al., 2000). O SS trata-se de um conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e também psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais. As relações sociais, quando baseados

na reciprocidade e solidariedade, podem proporcionar confiança e influenciar o bem-estar global a saúde psíquica e física das pessoas (Nogueira, 2001). O suporte social advindo da família, de uma relação íntima e dos amigos pode amenizar os efeitos do stress na vida (Ramos, 2002). A interação e as atividades de grupos com pessoas da própria geração e com experiências semelhantes favorecem o BES do indivíduo (Resende, 2004). Estudos mostram que a família pode desempenhar um papel ativo na co-construção do que significa viver durante uma pandemia e pode fornecer suporte durante as experiências de perda (Fioretti et al, 2020). O suporte social desempenha um papel fundamental no BES, contudo para prevenir a disseminação da COVID-19 o distanciamento social é essencial, o que acarreta influências negativas para o suporte social e conseqüentemente para o BES (Saltzman et al., 2020).

Também o coping está correlacionado com o suporte social e o BES (Folkman & Lazarus, 1984). O *coping* tem sido definido como um fator estabilizador, por outras palavras, é algo que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se enfrenta situações ou momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987).

Os esforços, cognitivos e comportamentais, realizados pelos indivíduos para lidarem com desafios específicos, internos ou externos, e que podem apresentar exigências que excedem os seus recursos usuais, são conhecidos pelo termo *coping*. (Folkman & Lazarus, 1984). A avaliação cognitiva da transação entre o indivíduo e o ambiente envolve dois processos distintos, mas que se relacionam entre si: a avaliação cognitiva primária onde a pessoa avalia se o acontecimento (1) é ou não importante para si tendo por base o que já vivenciou, (2) as crenças pessoais sobre si e sobre o mundo, (3) a natureza e a duração da situação que causa stress e (4) a possibilidade e qualidade da existência de suporte social. Como resultado desta avaliação primária, é determinado se a situação de stress representa uma ameaça/perda ou um desafio/benefício (Lazarus, 2000). Já na avaliação cognitiva secundária, o indivíduo avalia os recursos e as estratégias de *coping* que pensa ter para lidar com a situação causadora de stress. Lazarus e Folkman (1984) sugerem estratégias centradas no problema, em que os objetivos passam por alterar a atual relação entre o indivíduo e o ambiente, analisar o que é preciso fazer para solucionar o problema e utilizar comportamentos e ações para a resolução do problema. E estratégias centradas na emoção que objetivam lidar com o mal-estar resultante da atual relação entre o indivíduo e o ambiente e mudar o significado do que está ou pode vir a acontecer. A utilização destas estratégias associa-se por norma ao aumento do BES

durante a pandemia, uma vez que envolvem formas construtivas de lidar com os stressores (Zacher & Rudolph, 2021).

As pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes consoante a situação. Geralmente não usam uma ou outra estratégia de *coping*, tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes. É de salientar que não há uma melhor ou pior que a outra, as primeiras (focadas no problema) podem ser melhores quando as circunstâncias são controláveis, por sua vez as segundas funcionam melhor quando as situações são incontroláveis (focadas na emoção) (Petersson, 2003).

Têm sido descritas várias estratégias de coping (Carver et al., 1989): *coping* ativo (traduz-se em iniciar-se uma ação ou fazer esforços, de forma a remover/conter o stressor), planear (traduz-se em pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor e planear os esforços de *coping* ativos), utilizar suporte instrumental (traduz-se em procurar ajuda, informações, ou conselhos acerca do que fazer), utilizar suporte social emocional (traduz-se em conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém), religião (traduz-se no aumento da participação em atividades religiosas), reinterpretação positiva (traduz-se em aproveitar o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável), auto culpabilização (traduz-se em culpabilizar e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu), aceitação (passa por aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real), expressão de sentimentos (passa por um aumento da consciência do stress emocional pessoal e tendência para exprimir/descarregar esses sentimentos), negação (traduz-se na tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante), auto distração (traduz-se num desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir), desinvestimento comportamental (passa por desistir, ou deixar de se esforçar para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir), uso de substâncias (passa pelo uso do álcool ou outras drogas) e o humor (que se traduz em fazer piadas sobre o stressor) (cf. Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

As estratégias auto distração, auto culpabilização, expressão de sentimentos, desinvestimento comportamental, negação, reinterpretação positiva e o uso de substâncias são consideradas estratégias de *coping* focado na emoção. Já as estratégias *coping* ativo, planear, aceitação, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião e o humor são consideradas estratégias de *coping* focado no problema (Klein et al., 2007).

Assim o presente estudo tem como objetivo geral explorar os determinantes do BES de entre várias estratégias de *coping* e o suporte social em duas condições: a) não ter sido infetado pela SARS-COV2; b) ter sido infetado ficando de quarentena em casa. Os objetivos específicos deste estudo passam por (a) descrever e analisar as 2 dimensões do BES nos indivíduos entre os 40 e os 64 anos; (b) descrever as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes; (c) descrever os níveis de satisfação com o suporte social dos participantes; (d) descrever o número de participantes que foram infetados pela SARS-COV2; (e) descrever as associações entre as diferentes dimensões do BES e as diferentes estratégias de *coping* e o suporte social nas duas condições face ao COVID-19; f) construir modelos preditivos do BES nas duas condições.

Tendo em consideração a revisão de literatura acabada de fazer sobre as relações entre BES, *coping* e pandemia COVID-19 o presente estudo será orientado pelas seguintes hipóteses: (a) O BES está negativamente associado a ter tido a infeção por SARS-COV-2; (b) O coping ativo, o planear, o suporte instrumental, o suporte social, a religião, a reinterpretação positiva, a aceitação, a auto distração e o humor relacionam-se positivamente com o BES; (c) O suporte social relaciona-se positivamente com o BES; (d) A auto culpabilização, a negação, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias relacionam-se negativamente com o BES; (e) Os homens apresentam valores de BES superior ao das mulheres; (f) O aumento da idade relaciona-se positivamente com o BES; (g) Há diferenças no suporte social entre quem teve e quem não teve a infeção por SARS-COV2; (h) Existe um efeito de moderação na utilização das estratégias de *coping*, entre a relação do BES com o suporte social.

Método

Participantes

Os participantes deste estudo foram recrutados através da difusão de um link na rede social Facebook, via E-mail e através de mensagem privada no Messenger para os contactos do investigador principal. O presente estudo constitui-se com uma amostra de 100 participantes, sendo que 71 (70.0%) são do sexo feminino e 28 (28.0%) do sexo masculino e 1 que refere preferir não dizer, com idades compreendidas entre os 40 e os 64, média de 49.57 anos (DP=6.051). Dos participantes 6 revelaram ter o ensino primário completo, 23 completaram o 2º ciclo, 20 completaram o 3º ciclo, 25 tem o ensino secundário e 26 completaram o ensino superior. 91 dos participantes vivem em Portugal, 1 vive na Suíça, 4 na França, 3 no Brasil e 1 vive na Alemanha.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Através deste questionário obtivemos informações como o sexo, a idade, as habilitações literárias e o país onde vivem os participantes. Aqui os participantes foram ainda questionados sobre se já haviam sido infetados pela SARS-COV-2, se sim, como foi a recuperação da infeção e qual o grau de certeza de já ter infetado alguém com a SARS-COV-2.

Escala CASP-13

Esta escala mede o bem-estar subjetivo avaliando-o nos domínios do Controlo, Autonomia, Autorrealização e Prazer através de 13 itens. Cada item é pontuado numa escala tipo *Likert*, variando entre “Discordo totalmente”, cotado com 0 até “Concordo totalmente”, cotado com 4, à exceção dos itens 1,2,4 e 7 que são cotados de forma inversa. Valores mais elevados são representativos de maior bem-estar e qualidade de vida, sendo que a escala varia entre os valores 0 e 39, onde 0 significa total ausência de bem-estar e qualidade de vida e 39 completa satisfação em todos os domínios. Apresenta um *alfa de Cronbach* de .84 (Monteiro, 2019).

Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)

A ESSS (Pais Ribeiro, 1999) foi utilizada para medir o suporte social, nas dimensões Amizade, Intimidade, Família e Atividades Sociais. É constituída por 15 itens onde os participantes deviam assinalar o grau em que concordavam com cada uma das afirmações, utilizando uma escala de *Likert* que varia entre, “concordo totalmente»” (cotado com 1 ponto), “concordo na maior parte” (cotado com 2), “não concordo nem discordo” (cotado com 3), “discordo na maior parte do tempo” (cotado com 4) e “discordo totalmente” (cotado com 5 pontos). São exceção os itens que devem ser cotados de forma invertida: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15. Como referido acima, a ESSS avalia quatro dimensões ou fatores. O primeiro fator, denominado “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades que o indivíduo tem (exemplo de um item: 15 - “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”) e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a perceção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6 - “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro fator, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9 - “Estou satisfeito com a

forma como me relaciono com a minha família”). Inclui três itens (9, 10, 11). O último fator, denominado “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7- “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”) e inclui três itens (2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada fator resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos fatores. A nota total da escala pode variar entre 15 (15×1) e 75 (15×5), sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários. Ou seja, todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitária. Para encontrar a pontuação de cada dimensão/subescala ou a pontuação total, devem-se somar os itens que a constituem. Dado que o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão também o são (“SA” - pontuação máxima = 25, “IN” - pontuação máxima = 20, “SF” - pontuação máxima = 15, “AS” - pontuação máxima = 15) (Pais-Ribeiro, 1999b; 2011).

Brief COPE

O *Brief COPE* permitiu descrever quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes. A versão portuguesa do *Brief COPE* foi adaptada e validada por Pais Ribeiro & Rodrigues (2004), esta versão inclui 14 escalas do COPE que são: o *coping* ativo, o planejar, o utilizar suporte instrumental, o utilizar suporte social emocional, a religião, a reinterpretção positiva, a auto culpabilização, a aceitação, a expressão de sentimentos, a negação, a auto distração, o desinvestimento comportamental, o uso de substâncias e o humor. É constituída por 28 perguntas de resposta numa escala de tipo *Likert* de 4 opções (pontuadas de 0 – “Eu nunca faço isto” a 3 - “Eu faço sempre isto”). O *Brief COPE* pode ser apresentado de formas distintas, sendo que neste estudo foi exposto de forma a compreender como lidam os participantes com as adversidades. O resultado é apresentado sob a forma de perfil, não havendo uma classificação, nem total nem parcial. Tendo em conta que cada escala apresenta apenas 2 itens, o estudo de consistência interna com recurso ao *alfa de Cronbach* mostra valores adequados, sendo que o valor para a escala Aceitação: *alfa de Cronbach* = 0.55 apresenta-se como o menor, e o valor para a escala Expressão de sentimentos: *alfa de Cronbach* = 0.84 como o maior (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Procedimento

Inicialmente, foi redigido o pedido de aprovação do projeto para a Comissão de Ética da Universidade do Minho, que recebeu aprovação (ver anexo). Após a aprovação foram enviados pedidos a solicitar a colaboração na disseminação do link do estudo em alguns grupos na rede social Facebook. Estes grupos têm como tema principal a COVID-19, serviram e servem ainda para apoiar, conversar e dar a conhecer algumas ideias sobre a COVID-19. São grupos em que eram partilhadas desde as experiências dos indivíduos aquando a sua infeção até quantos dias de isolamento eram feitos àquela data, número de infetados em Portugal, número de mortos pela infeção por SARS-COV2 e medidas preventivas de controlo da infeção. Estes pedidos foram aceites e o link do estudo foi partilhado o que permitiu recolher questionários a participantes da comunidade. Foi-lhes pedido que divulgassem com os seus conhecidos o estudo e que os incentivassem a participar no mesmo, possibilitando assim que a palavra fosse passada a outros participantes através do método *snowball sampling*. Como forma de chegar a mais utilizadores a amostra foi recolhida junto de elementos da comunidade, exclusivamente em formato de questionário online elaborado na plataforma *Qualtrics*. O estudo foi partilhado não só em grupos no Facebook, mas também via e-mail para juntas de freguesia, centros paroquiais e o banco de voluntários de Barcelos. Por último, e de forma a chegar a mais participantes o link do questionário foi também partilhado via Messenger para os contactos da investigadora principal.

Após a solicitação da autorização esclarecida e informada para a participação na investigação através do consentimento informado, que assume uma explicação do que pretendíamos fazer, o modo como seria feito, as razões e uma compreensão por parte do participante, os indivíduos procederam ao preenchimento dos quatro instrumentos usados no estudo, pela seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, CASP-13, ESSS e *Brief COPE*. A duração média da participação variou entre 15 a 30 minutos.

Procedimentos de seleção dos participantes

Este estudo tinha 2 critérios, os participantes teriam que ter idade entre os 40 e os 65 e compreender e escrever a língua portuguesa. Numa fase inicial todos aqueles que não correspondiam a estes critérios foram retirados da base de dados que estava a ser trabalhada. Numa segunda fase foram também retirados os participantes que não responderam de forma completa ao questionário, deixando escalas completas por responder.

Estratégia da análise de dados

No que diz respeito ao procedimento das análises estatísticas, estas foram realizadas através do programa estatístico IBM SPSS, versão 28.0. Efetuaram-se vários tipos de análises: Análise fatorial confirmatória; Análise descritiva; Testes de diferenças; Correlações; regressão múltipla e Moderação.

Após a realização das análises descritivas que tiveram como objetivo revelar os resultados dos dados sociodemográficos e as prevalências de cada uma das medidas os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos não se verificaram. Porém, devido à dimensão da amostra (N=100) foram utilizados testes paramétricos uma vez que a violação da suposição de normalidade não deve causar grandes problemas. Isto porque a distribuição amostral em grandes amostras (> 30 ou 40) tende a ser normal, independentemente da forma dos dados (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

Resultados

Iremos apresentar os resultados seguindo a sequência de hipóteses anteriormente formulada.

Descrição das pontuações de bem-estar subjetivo (BES)

No que diz respeito ao BES (CASP-13) quisemos contrastar os nossos valores com os de Monteiro (2019). Observamos que, em média, os valores de BES presentes no estudo de Monteiro (2019) são superiores aos valores do presente estudo ($t(185.927)=12.428$, $p=.000$). Especificamente, há diferenças significativas nas diferentes dimensões controlo $t(206.356)=-3.277$, $p<0.001$, autonomia $t(195.289)=13.126$, $p=.000$, autorrealização $t(216.828)=20.962$, $p=.000$ e prazer $t(217.210)=14.900$, $p=.000$.

Tabela 1:

Descrição das pontuações de bem-estar subjetivo (CASP-13)

	Mín/Máx Presente estudo	Mín/Máx Monteiro (2019)	M/DP Presente estudo	M/DP Monteiro (2019)	p	Assimetria Presente estudo	Assimetria Monteiro (2019)
CASP-13	10/27	9/39	17,44/3.52	26.33/6.85	.000	.19	-.31
CASP-13 Controlo	3/12	0/12	7.60/2.17	6.36/3.41	.001	.21	-.28
CASP-13 Autonomia	1/6	1/9	3.69/1.13	6.50/2.00	.000	.26	-.62
CASP13 Autorrealização	0/6	2/9	3.00/1.46	7.32/1.60	.000	-.24	-.85
CASP-13 Prazer	0/6	1/9	3.15/1.28	6.14/1.70	.000	-.11	-.37

Descrição das estratégias de *coping*

Apresenta-se na tabela 2 a descrição das estratégias de *coping* usadas pelos participantes da nossa amostra e contrastámo-las com os resultados do estudo de Gomes et al. (2013). Estes resultados servem para apreciar as pontuações de *coping* da nossa amostra, mas devem ser vistas com cautela devido a que a estrutura fatorial da medida que usamos ter algumas diferenças com a medida usada por Gomes et al. (2013). As pontuações nas estratégias de *coping* são mais elevadas na nossa amostra

Tabela 2:

Descrição das estratégias de *coping* (Brief COPE)

Presente estudo	Mín/Má x	M/DP	p	Estudo de Gomes et al. 2013	Mín/Má x	M/DP
Brief COPE				Brief COPE		
C_ Ativo	4/13	8.71/1.70	.000	Coping ativo	2/8	5.41/1.43
				Planeamento	2/8	5.55/1.61
				Descomprometimento comportamental	2/6	2.79/1.08
C_ Suporte	4/11	9.06/1.18		Uso de suporte instrumental	2/8	4.58/1.51
				Uso de suporte emocional	2/8	4.47/1.48
C_ Culpa	0/7	2.71/1.46		Culpabilização	2/8	3.85/1.44
				Negação	2/8	3.04/1.313
C_ Humor	0/5	2.18/1.23	.000	Humor	2/8	4.11/1.66
C_ Religião	0/6	2.47/1.62	.000	Religião	2/8	3.61/1.71
C_ Reinterpretação Positiva	2/6	3.99/0.64	.000	Reinterpretação Positiva	2/8	4.93/1.49

C_ Expressão de Sentimentos	2/6	3.85/0.64	.000	Expressão de Sentimentos	2/8	4.54/1.40
C_ Auto distração	0/6	2.22/1.12	.000	Auto distração	2/8	4.94/1.59
C_ Aceitação	0/6	2.24/1.38	.000	Aceitação	2/8	5.06/1.38
				Uso de substâncias	2/6	2.14/.54

Descrição dos níveis satisfação com o suporte social

Na tabela 3 encontramos a descrição dos níveis de satisfação com o suporte social dos participantes da nossa amostra e contrastámo-las com os do estudo de Santos et al. (2003). Observamos que, em média, os níveis de satisfação com o suporte social presentes no estudo de Santos et al. (2003) são superiores aos valores do presente estudo [$t(151.397)= 13.333, p= .000$]. Especificamente, há diferenças significativas nas diferentes dimensões intimidade $t(483.000)= 63.621, p=.000$, atividades sociais $t(476.839)=35.981, p=.000$, amigos $t(460.728)=79.341, p=.000$ e família $t(450.723)=65.769, p=.000$.

Tabela 3:

Descrição dos níveis de satisfação com o suporte social (ESSS)

	Mín/Máx Presente estudo	M/DP Presente estudo	<i>p</i>	M/DP Estudo de Santos et al. 2003
ESSS	22/66	43.53/9.13	.000	57.12/8.89
ESSS_Intimidade	1.00/4.50	3.14/.87	.000	15.36/3.36
ESSS_Atividades Sociais	1 /5	2.74/.87	.000	8.99/2.95
ESSS_Amigos	.80/4.20	2.83/.73	.000	19.82/3.95
ESSS_Família	.33/4	2.87/.86	.000	12.98/2.50

Bem-estar subjetivo e a infecção por COVID-19

O BES dos participantes não pareceu condicionado pela existência de infecção pelo COVID-19, tanto na pontuação global de bem-estar ($t(98) = .448$) como na comparação entre cada uma das dimensões do bem-estar.

Tabela 4:

Bem-estar subjetivo e infecção por COVID-19

	Infecção por COVID-19		t(98), Sig
	Sim N = 25	Não N = 75	
CASP-13 (M/DP)	17.36/3.41	17.46/3.58	-.130, p= .448
CASP-13_Controlo (M/DP)	7.16/2.27	7.74/2.13	-1.173, p= .122
CASP-13_Prazer	3.16/1.34	3.15/1.27	.045, p=.482
CASP-13_Autorealização	3.32/1.73	2.89/1.35	1.272, p= .103
CASP-13_Autonomia	3.72/1.17	3.68/1.13	.152, p= .440

Análise fatorial confirmatória

Por forma a confirmar a estrutura fatorial do *Brief COPE* na nossa amostra realizamos uma análise fatorial confirmatória. E isso levou-nos a obter uma estrutura de *coping* com nove fatores ao invés dos 14 da escala original. Assim, o “*coping* ativo” passou a contar com os itens do fator “planear” e do fator “Desinvestimento comportamental” da escala original, sendo dado o nome de “Ativo” a este novo fator. Surge um fator, ao qual chamamos de “Suporte”, uma vez que inclui todos os itens do fator “Utilizar suporte instrumental” e do fator “Utilizar suporte social emocional”. Por fim, temos um fator que agrupa os itens do fator “Negação” e um dos itens do fator “Auto culpabilização”, que foi chamado de “Negação e Culpa”. Os restantes fatores mantiveram-se tal como na escala original (tabela 3). O *fit* do modelo de 9 fatores foi avaliado, seguindo as recomendações de Brown (2006), sendo assim avaliado por 3 indicadores: um indicador de *fit* absoluto (*Standardized Root Mean Square Residual* ou *SRMR*), um indicador de *fit* ajustado à parcimónia do modelo (*Root Mean Square Error of Approximation* ou *RMSEA*) e um indicador de *fit* incremental (*Comparative Fit Index* ou *CFI*). Por ser usual, também foi

calculado o $\chi^2/d.f.$ (qui-quadrado/graus de liberdade). O modelo, cujos coeficientes de regressão estandardizados podem ser consultados na Figura 1, apresenta um *fit* adequado, $\chi^2=296.118$, $df=239$, $p <.001$, $CFI=.920$; $RMSEA= .049$; $SRMR=.0852$. As correlações interfator, indicadores de validade discriminante, apresentam valores aceitáveis (Figura 1). Ao nível da consistência interna, o total da escala apresenta boa consistência interna (*alfa de Cronbach* = .766). Para avaliar a consistência interna das 9 subescalas foi utilizada a Confiabilidade Composta (*Composite Reliability* ou CR), tal como sugerido por Hair et al. (2014). As 9 subescalas apresentam valores aceitáveis de consistência interna (EC. Ativo - CR = .874; EC. Suporte -CR = .921; EC. Religião - CR = .911; EC. Reinterpretação positiva - CR = .957; EC. Negação e Culpa - CR = .968; EC. Expressão de Sentimentos - CR = .894; EC. Auto distração - CR = .731; EC. Aceitação - CR = .852; EC. Humor - CR = .784).

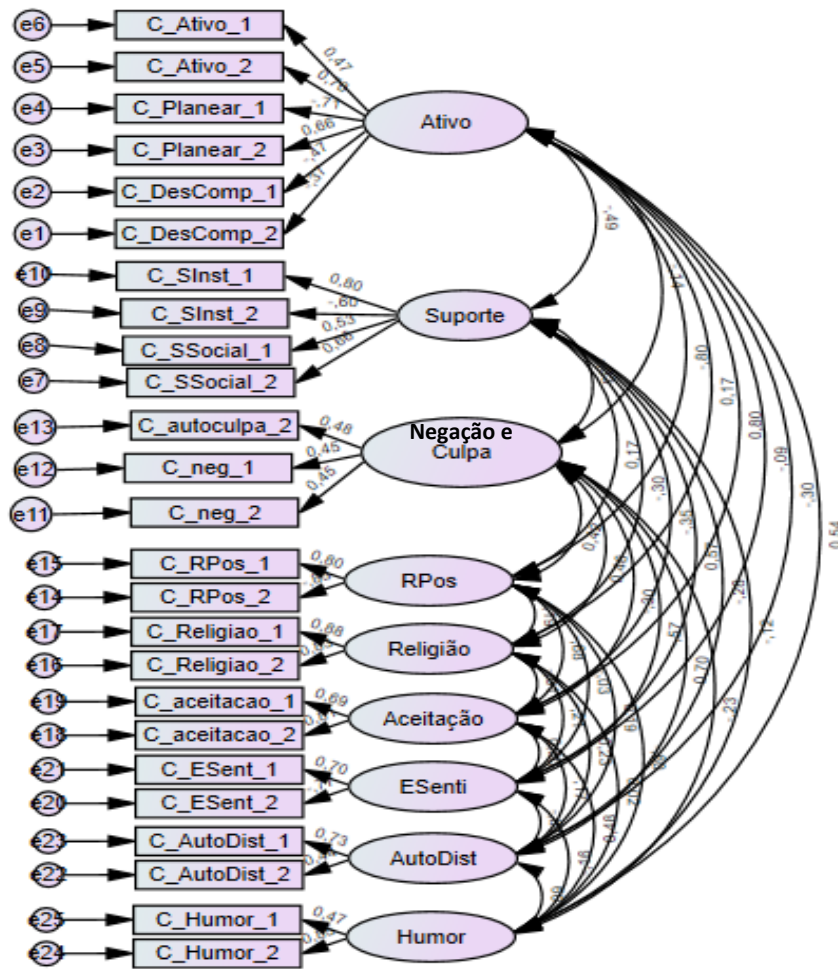
Tabela 5:

Itens de cada fator do modelo do *BriefCOPE* resultado da AFC

Fator	Itens
Ativo	<i>Coping</i> Ativo 1 Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.
	<i>Coping</i> Ativo 2 Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).
	Planear 1 Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.
	Planear 2 Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.
	Desinvestimento Comportamental 1 Desisto de me esforçar para obter o que quero.
	Desinvestimento Comportamental 1 Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo.
Suporte	Utilizar suporte instrumental 1 Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.
	Utilizar suporte instrumental 2 Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.

	Utilizar suporte social emocional 1	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).
	Utilizar suporte social emocional 2	Procuo o conforto e compreensão de alguém
Negação e Culpa	Negação 1	Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”.
	Negação 2	Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.
	Auto culpabilização 2	Culpo-me pelo que está a acontecer.
Religião	Religião 1	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.
	Religião 2	Rezo ou medito.
Reinterpretação Positiva	Reinterpretação Positiva 1	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva
	Reinterpretação Positiva 2	Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.
Expressão de Sentimentos	Expressão de Sentimentos 1	Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções).
	Expressão de Sentimentos 2	Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.
Auto distração	Auto distração 1	Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.
	Auto distração 2	Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.
Aceitação	Aceitação 1	Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.
	Aceitação 2	Tento aprender a viver com a situação.
Humor	Humor 1	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.
	Humor 2	Enfrento a situação com sentido de humor.

Figura 1 - Coeficientes de regressão estandardizados do modelo de 9 fatores testado na AFC



Bem-estar subjetivo e as estratégias de *coping*

A tabela 6 mostra as correlações entre as diferentes estratégias de *coping* e o BES. Percebemos que a estratégia de *coping* culpa e a reinterpretação positiva apresentam correlações significativas com o BES. Sendo que, a estratégia de *coping* reinterpretação positiva apresenta uma correlação positiva ($r = .239, p = .017$), e a estratégia de *coping* culpa uma correlação negativa ($r = -.244, p = .014$).

Tabela 6:

Correlações entre o bem-estar subjetivo (casp-13) e as estratégias de *coping* (Brief COPE)

	CAS P- 13	C_At ivo	C_Sup orte	C_Cu lpa	C_hu mor	C_reli gião	C_Rpos itiva	C_Esenti mentos	C_Autodis tração	C_Aceit ação
CASP-13	1									
C_Ativo	0,0 28	1								
C_Suporte	- 0,0 53	- 0,18 3	1							
C_Culpa	- ,24 4*	,210 *	-,254*	1						
C_humor	0,0 28	0,14 1	-0,007	- 0,11 7	1					
C_religião	0,0 29	0,12 7	0,012	,285* *	- 0,007	1				
C_Rpositi va	0,1 40	0,07 1	0,107	- 0,03 5	0,066	- 0,034	1			
C_Esentim entos	- 0,0 24	0,14 5	0,172	0,01 8	0,085	0,020	0,070	1		
C_Autodis tração	- 0,1 28	,247 *	-0,171	,307* *	0,008	0,166	0,045	0,160	1	
C_Aceitaç ão	0,1 80	,254 *	-0,177	- 0,15 6	,336**	- 0,042	0,173	-0,073	-0,087	1

Nota: **p < .01; *p < .05

Para perceber quais as estratégias de *coping* que melhor predizem o BES foi utilizada uma regressão linear múltipla. Foi encontrada uma equação de regressão significativa ($F(2, 97) = -8.067, p = .001$), com um R^2 de .143. Os níveis de BES preditos são iguais a $34.517 - .716$ (EC. "Negação e culpa") + $.747$ (EC. " Reinterpretação positiva"). O BES diminui em $.716$ por cada aumento de 1 ponto na estratégias de *coping* "Negação e culpa" ($t(97) = -2.405, p = .018$) e aumenta $.747$ por cada ponto estratégias de *coping* "Reinterpretação positiva" ($t(97) = 2.586, p = .011$).

Tabela 7:

Estratégias de *coping* como predictoras de bem-estar subjetivo

	β	t	R^2
	34.517	13.332***	.143
Negação e Culpa	-.716	-2.405	

Reinterpretação Positiva .747 2.586

Nota: **p < .01; *p < .05

Bem-estar subjetivo e a satisfação com o Suporte Social

A tabela 8 mostra as correlações entre o BES e o Suporte Social. Estas correlações são significativas quando falamos do domínio da autorrealização (BES) em todas as subescalas do suporte social, a intimidade ($r = .624, p < .01$), os amigos ($r = .546, p < .01$), a família ($r = .518, p < .01$), e as atividades sociais ($r = .263, p < .01$). Quando falamos do domínio do prazer (BES) este apresenta correlações significativas com a subescala da intimidade ($r = .456, p < .01$), dos amigos ($r = .540, p < .01$) e da família ($r = .466, p < .01$).

Tabela 8:
Correlações entre o bem-estar subjetivo (CASP-13) e a satisfação com o suporte social (ESSS)

	CA SP - 13	BES_C ontrol o	BES_Aut onomia	BES_Autor ealização	BES_ Praze r	ES SS	ESSS_int imidade	ESSS_a tiv_soc	ESSS_a migos	ESSS_f amilia
CASP-13	1									
CASP-13_Contr olo	,53 9**	1								
CASP-13_Au tonomia	,56 3**	0,064	1							
CASP-13_Au tor ealização	,60 2**	-0,166	,232*	1						
CASP-13_Pra ze r	,65 4**	-0,080	,289**	,595**	1					
ESSS	,41 5**	-0,177	0,116	,678**	,566**	1				
ESSS_inti midade	,31 5**	-0,151	-0,048	,624**	,456**	,8 39 **	1			
ESSS_ativ _soc	0,1 36	-0,112	0,123	,263**	0,155	,5 89 **	,353**	1		
ESSS_ami gos	,36 7**	-0,159	0,133	,546**	,540**	,8 57 **	,648**	,353**	1	
ESSS_fam ilia	,38 5**	-0,084	0,165	,518**	,466**	,5 95 **	,342**	0,097	,384**	1

Nota: **p < .01; *p < .05

Bem-estar subjetivo e género

Parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino (M= 18.61; SD= 3.41) e os participantes do género feminino (M= 16.99; SD= 3.50) ao nível do BES. As diferenças são estatisticamente significativas no domínio da autorrealização (BES), $t(97) = 2.631$, $p < .01$.

Tabela 9:

Diferenças no Bem-estar subjetivo (CASP-13) entre homens e mulheres

	Género		t (97)
	Feminino	Masculino	
	N=71	N=28	
CASP-13 (M/DP)	16.99/3.50	18.61/3.41	2.087*
CASP-13_Controlo(M/DP)	7.47/2.14	7.86/2.28	.850
CASP-13_Autonomia(M/DP)	3.70/1.18	3.64/1.06	-.240
CASP-13_Autorealização(M/DP)	2.77/1.53	3.60/1.07	2.631**
CASP-13_Prazer(M/DP)	3.03/1.28	3.46/1.29	1.527

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Bem-estar subjetivo e a idade

De forma a facilitar a análise as idades foram agrupadas em 2 grades grupos, como é descrito na tabela 10. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idade nos domínios do controlo $t(98) = -3.543$, $p < .01$, autonomia $t(98) = -2.344$, $p < .05$ e prazer $t(98) = -1.855$, $p < .05$ referentes ao BES (CASP-13).

Tabela 10:

Diferenças no Bem-estar subjetivo (CASP-13) entre dois grupos de idade

	Grupo dos 40 aos 52 anos	Grupo dos 53 aos 64 anos	t (98)
	N=67	N=33	
CASP-13 (M/DP)	16.48/2.95	19.39/3.83	-4.208**
CASP-13_Controlo(M/DP)	7.09/2.07	8.64/2.03	-3.543**
CASP-13_Autonomia(M/DP)	3.51/1.02	4.06/1.27	-2.344*
CASP-13_Autorealização(M/DP)	2.89/1.42	3.21/1.54	-1.022
CASP-13_Prazer(M/DP)	2.99/1.30	3.48/1.20	-1.855*

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Satisfação com o Suporte Social e infeção por SARS-COV2

A tabela 11 mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do suporte social entre quem teve e quem não teve a infeção por SARS-COV2.

Aparentemente os níveis de satisfação com o suporte social não são diferentes em nenhuma das subescalas.

Tabela 11:

Satisfação com o suporte social (ESSS) e infecção por SARS-COV2

	Infecção por SARS-COV2		t (98)
	Sim	Não	
Suporte Social (M/DP)	44.44/9.62	43.2/9.00	.574, p = .284
SS_intimidade(M/DP)	3.21/.86	3.11/.88	.478, p = .317
SS atividades sociais(M/DP)	2.95/.94	2.68/.84	1.354, p = .089
SS amigos(M/DP)	2.91/.82	2.80/.70	.663, p = .254
SS família	2.73/1.02	2.91/.81	-.915, p = .181

Efeito de moderação

A estratégia de *coping* “Reinterpretação positiva” deixa de ser significativa como preditora de BES quando junta com o suporte social, ou seja, quando temos o suporte social e a estratégia de *coping* juntos a tentar prever o BES o suporte social é um preditor significativo, mas a estratégia de *coping* deixa de o ser. O efeito desta estratégia também não é significativo. A estratégia de *coping* “Negação e culpa” modera a relação entre o suporte social e o BES. As pessoas que usam pouco a estratégia “Negação e culpa” aumentam o BES em .15 por cada ponto no suporte social, as que usam esta estratégia de forma média aumentam o BES em .23 por cada ponto no suporte social, já as pessoas que usam muito esta estratégia por cada ponto no suporte social aumentam em .31 o BES. Isto diz-nos que o efeito duplicou, o que significa que o suporte social aumenta o BES especialmente nas pessoas que utilizam poucas vezes a estratégia de *coping* “Negação e culpa”, uma vez que esta tem um efeito de moderação com sinal negativo. Tendo em conta a moderação a variância explicada aumentou (R^2), o que significa que a moderação nos permite explicar mais do que conhecíamos. A estratégia de *coping* “Negação e culpa” magnifica o efeito do suporte social no BES.

Tabela 12:

Efeito de moderação das estratégias de *coping* na relação entre o bem-estar subjetivo e o suporte social

	Bem-estar subjetivo	
	Passo 1	Passo 2

Suporte Social (SS)	.227	.230
Estratégias de Coping		
Negação e Culpa (NC)	-.605**	-.581***
Reinterpretação positiva (RP)	.272	.238
SS × C	-	.058*
SS × RP	-	-.003
R ²	.326	.362
F	15.504***	10.688***

Nota: * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo dar um contributo para a discussão dos determinantes do BES: No nosso estudo esses determinantes eram a infeção por SARS-COV2, o suporte social e estratégias de *coping*.

Ao nível dos níveis de BES encontrados e quando os contrastamos com os dados de uma outra amostra de adultos idosos que também usou o CASP-13 (Monteiro, 2019), verificamos que temos pontuações mais baixas. O facto de vários estudos apontarem um aumento do BES com a idade pode justificar estes valores. Carstensen (2011), por exemplo, constata um aumento da experiência emocional positiva (relato de mais emoções positivas do que negativas) e maior complexidade da experiência emocional (relato tanto de emoções positivas como negativas no mesmo episódio) até cerca dos 70 anos num estudo longitudinal de 10 anos. Seria de esperar que os níveis de BES diminuíssem com a idade, devido às perdas associadas (e.g., viuvez, perda de outros significativos), contudo este facto não se verifica, quer na população em geral, quer nos idosos. Isto pode ser explicado pressupondo que os indivíduos, ao longo do tempo vão organizando as suas relações e ambientes e se vão preparando para o percurso natural da vida de forma a maximizar as emoções positivas e a minimizar as negativas, o que resulta numa melhoria do BES (Simões et al., 2000),

Os níveis de BES não foram condicionados pela presença da infeção do COVID-19. É possível encontrar na literatura resultados congruentes com estes, como é o caso do estudo de Lau et al. (2008) com uma amostra composta por adultos (35 aos 64 anos) e

adultos idosos (65 ou + anos) que viviam nos distritos com maior incidência de infecção por SARS, em Hong Kong e mantiveram os seus níveis de BES. Ao contrário do que era esperado, uma vez que as condições de saúde estão associadas ao BES (Steptoe et al., 2015). Tal pode ser explicado pela teoria da Homeostase do BES (Cummins & Lau, 2004), que propõe que as pessoas, geralmente são psicologicamente resilientes porque o seu BES é mantido dentro de um intervalo homeostático. Essa resiliência prevê que, mesmo que o BES caia em circunstâncias desafiadoras, como o caso da COVID-19, ele normalmente voltará ao seu nível anterior (Suh et al., 1996).

Sobre a relação do BES com a variável gênero a nossa hipótese foi confirmada: o gênero masculino apresenta, em média, valores de BES superiores aos do gênero feminino. O gênero feminino apresenta-se como o que experiencia mais afetos negativos e maior prevalência de depressão (Diener et al., 1999), relatando um BES menor por comparação ao gênero masculino tal como é relatado no estudo de Mónico et al. 2012. Existem vários fatores que podem influenciar estas diferenças, tais como: fatores biológicos (Riley et al., 1998), a maior prevalência de patologia depressiva e ansiosa (Linzer et al., 1996) e o designado paradoxo do BES, que afirma que o gênero feminino tem mais experiências, em frequência e intensidade, de emoções positivas e negativas. Assim, as emoções positivas mais intensas equilibram as emoções negativas fortes, o que resulta em níveis de BES não muito diferentes dos do gênero masculino (Simões et al., 2000).

A realização de uma análise fatorial confirmatória do *Brief COPE* mostrou-se uma estratégia adequada visto que encontramos uma estrutura fatorial diferente da original. Na nossa amostra parece emergir uma nova conceção de *coping* ativo que engloba o planeamento e o desinvestimento comportamental. Sobretudo esta última ao aparecer associada às outras dimensões parece querer significar que o desinvestimento comportamental pode ser encarado como uma estratégia ativa de *coping* . Por seu lado a auto culpabilização ao aparecer intimamente associada à negação levou-nos a fazer uma transformação da dimensão “Auto culpabilização” numa nova dimensão chamada “Negação e Culpa”, onde apenas se manteve um dos dois itens iniciais da auto culpabilização. Não encontramos a dimensão “Uso de Substâncias”.

Para dar algum sentido à descrição do *coping* na nossa amostra comparamo-la com a descrição feita por Gomes et al. (2014) numa amostra de enfermeiros que trabalhavam em serviços oncológicos. A superioridade do “ *coping* ativo” na nossa amostra conjugada

com a sua menor pontuação em todas as outras estratégias de *coping* sugere um perfil de *coping* bem diferente entre as duas amostras. Esta diferença é compatível com uma interpretação que aponte a necessidade de desenvolvimento de estratégias de adaptação adequadas para os enfermeiros num serviço em que ajudar os outros na adversidade é o seu principal trabalho.

Como esperado o BES relaciona-se com as estratégias de *coping*, uma vez que estas envolvem formas construtivas de lidar com os stressores (Zacher & Rudolph, 2021). Tal como no estudo de Cunha (2017) o BES relaciona-se positivamente com a estratégia de *coping* “Reinterpretação Positiva” e negativamente com a “Negação e Culpa”.

Ao tentar compreender quais as estratégias de *coping* predizem o BES os resultados revelaram a estratégia de *coping* “Reinterpretação positiva” e “Negação e Culpa”. Isto pode ser compreendido uma vez que a estratégia “Reinterpretação positiva” traduz-se em aproveitar o melhor da situação (de stress), crescer a partir dela ou dar-lhe um sentido mais favorável. Isto permite gerir o *stress*, o que fornece uma sensação de controlo e de maior conforto, leva ao desenvolvimento de mais afeto positivo, ou seja, um BES que permite superar as situações mais complexas. Já a estratégia de *coping* “Negação e Culpa”, traduz-se em culpabilizar-se e criticar-se a si próprio e em rejeitar a realidade do acontecimento stressante, daí se relacionar com o BES de forma negativa. É uma estratégia de *coping* que explica um mau estar durante uma experiência de vida que se for utilizada de forma contínua é prejudicial para o BES (Cunha, 2017).

A “Negação e Culpa” adquire ainda um outro sentido no nosso estudo. Esse sentido prende-se como seu efeito moderador da relação entre o suporte social e o BES. E compreensivelmente o uso dessa estratégia de *coping* faz baixar muito a associação entre o suporte social e o BES. Contudo nunca a suprime. Em suma, uma alta utilização da estratégia de *coping* “Negação e Culpa” minimiza o efeito positivo que o suporte social tem sobre o BES e uma baixa utilização desse *coping* magnifica esse efeito.

De forma a conceder algum significado aos níveis de satisfação com o suporte social descritos pela nossa amostra comparamo-la com a descrição feita no estudo de Santos et al. (2003) constituído por uma amostra de doentes oncológicos. A superioridade dos níveis de satisfação com o suporte social da amostra de Santos et al. (2003) pode ser explicada pela fase de crise que os participantes do estudo tinham presente. Nestas fases de crise é necessário um grande suporte para que as pessoas possam enfrentar a situação

ameaçadora, tornando-a menos lesiva para o seu BES e para a sua identidade pessoal (Samarel et al., 1998; Santos et al., 1994; Ward et al., 1991).

Ao nível das correlações das dimensões do suporte social com o BES, todos os domínios do suporte social se relacionam com a dimensão da autorrealização (CASP-13 – BES). O domínio da autorrealização traduz-se na satisfação com a vida e realização de si mesmo é considerado essencial para uma evolução humana positiva, abarca com ele o crescimento pessoal, a autoaceitação, o propósito de vida, sentimentos de controlo e relacionamentos positivos (Richardson et al., 2019). A dimensão do prazer (CASP-13 – BES) também se correlaciona com todos os domínios do suporte social com exceção das atividades sociais. Este domínio (prazer) traduz-se em aspetos hedônicos e prazerosos do BES, posto isto e conforme Neri et al. (2018) destacam estas dimensões, são necessidades básicas inerentes à natureza humana.

Em suma, entre outros, este estudo mostrou que a infeção por SARS-COV2 não implicou diferenças no BES nas suas dimensões de controlo, autonomia, autorrealização e prazer em pessoas adultas de meia-idade, em plena pandemia do COVID-19. Além disso mostrou o poder moderador da “negação e culpa” sobre a relação entre o BE e o suporte social.

Ao nível das limitações deste estudo: apenas possui variáveis que foram medidas com um único instrumento, num único momento do tempo. O grupo etário é bastante restrito e por isso como recomendação futura é sugerido a introdução de mais faixas etárias para averiguar diferenças mais significativas entre as variáveis em estudo. Antes de terminar a discussão propriamente dita, importa reconhecer que a falta de estudos com características e variáveis idênticas dificulta a comparação de resultados.

Referências

- Ateca-Amestoy, V., & Ugidos, A. (2013). The Impact of Different Types of Resource Transfers on Individual Wellbeing: An Analysis of Quality of Life Using CASP-12. *Social Indicators Research, 110*(3), 973–991. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9968-5>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin, 117*(3), 497.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 646–653. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.646>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in Psychological science, 4*(5), 151-156.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American psychologist, 54*(3), 165.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ... & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging, 26*(1), 21.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Theoretical and historical perspectives. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3–28).
- COVID-19 | SNS24. (2021, June 28). <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. (2004). The motivation to maintain subjective well-being: A homeostatic model. In *International Review of Research in Mental Retardation* (Vol. 28, pp. 255-301). Academic Press.
- Cunha, M. (2017). Bem-estar em estudantes do ensino superior. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, 21-38*.

- Diehl, M. K., & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (Mostly) unexplored concept. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B(3), 340–350. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp110>
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30(3), 389–399. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1996.0027>
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). *Subjective well-being : a general overview*. 39(4), 391–406.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 1–49. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403–425.
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24(1), 35–56.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Fioretti, C., Palladino, B. E., Nocentini, A., & Menesini, E. (2020). Positive and negative experiences of living in COVID-19 pandemic: Analysis of Italian adolescents' narratives. *Frontiers in psychology*, 3011.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Giacomoni, C. H. (2004). *Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2004000100005
- Gomes, S. da F. S., dos Santos, M. M. M. C. C., & Carolino, E. T. da M. A. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: Estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282–1289. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2742.2365>

- Haybron, D. M. (2008). Happiness, the self and human flourishing. *Utilitas*, 20(1), 21-49.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and Contextual Determinants Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 945-955.
- Klein, D. M., Turvey, C. L., & Pies, C. J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, 19(1), 22-38. <https://doi.org/10.1177/0898264306296398>
- Lau, A. L., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M., Chou, K. L., & Chung, L. W. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: Effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging and mental health*, 12(6), 746-760.
- Lazarus, R. S., Coyne, J. C., & Folkman, S. (1984). Cognition, emotion and motivation: The doctoring of Humpty-Dumpty. *Approaches to emotion*, 221-237.
- Lee, G. R., Seccombe, K., & Shehan, C. L. (1991). Marital status and
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*, 101 (5), pp.526-533.
- Maddux, J. E. (2018). *Subjective well-being and life satisfaction*. Psychology Press.
- Mapas e Números do Coronavírus | Renascença. (2022, February 02). <https://coronavirus.rr.sapo.pt/>
- Mónico, L. D. S. M., Frazão, A. A., Clemente, D. F. F., & Lucas, H. M. D. O. (2012). Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support service.
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 14(1), 57-76. <https://doi.org/10.5628/rpcd.14.01.57>
- Monteiro, S. (2019). *Sara Filipa da Silva Monteiro Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: a influência da saúde e da solidão*.
New York: Oxford University Press.
- Neri, A. L., Borim, F. S. A., Batistoni, S. S. T., Cachioni, M., Rabelo, D. F., Fontes, A. P., & Yassuda, M. S. (2018). Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.
- Nogueira, E. J. (2001). Rede de relações sociais: Um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. *Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, Campinas*.

- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6(1), 45-65.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2000). *Desenvolvimento humano* (pp. 310-311). Porto Alegre: Artmed. personal happiness: An analysis of trend data. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 839-844.
- Petersson, L. M. (2003). *Group Rehabilitation for Cancer Patients:: Effects, Patient Satisfaction, Utilisation and Prediction of Rehabilitation Need* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, (7), 156-175.
- RESENDE, M. C., Silva, K. L. A. B., Cardoso, L. B. A. S., Caixeta, R., & Braga, S. C. (2004). Configuração da rede de relações sociais de idosos participantes de grupo de convivência. *Anais... XXXIV Reunião Anual Sociedade Brasileira Psicologia. Ribeirão Preto: SBP*.
- Richardson, S., Carr, E., Netuveli, G., & Sacker, A. (2019). Country-level welfare-state measures and change in wellbeing following work exit in early old age: evidence from 16 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 48(2), 389-401.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15.
- Riley, J. L., 3rd, Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fillingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74 (2-3), pp.181-187.
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorff, K., Piacentino, J. C., Eliasof, B., Hughes, P., ... & Ziegler, E. (1998). Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 28(6), 1259-1268.
- Santos, C. S. V. de B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo De Adaptação Da Escala De Satisfação Com O Suporte Social (Esss). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, M. J., Costa, F. L., Watson, M., Geer, S., Haes, J. C. J. M., Knippenberg, F. V., & Borne, B. V. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos:

- Escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 15(1), 25-36.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. do R., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, IV(2), 243–279
- Stefan Foa, R., Author, F., Gilbert Mark Otto Fabian, S., Gilbert, S., & Otto Fabian, M. (2020). *The Lancet Psychiatry COVID-19 and Subjective Well-Being: Separating the Effects of Lockdowns from the Pandemic-Manuscript Draft-COVID-19 and Subjective Well-Being: Separating the Effects of Lockdowns from the Pandemic*. <https://ssrn.com/abstract=3674080>
- Stephoe, A., Deaton, A., & A., S. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: only recent events matter. *Journal of personality and social psychology*, 70(5), 1091.
- Ward, S., Leventhal, H., Easterling, D., Luchterhand, C., & Love, R. (1991). Social support, self-esteem, and communication in patients receiving chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 95-116.
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2021). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>

Anexo



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 085/2021

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *O bem-estar subjetivo em época de pandemia: a importância do suporte social e das estratégias de coping*

Equipa de Investigação: Ana Cristina Ferreira da Costa (IR), Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Professor Doutor José Ferreira-Alves (Orientador), Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *O bem-estar subjetivo em época de pandemia: a importância do suporte social e das estratégias de coping*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 18 de novembro de 2021.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto