

Revista
de Psicologia

ISSN 2179-1740

CRENÇAS DE MULHERES COM E SEM SINTOMAS ANSIOSOS SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19 EM 2020

*BELIEFS OF WOMEN WITH AND WITHOUT ANXIOUS SYMPTOMS ABOUT THE
COVID-19 PANDEMIC IN 2020*

Júlia Nunes Cardoso¹
Daiane Nunes dos Santos²
André Faro³

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar as principais crenças de mulheres a respeito da pandemia de Covid-19 e comparar os padrões de respostas de mulheres com e sem sintomas ansiosos. Utilizou-se a Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-2) para o rastreamento dos sintomas e a técnica de evocação livre de palavras para capturar a percepção das mulheres sobre a pandemia. O tipo de amostra foi de conveniência e incluiu um total de 4970 mulheres brasileiras. Os resultados demonstram que as mulheres sem sintomas ansiosos apresentavam crenças que favoreciam um ajustamento psicológico mais adequado frente ao contexto pandêmico. Já as mulheres com sintomas lançavam mão de crenças menos adaptativas, apresentando padrões de pensamento mais catastróficos e experimentando mais afetos negativos. Concluiu-se que a análise de crenças é um recurso interessante de ser utilizado na área de psicologia, pois viabiliza o acesso a recursos cognitivos envolvidos no processo de enfrentamento e ajustamento psicológico de situações como a pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Palavras-chave: Crenças; Covid-19; ansiedade; saúde mental; mulheres.

Abstract

This research regarding to analyze the main beliefs of women regarding the Covid-19 pandemic and compare the response patterns of women with and without anxious symptoms. The methodology adopted the free evocation technique and the Generalized Anxiety Disorder (GAD-2) symptom scale. The participant selection was relegated to convenience sampling by means of an online questionnaire, and include 4970 Brazilian women. Results showed that women without anxious symptoms had beliefs that favored a more adequate psychological adjustment to the pandemic context. Women with symptoms, on the other hand, use less adaptive beliefs, presenting more catastrophic and experimenting of negative affections. It was concluded that belief analysis is an interesting resource to be used in the field of psychology, as it allows access to cognitive resources involved in the process of coping and psychological adjustment to situations such as the Covid-19 pandemic.

Keywords: Keywords: Beliefs; Covid-19; anxiety; mental health; women.

¹ Universidade Federal de Sergipe, Brasil. Graduanda em Psicologia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1584-0913>; E-mail: julianunescardoso95@gmail.com; Rua Harácio Souza Lima, 644, São Cristóvão, Sergipe, SE, Brasil. CEP: 49100-000.

² Universidade Federal de Sergipe, Brasil. Graduanda em Psicologia (PPGPSI-UFS); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8680-0206>; E-mail: daianenunesufs@gmail.com.

³ Universidade Federal de Sergipe, Brasil. Doutor em Psicologia (UFBA); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7348-6297>; E-mail: andre.faro.ufs@gmail.com.

A pandemia de Covid-19, para além dos efeitos adversos provocados à saúde física, tais como afecções referentes ao sistema pulmonar, cardiovascular, neurológico e sequelas musculoesqueléticas (Nogueira et al., 2021), trouxe também impactos à saúde mental da população (Xiong et al., 2020). O aumento nos níveis de ansiedade foi um dos desfechos psicológicos observados durante esse período (Santabárbara et al., 2021). Antes da pandemia, a prevalência de transtornos ansiosos no mundo era estimada em 7,3% (Stein et al., 2017). Durante o surto de Covid-19, esse número chegou a ser três vezes maior, alcançando uma prevalência de 25% na população geral (Santabárbara et al., 2021). Evidências demonstram que esse aumento pode estar associado às respostas adaptativas das pessoas diante dos desafios e ameaças presentes no contexto pandêmico, incluindo as bruscas mudanças na rotina, o isolamento social, medo da contaminação, problemas financeiros, entre outros (Brooks et al., 2020; Lima et al., 2020; Ozili & Arun, 2020). Em outras palavras, as demandas associadas à pandemia sobrepuseram os recursos adaptativos dos indivíduos, impactando o processo de ajustamento psicológico e produzindo aumento nos níveis de sintomas ansiosos na população (Chen & Bonanno, 2020; Valiente et al., 2021).

No Brasil, dados anteriores à pandemia de Covid-19 estimavam que a prevalência de ansiedade era de 9,3%, sendo considerado o sétimo país mais ansioso do mundo (World Health Organization [WHO], 2017). Durante a pandemia, num estudo sobre a prevalência de sintomas ansiosos na população brasileira, do total de entrevistados, 34,9% apresentavam sintomas leves, 21,7% apresentavam sintomas moderados e 30,1% sintomas graves de ansiedade (Frias et al., 2021). Esses achados evidenciam que as repercussões desse cenário na saúde mental dos brasileiros, o aumento significativo dos transtornos ansiosos e fatores psicológicos associados são uma área a ser pesquisada no país. Além disso, esses indicadores refletem a fragilidade dos sistemas de políticas públicas voltadas para o cuidado em saúde mental, resultante da escassez de investimento governamental nesse campo. Como produto, nota-se a falta de profissionais e planos de intervenção para o cuidado em casos emergenciais (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

Embora a doença tenha atingido homens e mulheres, diferenças de gênero foram identificadas como aspecto relevante para a compreensão de como grupos distintos podem estar ou não mais vulneráveis às repercussões da Covid-19 (Yan et al., 2021). Os resultados de uma meta-análise que avaliou 43 estudos oriundos de 7 diferentes regiões do mundo apontaram níveis de ansiedade significativamente mais altos em mulheres (Santabárbara et al., 2021). Em um levantamento brasileiro, 67,2% dos adultos entrevistados apresentavam sintomas ansiosos e as mulheres tiveram pelo menos duas vezes mais chances de ter esse quadro (Zhang et al., 2021). Esses dados evidenciam que homens e mulheres foram afetados de formas distintas, sendo as mulheres um grupo mais vulnerável em relação ao impacto da Covid-19 na saúde mental.

Diferenças por gênero são uma das evidências mais robustas em saúde (Morrow, 2015; Whitehead, 1992). Essas diferenças podem ser explicadas por fatores biológicos, como as alterações bioquímicas cerebrais e hormonais, pois o declínio na produção de estrogênio pode predispor as mulheres à ansiedade. Fatores sociais também estão no cerne das explicações dessas diferenças, as normas de gênero, socialização e as relações de poder que perpassam os papéis de gênero e contribuem para iniquidades em saúde, ocasionando, disparidades no acesso a serviços de saúde (Flor et al., 2022). Esses papéis sociais atribuídos a cada gênero acarretam em maior carga de estresse nas mulheres, visto que, na maior parte das vezes são atribuídas a elas as tarefas de cuidados familiares e atividades domésticas, para além das atividades laborais (Rodríguez-Rey et al., 2020). Além disso, as mulheres estão mais

expostas quando se trata de violência em seu cotidiano, no ambiente de trabalho, nas ruas e em casa múltiplas são as formas de abuso (físico, psicológico, social, moral, financeiro, etc.) que as atravessam (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2020).

Dentre as explicações a respeito da dinâmica psicológica, destaca-se a percepção do medo, preocupação e crenças sobre a pandemia (Santabárbara et al., 2021). Segundo a Teoria Cognitiva, a ansiedade pode ser compreendida através de um modelo de crenças que engloba três domínios básicos: visão do mundo, visão do futuro e visão de si mesmo. Nessa perspectiva, entende-se que o estado ansioso é desencadeado por pensamentos como “o mundo é um lugar perigoso”, “o futuro é incerto e perigoso” e “sou incapaz de controlar ou lidar com eventos negativos” (Clark & Beck, 2016). Considerando o fato das mulheres estarem mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas ansiosos durante a pandemia de Covid-19, uma hipótese explicativa possível, a partir do modelo apresentado, seria de que as mulheres percebiam o momento da pandemia como mais ameaçador e não teriam recursos suficientes para enfrentar a situação. Portanto, isso explicaria, a nível psicológico, a presença maior de quadros ansiosos em comparação ao gênero masculino.

Embora as evidências apontem maior risco em saúde para as mulheres, observa-se uma variação na resposta adaptativa dentro desse mesmo grupo frente às adversidades impostas pela Covid-19 (Lin, 2022; Santabárbara et al., 2021; Zhang et al., 2020). Ou seja, a vulnerabilidade não se distribui igualmente dentre as mulheres, havendo aquelas que dispõem de recursos mais adaptativos, em detrimento a outras que exibem maiores dificuldades de ajustamento. Essa variabilidade no processo de adaptação produz diferentes impactos na percepção dos efeitos da pandemia, bem como no enfrentamento das demandas do contexto e, por sua vez, contribuem de maneiras diferentes para os resultados no processo de saúde-doença e no bem-estar dessas mulheres (Faro & Sousa, 2021).

A percepção em saúde é uma das variáveis psicológicas que pode impactar a variabilidade no enfrentamento e no resultado adaptativo (Santabárbara et al., 2021). As crenças em saúde compreendem o modo como o indivíduo pensa o processo saúde-doença e são importantes no contexto dos comportamentos em saúde, a exemplo da adesão ao tratamento e ao enfrentamento do adoecimento (Taylor, 2020). Isto é, a percepção construída pelas pessoas sobre determinada situação influencia o modo como elas sentem e se comportam. Diante do contexto da pandemia da Covid-19, a percepção das mulheres sobre esse evento estressor pode ter influenciado o modo como elas vivenciaram esse período, repercutindo nas formas de enfrentamento e nos desfechos vividos por elas (Fu et al., 2020).

O modelo de crenças em saúde (*Health Belief Model* - HBM) é uma das teorias mais robustas para explicar como a percepção individual pode impactar nos resultados de saúde. O HBM foi introduzido por Rosenstock (1974) e é uma estrutura conceitual que busca explicar comportamentos em saúde a partir das percepções dos indivíduos sobre determinada doença. Esse modelo é composto por quatro dimensões: susceptibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Zewdie et al., 2022). O modelo apresenta que as pessoas ficam mais motivadas a agirem de maneira saudável quando acreditam que são suscetíveis a um determinado resultado negativo de saúde. Além disso, prevê que quanto mais forte for a percepção das pessoas sobre a gravidade do resultado negativo de saúde, mais elas serão motivadas a agir para evitar esse resultado (Rosenstock, 1974; Zewdie et al., 2022).

A susceptibilidade e a gravidade dizem respeito à percepção do indivíduo sobre a ameaça de um resultado

negativo para a saúde. O indivíduo deve perceber que o comportamento-alvo fornecerá fortes benefícios positivos e, se as pessoas percebem que existem fortes barreiras que as impedem de adotar o comportamento preventivo, é improvável que o façam. Por último, o modelo também assume que os indivíduos devem perceber como são capazes de realizar aquele comportamento específico (Rosenstock, 1974; Zewdie et al., 2022). No contexto da pandemia de Covid-19, as percepções de risco influenciaram os comportamentos protetores individuais, mas, a forma como as pessoas perceberam o risco não esteve necessariamente correlacionada com o risco real. Uma percepção distorcida em relação ao risco real pode desencadear enfrentamentos inadequados, por exemplo, apoiando no *coping* focado na emoção e em estratégias de enfrentamento mais passivas (Earnshaw et al., 2020; Turri et al., 2022).

Em relação a interação entre crenças em saúde e sintomas ansiosos, sabe-se que a presença desse desfecho está atrelada à preocupação, ruminação e estratégias comportamentais utilizadas como forma de controlar pensamentos negativos repetitivos (Bailey & Wells, 2016). Conclui-se, portanto, que os pensamentos são centrais na manifestação dos sintomas ansiosos. Trazendo essa discussão para o viés de gênero, esses fatores psicológicos são fundamentados como explicações para a maior vulnerabilidade de sintomas ansiosos e outros quadros psicopatológicos em mulheres em comparação com os homens. Referente aos fatores que podem tornar algumas mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas ansiosos em relação a outras, pouco se sabe a respeito. Assim sendo, julga-se pertinente investir na possibilidade de conhecer eventuais variações no enfrentamento desses estressores dentre pessoas pertencentes ao próprio grupo. A partir deste estudo, pretende-se investigar possíveis fatores psicológicos explicativos para essa maior predisposição.

A proposta da presente pesquisa é realizar um estudo retrospectivo a fim de compreender o ajustamento psicológico de mulheres durante a pandemia, especificamente, no ano de 2020, por meio da análise das crenças relativas à Covid-19. Para tanto, buscou-se: (1) analisar as principais crenças de mulheres a respeito da Covid-19; (2) comparar os padrões de respostas de mulheres com e sem sintomas ansiosos. Utilizou-se a técnica de evocação livre de palavras como método para capturar a percepção das mulheres sobre a pandemia de Covid-19. Buscou-se acessar os fatores psicológicos que podem ser agentes nessa variabilidade intragrupo.

MÉTODO

Participantes

Foi realizado um levantamento quantitativo transversal da população geral brasileira. O estudo foi realizado com uma amostra de 4.970 mulheres, com média de idade de 31,8 anos ($DP = 11,83$) e amplitude de 18 a 70 anos de idade. Foram incluídos neste estudo apenas participantes maiores de 18 anos e excluídos aqueles que não residiam no Brasil. A amostragem foi por conveniência, obtida a partir de aplicação online do questionário. Os dados foram coletados na primeira quinzena de junho de 2020.

Instrumentos

Aplicou-se a técnica de evocação livre de palavras. Essa técnica permite capturar as percepções dos participantes de uma pesquisa sobre determinado objeto de pesquisa, a partir disso, é possível compreender o processamento cognitivo antecedente das práticas e comportamentos cotidianos dos indivíduos. Neste estudo, cinco evocações foram registradas baseadas no estímulo: “Quais são as cinco coisas (por exemplo, quaisquer palavras, imagens, emoções, sentimentos, etc.) que vem à sua mente ao ouvir o termo “Covid-19”?”.

Dada a intenção de rastreio ultra breve e maior alcance amostral em virtude da parcimônia no uso de instrumentos de medida, utilizou-se a Escala de Rastreamento do Transtorno Geral de Ansiedade [Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-2)] para avaliar os sintomas ansiosos (Kroenke et al., 2007). A GAD-2 é uma medida reduzida de GAD-7 que mensura a presença de sintomas ansiosos nas duas últimas semanas. O instrumento é composto por dois itens e os respondentes são questionados sobre com que frequência têm, por exemplo, “sentindo-se nervoso, ansioso ou muito tenso”, numa escala variando entre 0 “Nem um pouco” a 3 “Quase todos os dias”. O escore total foi calculado somando-se as respostas dos dois itens, sendo o escore igual ou superior a 3 indicativo da presença de sintomas ansiosos significativos. Para este estudo, os escores obtidos foram agrupados em planilhas a partir da presença ou ausência de sintomas. A validação no Brasil foi realizada por Bolsoni, Moscovici, Marques e Zuardi (2018). Encontraram que a sensibilidade foi de 81%, a especificidade de 67% e a Área Sob a Curva (AUC) de 79% (0,72-0,86), indicando plausibilidade para utilização no público brasileiro.

Procedimentos e aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, registro n. 3.955.180). A coleta de dados foi feita por meio da publicação do link do questionário nas redes sociais (*Facebook, Instagram e WhatsApp*) aberto para o público em geral. Na primeira tela do endereço eletrônico foi apresentado o Termo de Consentimento e a realização da pesquisa só se dava após a leitura e aceitação dos termos nele estabelecidos. O tempo médio de resposta foi de 5 minutos na primeira fase e 10 minutos na segunda fase, conforme registro automático da plataforma utilizada para coleta.

Inicialmente, a classificação foi feita em dois blocos: (a) mulheres com sintomas ansiosos e (b) mulheres sem sintomas ansiosos, considerando-se o ponto de corte da GAD-2. Em seguida foram geradas duas planilhas de acordo com a classificação acima. O agrupamento dos participantes foi feito para verificar se a percepção das mulheres com diagnóstico de triagem positiva apresentava características peculiares em relação às que não tiveram. O referencial teórico da análise das evocações livres foi utilizado para tentar inferir como a percepção da Covid-19 poderia estar afetando seus pensamentos e comportamentos.

Análise de dados

O escore da GAD-2 foi obtido utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* ([SPSS], versão 25, sendo considerado o escore ≥ 3 para inclusão no grupo com sintomas) (Kroenke *et al.*, 2007). Esse procedimento permitiu agrupar as evocações em dois grupos, a saber: mulheres com sintomas ansiosos e mulheres sem sintomas ansiosos.

A análise de evocação foi realizada por meio do software *OpenEvoc* 0.95 (www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc). O *OpenEvoc* permite fazer análise estatística das evocações coletadas e construir matrizes de coocorrência, considerando a frequência (número de vezes que a palavra foi lembrada) e a ordem dos termos evocados (primazia em que foi dito). Através da interação entre essas duas variáveis, define-se o grau de importância das respostas e sua relação com os termos indutores (Sant' Anna, 2012). Ele se baseia em uma técnica de análise que permite a construção de uma tabela com quatro quadrantes e o conteúdo deles demonstra o número de vezes e a importância de cada evocação dos participantes.

No primeiro quadrante (superior esquerdo) encontram-se os termos mais evocados (maior frequência) e os lembrados mais rapidamente (menor ordem média). Os termos que compõem esse quadrante equivalem ao núcleo central, ou seja, representam os elementos mais estáveis e permanentes de uma representação social. Tendem a ser entendidos como uma memória coletiva sobre o determinado objeto de estudo (Abric, 1994). O segundo quadrante (superior direito) fornece os elementos mencionados com uma alta frequência, porém em posições de maior ordem média (menor a primazia). As evocações desse quadrante dão contexto para o conteúdo do primeiro quadrante, contribuindo para seu entendimento.

O terceiro (inferior esquerdo) encontram-se as evocações de menor frequência e menor ordem de evocação. São evocações importantes para um grupo menor de indivíduos, que com o passar do tempo, se reforçadas, podem vir a compor os elementos do núcleo central no primeiro quadrante. Ou seja, é um subgrupo de interesse na análise da relação entre a percepção predominante e vias para sua eventual substituição futura. Por último, o quarto quadrante (inferior direito) contém as evocações de maior ordem e menor frequência. Essas são as evocações lembradas por último e, portanto, consideradas as menos enraizadas no pensamento dos indivíduos, compondo então o contexto mais amplo de referência ao estímulo (Sant'Anna, 2012).

Essa técnica é importante para a compreensão do objeto deste estudo, pois ao identificar as principais evocações associadas ao termo indutivo é possível conhecer quais fatores psicológicos potencialmente tenham influenciado o comportamento ansioso das mulheres no contexto da Covid-19 e, assim, fornecer dados para auxiliar no desenvolvimento de estratégias que proporcionem um melhor ajustamento psicológico desse público em situações semelhantes a essa. Além disso, a literatura aponta o *OpenEvoc* como útil para pesquisas que buscam compreender as crenças, representações sociais e comportamentos humanos (Barreto *et al.*, 2021; Turri & Faro, 2022), o que se alinha aos objetivos desta pesquisa.

A análise aqui desenvolvida se volta, principalmente, para verificar os aspectos em comum e discrepantes no conjunto de evocações de cada grupo em análise, considerando-se o quadrante em questão no QQC. Este será o roteiro seguido para a extração dos principais achados do estudo, o qual é baseado na busca por comunalidade e contrastes dentro do QQC.

RESULTADOS

Primeiro Quadrante

No primeiro quadrante foi possível observar em ambos os grupos basicamente o mesmo padrão de evocações, seja no termo lembrado (“medo”, “morte”, “tristeza”), seja na ordem de primazia dentro do grupo (“medo” valor mais baixo de ordem média). As exceções são descritas a seguir. Primeiro, dentre as mulheres sem sintomas aparece a evocação “pandemia”, ao passo que no grupo com sintomas aparece a palavra “quarentena”. Segundo, embora tenha os mesmos termos nos grupos, as três primeiras evocações tiveram frequências mais altas dentre aquelas com sintomas ansiosos (medo, 12,2%; morte, 9,1%; tristeza, 5,4%). O mesmo não se observa nas demais evocações.

Segundo Quadrante

No segundo quadrante, observou-se que a primeira evocação foi um aspecto comum aos dois grupos (“ansiedade”). Algumas outras também se repetem por grupo, diferindo apenas na frequência percentual. Por exemplo, em G1 “família” (1,8%) aparece na terceira posição e em G2 na quarta posição (1,6%). Já o termo “angústia” está posicionado na segunda posição em G2 (2,8%) e na quarta em G1 (1,6%). Além disso, em G1 surgiram quatro evocações que podem ser relacionadas a afetos, emoções ou sentimentos. Duas delas podem ser consideradas com carácter negativo (“ansiedade” e “angústia”), uma ambivalente (“saudade”) e uma positiva (“esperança”). Por outro lado, em G2 seis das setes evocações poderiam ser consideradas de carácter negativo (“ansiedade”, “angústia”, “desesperador”, “saudade”, “raiva” e “dor”).

Terceiro Quadrante

O terceiro quadrante foi o que apresentou o menor número de evocações, tanto em G1 (três evocações) como em G2 (duas evocações). O termo “vírus” foi comum aos dois grupos, diferindo apenas na frequência percentual (1,0%) e ordem de primazia (2,45) que foi maior em G1. As exceções correspondem à presença dos termos “raiva” e “cansaço” em G1 e o termo “pandemia” em G2.

Quarto Quadrante

No quarto quadrante “hospital” e “impotência” apareceram em ambos os grupos, mas diferindo em relação à ordem de primazia e frequência percentual. Por exemplo, em G1 “hospital” (1,1%) apareceu na primeira posição e em G2 na quarta (1,0%). De igual modo, “impotência” (0,8%) ocupou a sétima posição em G1 e a sexta em G2 (0,9%). Quanto as divergências, verifica-se que no Grupo 2 surgiram três evocações de carácter negativo (“solidão”, “caos” e “cansaço”). Já em G1, surgiram duas evocações de carácter negativo (“sofrimento” e “impotência”) e uma ambivalente (“distanciamento”). Por último, como elementos de carácter positivo, G1 apresentou “saúde”, “fé” e “higiene”, ao passo

que G2 “cuidado”, “esperança”.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou compreender o ajustamento psicológico de mulheres durante a pandemia através da análise de crenças. Para tanto, objetivou-se analisar as principais crenças de mulheres a respeito da Covid-19 e comparar os padrões de respostas de mulheres com e sem sintomas ansiosos. No primeiro quadrante, o G1 (sem sintomas) e o G2 (com sintomas) apresentaram, em sua maioria, as mesmas evocações no núcleo central. Isto é, ambos os grupos percebiam a pandemia como um evento que causava medo, morte, tristeza, isolamento, preocupação, incerteza e insegurança. O período pandêmico implicou diretamente na saúde mental da população como um todo (Xiong et al., 2020; Frias, 2022). Evidências apontaram que as mulheres estiveram em maior risco para o adoecimento mental, comparativamente aos homens (Zhang et al., 2021; Yan et al., 2021; Santabárbara et al., 2021). Especificamente em relação a sintomatologia ansiosa, no Brasil, as mulheres tiveram pelo menos duas vezes mais chances de apresentarem tais sintomas (Zhang et al., 2021). As explicações psicológicas para a maior ocorrência de sintomas ansiosos entre mulheres durante a pandemia foram investigadas timidamente em estudos. Até o momento, a percepção do medo, a preocupação e as crenças sobre a pandemia se mostraram como mediadoras no desenvolvimento de sintomas ansiosos (Santabárbara et al., 2021). Os achados desse primeiro quadrante ilustram as principais representações das mulheres sobre a pandemia e a repetição das mesmas evocações por ambos os grupos sustenta a evidência de nele está contida a ideia ou noção mais comum entre os participantes sobre o fenômeno pesquisado (Abric, 1994).

Apesar das evocações no primeiro quadrante se assemelharem em ambos os grupos, foi possível identificar algumas diferenças. Por exemplo, as mulheres de G1 evocaram a palavra “pandemia”, ao passo que as mulheres de G2 “quarentena”. Uma inferência possível sobre isso parte do pressuposto de que, as mulheres com sintomas (G2), possuíam uma visão mais focal do fenômeno, atentando-se majoritariamente para o isolamento social. Diante da alta transmissibilidade do vírus entre humanos e da inexistência de imunobiológico ou medicação específica para o controle da doença, naquele momento o isolamento social foi tomado como medida de prevenção e controle do vírus. Esta ação provocou, conseqüentemente, mudanças repentinas na rotina dos indivíduos e trouxe uma maior experiência do ócio, produzindo como efeito dificuldades de adaptação, em especial, para pessoas com algum sintoma psicológico (Silva et al., 2021; Ornell et al., 2020; Xiong et al., 2020). Desse modo, analisando as percepções das mulheres sem sintomas (G1), é possível inferir que suas crenças sobre a pandemia incluíam uma avaliação mais geral do fenômeno, considerando informações de maneira mais ampla sobre a real dimensão da pandemia e diminuindo a percepção negativa sobre o isolamento social. Já o grupo com sintomas (G2) fazia uma leitura mais enviesada da situação, atentando-se de modo mais proeminente para as conseqüências negativas atreladas ao isolamento social.

Destaca-se, também, que apesar das três primeiras evocações serem iguais em ambos os grupos (medo, morte e tristeza), elas diferem quanto a frequência. Isso pode indicar que ambos os grupos possuíam a mesma interpretação do fenômeno, porém, em G2, essas percepções foram mais acentuadas. Ou seja, as mulheres com sintomas ansiosos percebiam que o risco de morte, medo da contaminação e o sentimento de tristeza era muito mais grave e ameaçador, comparativamente ao grupo de mulheres sem sintomas. De acordo modelo de crenças da

ansiedade proposto por Clark e Beck (2016), o pensamento ansioso perpassa por três domínios básicos: visão do mundo, visão do futuro e visão de si mesmo. Entende-se, portanto, que o estado ansioso é desencadeado por percepções do tipo “o mundo é um lugar perigoso”, “o futuro é incerto e perigoso” e “sou incapaz de controlar ou lidar com eventos negativos”. Logo, nota-se que as mulheres com sintomas ansiosos apresentavam uma visão mais catastrófica da situação, percebendo-a como um evento muito mais ameaçador e sem estratégias efetivas e suficientes para lidar com ele.

No segundo quadrante, ambos os grupos avaliaram que a situação pandêmica era um evento que gerava ansiedade. No entanto, o grupo com sintomas atribuiu, para além disso, evocações mais catastróficas, tais como (desesperador, raiva e dor), experimentando, portanto, mais afetos negativos. Pode-se constatar isso considerando que seis das setes evocações em G2 são de caráter negativo (ansiedade, angústia, desesperador, saudade, raiva e dor), ao passo em que em G1 são apenas duas (ansiedade e angústia). A ansiedade é um fenômeno multifacetado que desencadeia emoções angustiantes, sensações corporais, excitação fisiológica, pensamentos e imagens de perigo e fuga, entre outros comportamentos defensivos (Özdin & Özdin, 2020). A catastrofização é um tipo de distorção cognitiva bastante comum nesses casos, ela se caracteriza por imaginar o pior resultado possível de um evento ou situação (Leahy, 2018). Durante a pandemia, a ansiedade foi um dos desfechos de saúde mental mais prevalentes, portanto, considerando a relação entre crenças mais catastróficas e o desenvolvimento de sintomas ansiosos, era esperado que as mulheres do G2 apresentassem mais crenças dessa natureza.

O terceiro quadrante foi o que apresentou o menor número de evocações, verificou-se que o termo “vírus” foi comum aos dois grupos. Apesar disso, houve variação quanto à frequência e ordem de primazia entre os grupos, sendo que o G1 apresentou frequência e ordem de primazia maior para o termo “vírus”. Esse achado aponta que as mulheres do G2 (com sintomas) lembravam mais vezes do termo vírus, porém, ele não tinha uma ordem de importância tão significativa, pois aparecia nas últimas posições. Já as mulheres do G1 (sem sintomas) não relacionavam tão frequentemente a pandemia com o “vírus”, porém quando lembravam, elas atribuíam ao termo um grau de importância maior. Isso sugere que as mulheres sem sintomas não demandavam muito tempo pensando no vírus, mas reconheciam de maneira mais adequada a proporção do fenômeno, o que poderia estar vinculado com um maior tempo empregado em desenvolver estratégias de cuidado (Wang et al., 2019). Ou seja, atribuíam percepções mais objetivas à pandemia trazendo conteúdo mais realista e adaptativos para o contexto.

Verificou-se que as mulheres do grupo sem sintomas (G1) apresentaram, no terceiro quadrante, evocações que sugerem maior desgaste adaptativo (“raiva” e “cansaço”) em comparação com as mulheres do grupo com sintomas (G2). Esse é um achado interessante visto que, nesse quadrante, encontra-se um subconjunto de percepções particularmente relevante para a pesquisa. As evocações desse quadrante correspondem a zona de contraste, isto é, são as evocações de um grupo mais seletivo de pessoas que, com o passar do tempo, se reforçadas, podem vir a compor os elementos do núcleo central. Isso aponta que as evocações desse grupo compreendem a um grupo de pessoas mais desgastadas com a situação (Bertollo-Nardi et al., 2014). Olhando especificamente para as evocações “raiva” e “cansaço” que apareceram no G1, é possível pensar que com o prolongamento da pandemia, o desgaste físico e os afetos negativos que até aquele momento correspondiam apenas a um subgrupo minoritário de mulheres sem sintomas, poderiam passar a ser vivenciado pela maioria das mulheres desse grupo, tornando-se possíveis candidatas a desenvolverem sintomas ansiosos com o prolongamento da situação pandêmica e o reforço das crenças não adaptativas. Além disso, convém destacar que o termo raiva também apareceu no grupo 2, tendo

uma frequência mais alta e por isso aparecendo nos quadrantes anteriores. Ou seja, apesar desse afeto também aparecer no grupo de mulheres sem sintomas (G1) ele foi evocado em maior frequência e por um maior número de mulheres que apresentavam sintomas ansiosos (G2).

Por último, no quarto quadrante ambos os grupos evocaram o sentimento de “impotência” diante do contexto pandêmico, mas, como esperado, o G2 atribuiu a isso uma frequência mais alta e um grau de importância maior. Esse achado sugere que as mulheres com sintomas se percebiam mais sem recursos para agir diante da pandemia, mobilizando, portanto, uma atitude mais fatalista, cujo locus de controle é externo. De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock (1994), um dos preditores para a adoção ou não de comportamentos protetivos coletivos e/ou individuais em saúde é a avaliação de autoeficácia que os indivíduos apresentam sobre sua capacidade de realizá-los ou não. Relacionando isso com as crenças das mulheres com sintomas (G2) no último quadrante, o fato de se perceberem com menos recursos de enfrentamento para lidar com a pandemia pode estar relacionado com a adoção de comportamentos, a exemplo de subestimação de risco e à proteção pessoal insuficiente (Santos, 2020). As demais evocações do quadrante também sugerem que ambos os grupos percebiam a situação como ameaçadora e difícil, mas, as evocações das mulheres com sintomas (G2) denotaram um sofrimento mais acentuado, especialmente pela palavra “caos” e “solidão”. Já as percepções do grupo sem sintomas (G1) sugerem termos mais consoantes com a proporção do fenômeno e em um nível de sofrimento mais ajustado.

CONCLUSÃO

Em geral, avaliando o conteúdo dos quatro quadrantes é possível concluir que a percepção das mulheres com sintomas (G2), em relação ao contexto pandêmico, incluía mais crenças catastróficas e afetos negativos. Já as mulheres sem sintomas (G1) avaliavam a situação a partir de crenças mais adaptativas, levando-as a se ajustarem de modo mais funcional aos desafios impostos pelo contexto pandêmico. Como contribuições deste estudo, pontua-se o achado de que o grupo de mulheres com sintomas de ansiedade atribuíam à pandemia percepções de maior risco, seja de morte ou contaminação da doença, como também focavam de modo mais acentuado nos prejuízos que o período pandêmico havia provocado em suas rotinas e vidas. Isso se torna importante a medida em que esperamos que seja possível compreender o comportamento das pessoas através das percepções atribuídas por elas aos fenômenos.

Ressalta-se algumas limitações deste estudo, sendo elas, o diagnóstico de triagem de ansiedade utilizado, o qual incluía apenas uma escala ultra breve de rastreio de sintomas de ansiedade (GAD-2), não sendo um diagnóstico clínico. Além disso, o fato de não ter sido encontrado na literatura nenhum outro estudo com objetivos semelhantes a este, o que dificultou estabelecer parâmetros de comparação com outros achados sobre o mesmo tema. Considerando isso, sugere-se para futuras investigações a exploração de variáveis intragrupo que apontem possíveis fatores de risco para a maior predisposição de algumas mulheres, em comparação com outras, ao desenvolvimento de sintomas ansiosos. Ainda assim, considera-se vantajosa a estratégia, pois foi possível alcançar um grande grupo amostral, com poucos recursos, boa logística de coleta e alcance nacional, com baixo custo (especialmente se considerar o não deslocamento para obtenção de dados). Este estudo investigou uma das dimensões do ajustamento psicológico, a saber, desfechos em saúde mental, especificamente, os sintomas ansiosos. Espera-se que futuras pesquisas avaliem outros domínios como, por exemplo, medidas de bem-estar psicológico, satisfação como a vida e

qualidade de vida, entre outros. Embora não tenha contemplado todas as facetas do ajustamento psicológico, este estudo contribuiu para a compreensão do processo adaptativo de mulheres frente aos desafios impostos pela pandemia de Covid-19.

Por fim, conclui-se que a análise de crenças se faz um recurso interessante no domínio da psicologia, pois viabiliza o acesso a recursos cognitivos envolvidos no processo de enfrentamento e ajustamento psicológico de situações como a pandemia de Covid-19, bem como pode orientar a compreensão do comportamento em saúde. Explicar como o evento afeta a interpretação do contexto vivenciado e como influencia o enfrentamento dessa realidade, é um mecanismo importante, pois, as crenças dos indivíduos impactam na chance de estes apresentarem ou não sintomas de ansiedade, como também de outros transtornos mentais comuns. Logo, espera-se que a saúde mental continue sendo considerada um aspecto central dos cuidados após a pandemia, especialmente devido às sequelas físicas e psicológicas associadas a essa crise global de saúde pública sem precedentes, além de orientar planejamento de intervenções preventivas, com vistas a ocorrência de futuros eventos dessa natureza.

REFERÊNCIAS

- Abrieu, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France.
- Bailey, R.; Wells, A. (2016). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist*, 20(3), 129-137. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/cp.12078>
- Barreto, R. S. et al. (2021). Concepções de segurança do paciente pelo prisma das representações sociais de enfermeiros intensivistas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2), 06-17. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e06>
- Bertollo-Nardi, M. et al. (2014). Representações sociais de psicólogo para jovens estudantes. *Revista CES Psicología*, 7(2), 78-95. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2761/2200>
- Brooks, S. K. et al. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Clark, D. A.; Beck, A. T. (2016). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade: Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta*. Artmed Editora.
- Chen, S.; Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 51. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000685>
- Earnshaw, V. A. et al. (2020). COVID-19 conspiracy beliefs, health behaviors, and policy support. *Translational behavioral medicine*, 10(4), 850-856. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa090>

- Faro, A. & Sousa, K. (2021). Psicologia da saúde e covid-19: Cenários para a compreensão e atuação na pandemia. In Faro, A., Cerqueira-Santos, E. & Silva, J. P. (Org.). Psicologia e Covid-19: Saúde, desenvolvimento e educação. (pp. 27-57). Editora Dialética.
- Flor, L. S. et al. (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*, 399(10344), 2381-2397. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00008-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00008-3)
- Frias, J. L. F. de., Ferreira, J. G. da S., Lamim, L. T. M., Vasconcellos, M., & Costa, N. L. (2021). Impactos da covid-19 na sintomatologia ansiosa numa amostra da população brasileira. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 2(6), 26464. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i6.464>
- Fu, W. et al. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational psychiatry*, 10(1), 225. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Principais Questões sobre Violência contra a Mulher na pandemia e após. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-violencia-contr-a-mulher-na-pandemia-e-pos-pandemia/>
- Kroenke, K. et al. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Leahy, Robert L. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta*. Artmed Editora.
- Lima, C. H. et al. (2020). Psychoanalytical Investigation of Clinical Phenomena in Psychosis, in the Pandemic Context of COVID-19. *Psychology*, 11(12), 1837. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1112116>
- Lin, S. L. (2022). Generalized anxiety disorder during COVID-19 in Canada: gender-specific association of COVID-19 misinformation exposure, precarious employment, and health behavior change. *Journal of Affective Disorders*, 302, 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.100>
- Morrow, E. H. (2015). The evolution of sex differences in disease. *Biology of sex differences*, 6, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0023-0>
- Nogueira, T. L. et al. (2021). Pós covid-19: as sequelas deixadas pelo Sars-Cov-2 e o impacto na vida das pessoas acometidas. *Archives of Health*, 2(3), 457-471. <https://doi.org/10.46919/archv2n3-021>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>

- Ozili, P. K.; Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: impact on the Global Economy. MPRA Paper 99317, 41-61. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3562570>
- Rodríguez-Rey, R.; Garrido-Hernansaiz, H.; Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Sant'Anna, H. C. (2012). OpenEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. *Psicologia Social: desafios contemporâneos*. Vitória: GM Gráfica e Editora. https://loop-ufes.org/wp-content/uploads/2021/02/openEvoc_Um_programa_de_apoio_a_pesquisa.pdf
- Santabábara, J. et al. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Santos C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Braz J Psychiatry*, 42(3), 329-332. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0981>
- Silva, R. R. et al. (2021). Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população. *Av. Enferm*, 39, 31-43. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1supl.89262>
- Taylor, S. E. (2020). *Health psychology*. Mc Graw Hill.
- Turri, G. S. et al. (2022). Percepção dos indivíduos no início do período de quarentena e isolamento social devido à pandemia da Covid-19. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v30n1p1-10>
- Valiente, C. et al. (2021). Psychological adjustment in Spain during the COVID-19 pandemic: Positive and negative mental health outcomes in the general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, 8. <https://doi.org/10.1017/sjp.2021.7>
- Wang, C. et al. (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(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986l-lhq6-2vte-yrrn>

- World health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Xiong, J. et al. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yan, S. et al. (2021). Sex differences and psychological stress: responses to the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10085-w>
- Zewdie, A. et al. (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221113668. <https://doi.org/10.1177%2F20503121221113668>
- Zhang, S. X. et al. (2021). Predictors of depression and anxiety symptoms in Brazil during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1-10. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18137026>

Lista de Anexos

Figura 1 - Quadro geral de evocações sobre o coronavírus (Brasil, março e junho de 2020, n = 4.970)

1º Quadrante					
Frequência ≥ 1.3 / Ordem de evocação < 2.9					
G1 - Mulheres sem sintomatologia			G2 - Mulheres com sintomatologia		
Evocações	F ¹	Ord. ²	Evocações	F ¹	Ord. ²
Medo	9,7	1,95	Medo	12,2	1,96
Morte	7,3	2,7	Morte	9,1	2,52
Tristeza	4,2	2,82	Tristeza	5,4	2,87
Isolamento	3,9	2,81	Isolamento	3,1	2,88
Doença	2,5	2,14	Doença	2,1	2,33
Preocupação	2,1	2,64	Preocupação	1,8	2,8
Incerteza	2,0	2,86	Incerteza	1,8	2,85
Insegurança	1,7	2,87	Insegurança	1,7	2,87
Pandemia	1,6	2,17	Quarentena	1,4	2,87

2º Quadrante					
Frequência ≥ 1.3 / Ordem de evocação ≥ 2.9					
G1 - Mulheres sem sintomatologia			G2 - Mulheres com sintomatologia		
Evocações	F ¹	Ord. ²	Evocações	F ¹	Ord. ²
Ansiedade	2,6	3,02	Ansiedade	4,4	3,06
Cuidado	2,3	3,18	Angústia	2,8	2,95
Família	1,8	3,35	Desesperador	1,7	2,90
Angústia	1,6	3,04	Família	1,6	3,42
Máscara	1,5	3,05	Saudade	1,6	3,70
Quarentena	1,5	2,99	Raiva	1,4	2,98
Saudade	1,4	3,49	Dor	1,3	3,20
Esperança	1,4	3,87			

3º Quadrante					
Frequência < 1.3 / Ordem de evocação < 2.9					
G1 - Mulheres sem sintomatologia			G2 - Mulheres com sintomatologia		
Evocações	F ¹	Ord. ²	Evocações	F ¹	Ord. ²
Vírus	1,0	2,45	Pandemia	1,2	2,30
Raiva	1,0	2,87	Vírus	0,8	2,41
Cansaço	0,8	2,72			

4º Quadrante					
Frequência < 1.3 / Ordem de evocação ≥ 2.9					
G1 - Mulheres sem sintomatologia			G2 - Mulheres com sintomatologia		
Evocações	F ¹	Ord. ²	Evocações	F ¹	Ord. ²
Hospital	1,1	3,21	Máscara	1,3	3,14
Mudança	0,9	3,23	Solidão	1,3	2,91
Saúde	0,9	3,52	Cuidado	1,1	3,35
Fé	0,8	3,48	Hospital	1,0	3,04
Sofrimento	0,8	3,25	Cansaço	0,9	2,90
Distanciamento	0,8	2,99	Impotência	0,9	3,35
Impotência	0,8	3,21	Esperança	0,8	4,25
Higiene	0,7	3,71	Caos	0,7	2,97
Dor	0,7	3,01			