



Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPA
Campus Ministro Reis Veloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi

**COVID-19 RUMINATION SCALE (C-19RS) E A COVID-19 PERCEIVED RISK
SCALE (CPRS): ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Cleiton Uchôa de Melo

Parnaíba

2023

Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAR
Campus Ministro Reis Veloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi

**COVID-19 RUMINATION SCALE (C-19RS) E A COVID-19 PERCEIVED RISK
SCALE (CPRS): ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Cleiton Uchôa de Melo, *Mestrando*
Prof. Dr. Emerson Diógenes de Medeiros, *Orientador*

Parnaíba

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba

M528c Melo, Cleiton Uchôa de
 COVID-19 *Rumination Scale* (C-19RS) e a COVID-19 *Perceived Risk Scale* (CPRS): adaptação e validação para o contexto brasileiro [recurso eletrônico] / Cleiton Uchôa de Melo. – 2024.
 97 f.

 Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2024.
 Orientação: Prof. Dr. Emerson Diógenes de Medeiros.

 1. Ruminação. 2. Percepção de risco. 3. COVID-19. 4. Validade. 5. Precisão. I. Título.

CDD: 614.4



UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA

Cleiton Uchôa de Melo

**COVID-19 RUMINATION SCALE (C-19RS) E A COVID-19 PERCEIVED RISK
SCALE (CPRS): ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O CONTEXTO
BRASILEIRO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação do Professor Dr. Émerson Diógenes de Medeiros.

PARNAÍBA - PI

2023

**COVID-19 RUMINATION SCALE (C-19RS) E A COVID-19 PERCEIVED RISK
SCALE (CPRS): ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O CONTEXTO
BRASILEIRO**

Cleiton Uchôa de Melo

Aprovado em 27 de fevereiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **EMERSON DIOGENES DE MEDEIROS**
Data: 25/08/2026 13:48:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Emerson Diógenes Medeiros

Orientador - Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Documento assinado digitalmente
 **ANA RAQUEL DE OLIVEIRA**
Data: 25/08/2026 19:47:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Dra. Ana Raquel de Oliveira

Examinador - Universidade Federal do Delta do Parnaíba - UFDPAr

Documento assinado digitalmente
 **CARLOS EDUARDO PIMENTEL**
Data: 27/08/2026 22:14:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Eduardo Pimentel

Examinador - Universidade Federal da Paraíba - UFPB

RESUMO

Tendo em vista a gravidade da pandemia de COVID-19, o desconhecimento dos seus efeitos a longo prazo e a identificação de uma lacuna na literatura nacional sobre as temáticas aqui discutidas, este estudo teve como objetivo adaptar as medidas *COVID-19 Rumination Scale* (C-19RS) e a *COVID-19 Perceived Risk Scale* (CPRS), buscando averiguar evidências de validade (construto e convergente) e de precisão das medidas. Para alcançar o objetivo principal, foram realizados dois estudos. O Estudo 1, teve como finalidade a verificação de evidências de validade e precisão das medidas C-19RS e CPRS. Participaram 233 pessoas, com idades variando de 18 a 74 anos ($M=26,88$; $DP=9,88$). Para a C-19-RS os resultados da análise fatorial exploratória indicaram a extração de um único fator, composto por 6 itens e uma consistência interna ($\alpha = 0,85$ e $\omega = 0,86$) igualmente favorável. A CPRS apresentou uma estrutura bifatorial, condizente com o estudo original, e índices de consistência interna adequados (Dimensão Cognitiva: $\alpha = 0,74$ e $\omega = 0,75$; Dimensão Emocional: $\alpha = 0,87$ e $\omega = 0,86$). O Estudo 2 objetivou investigar evidências mais robustas da estrutura fatorial das medidas C-19RS e CPRS no contexto brasileiro, com o intento de comprovar sua dimensionalidade e reunir evidências de validade complementares. Participaram desta etapa 203 com idades variando de 18 a 74 anos ($M=26,98$; $DP=10,51$). Para a C-19RS os resultados indicaram bom ajuste para o modelo testado, confirmando a estrutura unifatorial (CFI= 0,987; TLI= 0,978; RMSEA= 0,032; consistência interna: $\omega=0,85$ e $\alpha = 0,84$) com cargas fatoriais variando de 0,652 a 0,847. Em relação a CPRS, o modelo de medição hipotético confirmou a estrutura bifatorial (CFI= 0,994; TLI= 0,991 e RMSEA= 0,076) com cargas fatoriais variando de 0,486 a 0,916 no fator Dimensão Cognitiva e de 0,731 a 0,853 no fator Dimensão Emocional. Considera-se que foram alcançados os objetivos propostos e espera-se com isso, que os resultados permitam que pesquisadores e outros profissionais possam contar com instrumentos confiáveis e de simples aplicação, que podem auxiliar na avaliação e investigação dos construtos em questão, servindo de base para futuras intervenções e produção de conhecimento sobre os impactos da pandemia de COVID-19.

Palavras-Chave: ruminação; percepção de risco; COVID-19; validade; precisão.

ABSTRACT

Considering the severity of the COVID-19 pandemic, the unawareness of its long-term effects and the identification of a gap in the national literature on the topics discussed here, this study aimed to adapt the COVID-19 Rumination Scale (C-19RS) and the COVID-19 Perceived Risk Scale (CPRS) measures, seeking to ascertain evidence of validity (construct and convergent) and accuracy of the measures. To achieve the main objective, two studies were conducted. Study 1 aimed at verifying evidence of validity and accuracy of the C-19RS and CPRS measures. A total of 233 people participated, with ages ranging from 18 to 74 years ($M=26.88$; $SD= 9.88$). For the C-19-RS the results of the exploratory factor analysis indicated the extraction of a single factor, composed of 6 items and an equally favourable internal consistency ($\alpha = 0.85$ and $\omega= 0.86$). The CPRS maintained the bifactor structure of the original study and adequate internal consistency indices (Cognitive Dimension: $\alpha = 0.74$ and $\omega= 0.75$; Emotional Dimension: $\alpha = 0.87$ and $\omega= 0.86$). Study 2 aimed to investigate more robust evidence of the factor structure of the C-19RS and CPRS measures in the Brazilian context, with the intent of proving their dimensionality and gathering complementary validity evidence. Participants in this stage were 203 with ages ranging from 18 to 74 years ($M=26.98$; $SD=10.51$). For the C-19RS the results indicated a good fit for the tested model, confirming the single-factor structure ($CFI= 0.987$; $TLI= 0.978$; $RMSEA= 0.032$; internal consistency: $\omega=0.851$ and $\alpha = 0.84$) with factor loadings ranging from 0.652 to 0.847. Regarding CPRS, the hypothesized measurement model confirmed the bifactor structure ($CFI= 0.994$; $TLI= 0.991$ and $RMSEA= 0.076$) with factor loadings ranging from 0.486 to 0.916 in the Cognitive Dimension factor and from 0.731 to 0.853 in the Emotional Dimension factor. It is considered that the proposed objectives were achieved and it is hoped that the results will allow researchers and other professionals to rely on reliable and simple-to-use instruments that can help in the evaluation and investigation of the constructs in question and serving as a basis for future interventions and production of knowledge about the impacts of the COVID-19 pandemic.

Keywords: rumination; risk perception; COVID-19; validity; precision.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
PARTE 1. MARCO TEÓRICO.....	13
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1 Ruminação da COVID-19	18
1.2 A percepção de Risco da COVID-19	21
PARTE 2. ESTUDOS EMPÍRICOS	28
2. ADAPTAÇÃO DAS MEDIDAS C-19RS E CPRS PARA O CONTEXTO BRASILEIRO	29
2.1 Método.....	30
<i>2.1.1 Delineamento e Hipóteses</i>	<i>30</i>
<i>2.1.2 Participantes.....</i>	<i>30</i>
<i>2.1.3 Instrumentos</i>	<i>30</i>
<i>2.1.4 Procedimentos</i>	<i>31</i>
<i>2.1.5 Análise dos dados</i>	<i>32</i>
2.2 Resultados	34
<i>2.2.1 Escala de Ruminação da COVID-19.</i>	<i>34</i>
<i>2.2.2 Escala de Percepção de Risco para o COVID-19.</i>	<i>36</i>
2.3 Discussão parcial	38
3. COMPROVAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL E EVIDÊNCIAS COMPLEMENTARES DE VALIDADE DAS MEDIDAS	41
3.1 Método.....	42
<i>3.1.1 Delineamento e hipóteses</i>	<i>42</i>
<i>3.1.2 Participantes.....</i>	<i>44</i>
<i>3.1.3 Instrumentos</i>	<i>46</i>
<i>3.1.4 Procedimentos</i>	<i>47</i>
<i>3.1.5 Análise dos dados</i>	<i>47</i>
3.2 Resultados	48
3.3 Discussão parcial	55
3.4 Discussão geral	60
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXOS.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cargas Fatoriais Escala de Ruminação da COVID-19	35
Tabela 2. Cargas Fatoriais Escala de Percepção de Risco para o COVID-19	37
Tabela 3. Estatísticas descritivas dos participantes do Estudo 2.....	45
Tabela 4. Correlações entre medidas do Estudo 2	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura Fatorial da Escala de Ruminação da COVID-19	49
Figura 2: Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Risco da COVID-19	50
Figura 3: Gráfico <i>Heatmap</i> das correlações entre as variáveis do Estudo 2	54

Tendo seu início registrado na cidade de Wuhan, China, no final de 2019, a SARS-CoV-2, síndrome respiratório aguda grave, mais tarde renomeada *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19 ou Doença do Coronavírus, em tradução livre) foi oficialmente classificada como uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março de 2020 (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020; World Health Organization - WHO, 2021). Por se tratar de uma doença nova, para a qual não existia vacina ou tratamento medicamentoso eficaz e pelo seu comportamento errático e de rápida disseminação, foram implementadas medidas de isolamento, de restrição da locomoção, além de recomendações de distanciamento social em todo o mundo, na tentativa de controlar e conter a disseminação viral (Liang, 2020; Rafael et al. 2020).

Apesar da semelhança clínica e epidemiológica com outros vírus respiratórios, o uso de protocolos de contingência como o Plano de Influenza Pandêmica (Pandemic Influenza Plan), elaborado por pesquisadores dos Estados Unidos para intervenção em casos de gripe pandêmica, não deveria ser aplicado sem ressalvas (Freitas et al, 2020). Seria preciso considerar a heterogeneidade nos indicadores de transmissão entre diferentes países, já que estes podem variar a depender, por exemplo, das ações tomadas, da disponibilidade de suprimentos como equipamentos de proteção e testes, da estrutura dos serviços de saúde, de questões culturais e políticas etc. (Freitas et al., 2020; Marson, & Ortega, 2020; Rafael et al., 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em fevereiro de 2020. Desse período até meados de janeiro do corrente ano, já são mais de 35 milhões de casos oficialmente registrados no país, com óbitos ultrapassando a casa dos 696 mil (Coronavírus Brasil, 2023). Ademais, fontes oficiais do governo brasileiro apresentam dados contraditórios sobre o impacto da doença, sendo muito provável que a propagação real do vírus vindo sendo subestimada (L. Silva et al, 2020). À medida que crescem, esses números aumentam as preocupações da

população em geral de adoecer ou sofrer a perda de um ente querido, principalmente em áreas mais gravemente afetadas (Liu et al, 2020; Nikolova et al, 2021).

Estudos como os conduzidos por Marson e Ortega (2020) elencam características da realidade brasileira que contribuem para o aumento da gravidade da COVID-19 no país. Dentre eles, cabe destacar os seguintes: 1) o Brasil possui um número elevado de grupos de risco conforme descritos pela OMS, como pessoas acima de 60 anos, indígenas, obesos, cardíacos etc.; 2) o país tem dimensões continentais e sofre grandes variações a cada região em termos de comportamento social, cultura e herança genética; 3) a disparidade social e econômica entre as regiões e o elevado número conglomerados urbanos desordenados, como as favelas, corroboram para várias questões relacionadas à pandemia de COVID-19, como saneamento, acesso a informações sobre a doença, disponibilidade de exames diagnósticos, número de UTIs, etc.; 4) os cortes e reduções no apoio financeiro a pesquisa científica e as Universidades, (principalmente federais e públicas, muitas das quais mantêm Hospitais Universitários) limitam os mecanismos para lidar com a doença e recursos para realização do diagnóstico e tratamento da COVID-19 (Nunes et al., 2020; Portela et al., 2020; Santos et al, 2020).

A baixa adesão da população à quarentena e às recomendações dos órgãos de saúde, além de contribuir para o aumento no número de infecções, também possuíam o potencial de elevar a demanda por UTIs e gerar um colapso geral do sistema de saúde, principalmente nos primeiros meses de pandemia (Marson, & Ortega, 2020; Portela et al., 2020). Além disso, a falta de políticas de saúde pública efetivas por parte do Governo Federal, a discordância nos discursos públicos entre seus membros e o uso de campanhas que diminuía a gravidade do vírus, tornaram o combate a COVID-19 ainda mais difícil (Campos, 2020; Lancet, 2020; Marson & Ortega, 2020; Rafael et al., 2020). Combinados, todos estes fatores ajudaram a colocar o Brasil no ranking mundial dos países com o maior número de infecções e mortes causadas pelo coronavírus e em primeiro lugar na América Latina (Lancet, 2020; WHO, 2021).

Embora a taxa de letalidade da COVID-19 seja menor do que a de SARS-CoV e MERS (epidemias registradas em 2002 e 2012 e com taxas de letalidade de 10 e 40%, respectivamente), a pandemia associada a COVID-19 tem sido considerada muito mais grave (Rafael et al., 2020; Shi et al., 2020). Toda a população é considerada suscetível a doença, sem a predominância de contaminação de determinado sexo ou idade (Wolff et al, 2020).

Os sintomas na maioria dos infectados variam de leves a moderados, sendo os mais comuns: febre, tosse seca, fadiga, dores de cabeça e dores musculares. No entanto, aproximadamente 20% dos indivíduos acometidos com COVID-19 desenvolvem a forma grave da doença, cujas complicações incluem insuficiência respiratória, lesão hepática, lesão miocárdica aguda e até mesmo falência de múltiplos órgãos e morte (Berlin, 2020; Struyf et al., 2020; Shrock et al., 2020).

Além disso, mesmo após quase três anos de pandemia ainda não se tem uma compreensão total do comportamento do vírus e os seus efeitos. Pesquisas recentes, por exemplo, mostram que o coronavírus não ataca apenas os pulmões: coração, rins, cérebro, artérias, nervos e a pele são outros órgãos que apresentam danos ou atrofia em suas funções em indivíduos infectados. Outras pesquisas mostram que a doença pode causar coágulos sanguíneos e inflamação em muitas partes do corpo, mesmo em casos considerados leves (Alqahtani et al, 2023; Birman, 2023; Malik & Dhuldhaj, 2023).

Parte disso é decorrente do potencial inflamatório que o vírus possui no organismo, independente da gravidade da infecção, e das diversas mutações que vem sofrendo. As variantes identificadas até agora também acabam impactando diretamente a eficácia das vacinas administradas anteriormente, prolongando a situação pandêmica e criando um ciclo onde mais variantes tendem a acontecer (Alqahtani et al, 2023; Birman, 2023; Malik & Dhuldhaj, 2023).

Fatores de risco para a progressão da doença também ainda não foram completamente estabelecidos. No entanto, evidências preliminares sugerem que a forma grave da COVID-19

tem maior probabilidade de se instalar em indivíduos de idade mais avançada, do sexo masculino e naqueles com comorbidades subjacentes (Acosta et al., 2020; Killerby et al., 2020; Shi et al., 2020).

Ademais, pacientes assintomáticos também foram relatados (embora a frequência dessa condição ainda não tenha sido determinada) e estes em particular constituem uma fonte de transmissão importante e imprevisível já que não podem ser prontamente identificados. O número desconhecido de pessoas com infecção assintomática pode explicar por que a COVID-19 parece ser mais contagiosa, por exemplo, do que o SARS-CoV, cuja transmissão é amplamente limitada a pacientes sintomáticos (Kim et al., 2020; Nishiura et al. 2020; Shi et al., 2020; Struyf et al., 2020).

Autores como Linhares e Enumo (2020) e Liang (2020) trazem que os impactos da pandemia vão além da saúde física, atingindo também a saúde mental e as relações sociais de modo incontestável nos mais diferentes contextos. Apesar de não ser possível precisar os efeitos a longo prazo que a pandemia terá na população de modo geral (Nikolova et al., 2021), diversas pesquisas apontam para a ocorrência comum nesse período de sentimentos de insegurança e estresse em diversos segmentos e grupos (Boyraz, & Legros, 2020; Ramírez et al, 2020; Spinelli et al, 2020; Song, 2020; Taylor et al., 2020). Estes desdobramentos serão melhor abordados na seção a seguir, com especial foco nos fenômenos da ruminação e da percepção de risco.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

Especificamente durante épocas pandêmicas, a literatura nos mostra que as respostas de medo, angústia e estresse estão relacionados principalmente à possibilidade de ser infectado, de entrar em contato com superfícies contaminadas, à preocupação com a saúde dos entes queridos, à imposição de medidas restritivas de isolamento e de distanciamento social, à falta de fontes de informação confiáveis, à frustração e ao tédio, entre outros fatores (Enumo et al, 2020; Seidi et al, 2020; Taylor et al., 2020). A prevalência da ansiedade pode variar grandemente no início de uma pandemia, no entanto, quando o período pandêmico se estende por um longo prazo podem-se desencadear ou exacerbar os transtornos mentais, como os de humor, de ansiedade e estresse traumático (Taylor, 2019).

Estes estados emocionais negativos, caso não sejam modulados apropriadamente, afetam diretamente os processos fisiológicos do indivíduo, seus padrões de resposta comportamental e podem levar a depressão, ansiedade, irritabilidade, comportamentos compulsivos e sintomas de estresse traumático, como insônia, pesadelos e pensamentos intrusivos (Blaxton & Begerman, 2017; Cohen et al., 2007; Linhares & Enumo, 2020; Wen et al., 2021). Conhecer os fatores de risco para a saúde mental da população durante este período pandêmico é imperativo para o processo de tomada de decisão quanto às estratégias e ponderação dos grupos prioritários para as ações de prevenção e tratamento (D. Silva et al, 2021) e alguns estudos trazem contribuições quanto a isso.

Dentre as variáveis de risco identificadas, o gênero atua como um dos principais, com mulheres apresentando uma probabilidade até três vezes maior que os homens, de desenvolver transtornos mentais menores no atual contexto (Duarte et al, 2020; D. Silva et al., 2021; Song et al., 2020). Ser mais jovem, possuir diagnósticos prévios de transtorno mental, fazer parte de algum grupo de risco, contar com níveis mais baixos de suporte social percebido, ter perdido renda durante a pandemia, a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a proximidade social ou geográfica com infectados também constituem fatores predisposicionais

importantes (Browning et al., 2021; Chen et al., 2021; De Kock et al., 2021; Duarte et al. 2020; Liu et al., 2020; D. Silva et al., 2021).

Entre os profissionais da saúde, estes fatores seguem a tendência da população geral (Silva et al., 2021), com a adição de algumas variáveis específicas. Exercer a enfermagem como profissão, a atuação na linha de frente e o contato próximo ou não com a COVID-19 no trabalho, por exemplo (Duarte et al., 2020; De Kock et al., 2021). Neste cenário, a percepção elevada de suporte institucional e de segurança no trabalho atuam como fatores protetivos (Couto et al., 2020; Tam et al., 2021).

Conforme exposto anteriormente, o conhecimento sobre o vírus e o seu comportamento ainda é escasso e vem sendo construído simultaneamente ao avanço da pandemia (Freitas et al., 2020). Logo, as relações que o indivíduo estabelece com as informações disponíveis sobre a doença também podem ser levadas em consideração. Uma análise breve sobre o papel da mídia neste tópico nos mostra que os estudos divergem, principalmente, quanto aos efeitos que a exposição e o consumo de informações sobre a pandemia têm sobre os indivíduos.

Mesmo antes de ser declarada como uma pandemia, um estudo conduzido através da análise de postagens de 17.865 usuários chineses na rede social *Weibo*, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, apontou um aumento nos scores de emoções negativas como ansiedade e depressão e diminuição de sentimentos positivos e satisfação com a vida. Nesse período, iniciava-se o crescimento no número de casos na China e a identificação do potencial epidemiológico do novo vírus. Dentre os resultados, a pesquisa mostra que a desinformação, a falta de clareza nas comunicações oficiais e protocolos eficazes estão relacionados a um aumento nos sentimentos de indignação, maiores índices de percepção de risco e piora na qualidade de vida. Por outro lado, os dados também apontaram um crescimento em sentimentos de solidariedade e comportamentos de apoio social como doações de dinheiro e suprimentos (Li et al, 2020).

Ademais, trabalhos como os conduzidos por W. Silva et al (2021) e Wang et al. (2021), indicam que o conteúdo das notícias consumidas não tem impacto significativo sobre o bem estar e as emoções dos participantes, quer sejam notícias positivas (como recomendações de saúde ou a reabertura do comércio e escolas) ou negativas (como o aumento no número de infecções e de mortes). Outros achados apontam para uma correlação positiva entre exposição a informações conflitantes ou negativas sobre COVID-19 e estresse agudo, sugerindo que o consumo de informações sobre a pandemia constitui um potencial fator de risco a saúde mental (Chen et al., 2021; Duarte et al., 2020; He et al., 2021).

Em tempo, Liu et al. (2020) trazem que diferentes tipos de informação podem afetar a ansiedade de maneiras distintas. Dados que sugerem que pandemia esteja sob controle ou que diminuam o nível de incerteza que muitas vezes surge pela falta de informação, são relacionados negativamente a ansiedade, por exemplo. De forma contrária, a exposição a informações negativas aumenta o nível de ansiedade dos indivíduos, indicando a necessidade do fornecimento de informações equilibradas (Liu et al., 2020).

Um fenômeno de ocorrência comum neste período é a intitulada Cibercondria, a pesquisa repetida e/ou excessiva na *internet* relacionada à saúde e associada ao estresse emocional (especialmente ansiedade), que pode ter como objetivo a busca de segurança, mas que pode acabar aumentando e/ou mantendo preocupações e ansiedade (Jungmann & Witthöft, 2020). Além disso, pandemia de COVID-19 trouxe consigo a denominada Infodemia, uma superabundância de informações (algumas precisas e outras não) que torna difícil para as pessoas encontrarem fontes precisas e orientações confiáveis quando necessário (WHO, 2020a).

Este fenômeno é facilitado pelas redes sociais e outros recursos online, cujas plataformas que se tornaram criadouros de pensamentos distorcidos, que levam ao pânico, confusão, percepção de ameaças de intensidade irreal. Juntos, estes fatores podem ser atuar

como risco para a Coronafobia, uma resposta excessiva desencadeada de medo de contrair o vírus da COVID-19. Essa condição leva o indivíduo a uma preocupação excessiva, acompanhada com sintomas fisiológicos, estresse significativo sobre perda pessoal e ocupacional, ao aumento de comportamentos de busca e garantia de segurança e evitação de locais e situações públicas, causando prejuízo acentuado no funcionamento da vida diária (WHO, 2020a; Arora et al, 2020).

Seja qual for o caso, no entanto, a exposição prolongada, repetitiva e não controlada à mídia pode reforçar o desenvolvimento de distúrbios relacionados ao trauma por manter o estressor agudo ativo e vivo na mente dos indivíduos por mais tempo, lembrando constantemente as pessoas de informações traumáticas (Holman et al, 2014). Este tipo de relação pode contribuir e até mesmo elevar os índices de estresse agudo acima dos níveis de quem experiencia o evento estressor diretamente, através do fomento de mecanismos como pensamentos intrusivos e a ruminação (He et al., 2021; Holman et al., 2014).

1.1 A Ruminação da COVID-19

O fenômeno da ruminação é caracterizado na literatura como uma série de pensamentos repetitivos, persistentes e focados em eventos ou sentimentos negativos, desagradáveis ou ameaçadores ao sujeito, bem como nas causas ou consequências destes, sendo considerada uma vulnerabilidade cognitiva para vários distúrbios de ansiedade, humor e alimentação (González et al, 2017; Menezes et al, 2017). Este processo, implicado no processo de rememoração de experiências, tem efeitos intensificadores negativos no humor e apresenta ainda diferenças significativas entre grupos com diferentes idades, com pessoas mais jovens apresentando uma tendência maior a ruminação (Ricarte et al, 2020).

Com relação a prevalência entre gêneros, a ruminação não apenas é mais presente em mulheres como também atua como variável mediadora nas pontuações depressão, o que pode

ajudar na compreensão da diferença entre homens e mulheres neste quesito (Treynor et al, 2003). Este processo de pensamento da consciência privada difere da reflexão por estar diretamente associada ao traço de personalidade neuroticismo, enquanto o último está relacionado à abertura a experiência e a uma autoexploração criativa, interessada na ampliação do autoconhecimento (Trapnell & Campbell, 1999).

Com relação a sua etiologia, estudos apontam que a tendência a ruminação está ligada a dificuldades no esquecimento de informações não relevantes e na atualização da memória de trabalho, ou ainda, a déficits generalizados no controle cognitivo, manifestado no estreitamento do escopo da atenção (Whitmer & Gotlib, 2013). Neurologicamente, estudos apontam que a ruminação está associada a um aumento da reatividade sustentada da amígdala e do hipocampo, regiões desempenham um papel potencial no controle cognitivo deficiente e no processamento elaborativo da emoção (Mandell et al, 2014).

Ademais, a baixa capacidade de inteligência emocional e perfeccionismo negativo (identificado quando o sujeito tem expectativas irreais e nunca está satisfeito com o seu desempenho) estão associados ao comportamento agressivo e a ruminação da raiva (Besharat & Shahidi, 2010; García-Sancho et al, 2016). Estas variáveis predis põem o indivíduo a experimentar raiva e ruminação raivosa por meio do estabelecimento de altos padrões de desempenho, aumento da generalização de falhas percebidas, autoavaliação negativa e medição da autovalorização em termos de objetivos inatingíveis de realização e produtividade (Besharat & Shahidi, 2010).

Alguns autores ainda classificam a ruminação em dois tipos, positiva ou negativa, a depender dos seus efeitos nas emoções e nos sintomas psicopatológicos, do contexto intrapessoal e situacional em que ocorre, do foco do conteúdo ruminativo e da sua duração (Bui et al, 2011; Dempsey et al, 2011; Ricarte et al., 2020; Taylor et al., 2003). Entre as principais consequências na ruminação negativa estão: a) depressão, b) ansiedade e c) dificuldades na

saúde física (Michl et al, 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2008; Whitmer, & Gotlib, 2013). Positivamente, a ruminação pode atuar: a) na recuperação de eventos traumáticos, b) na preparação adaptativa e planejamento antecipatório, c) na recuperação de episódios depressivos e d) na adesão de comportamentos promotores de saúde (Dempsey et al., 2011; Ricarte et al., 2020; Watkins, 2008).

Apesar de o stress e a preocupação serem respostas comuns em situações ameaçadoras, marcadas pela incerteza ou cuja resolução se encontre além do controle individual, pensamentos ruminativos sustentados por um período longo de tempo podem impedir a recuperação dos sujeitos ou sobrecarregar seu bem-estar (Cohen et al, 2007; Nikolova et al., 2021). Estudos recentes, como o que foi conduzido por Wang et al. (2021), buscaram relacionar o efeito que o foco da atenção na pandemia tem no bem-estar dos indivíduos. Os resultados nos mostram que o foco na pandemia de COVID-19 impactou significativamente as emoções dos participantes com o aumento de emoções negativas e a diminuição de positivas, mesmo em indivíduos saudáveis e em isolamento doméstico.

Especificamente, além de impactar o bem-estar, a ruminação da COVID-19 está relacionada à exaustão, pior qualidade do sono e diminuição do vigor para o trabalho, estando positivamente correlacionada a maiores índices de sintomas depressivos (Bakker et al, 2021; Jamieson et al., 2021). Ademais, pode impedir a resolução adaptativa de problemas, induzir a uma maior desesperança, reduzindo a motivação para o enfrentamento dos problemas e trazendo como resultado o prolongamento de sintomas depressivos (Ye et al., 2020). Quanto a influência do apoio social na relação entre ruminação e bem-estar, a literatura apresenta algumas considerações.

Apesar da busca por apoio social ser tipicamente vista como algo positivo (pelo seu potencial de aliviar a angústia e promover bem-estar), dentro do contexto da corrente pandemia este comportamento pode trazer consequências negativas quando associado a co-ruminação.

Este construto é definido como um comportamento de busca de apoio social que engloba uma reelaboração excessiva e especulação sobre problemas e emoções negativas relacionadas a um contexto específico. No cenário atual, a co-ruminação pode agravar o impacto da pandemia tanto na internalização dos sintomas (especificamente medos relacionados à COVID e sintomas depressivos) quanto no engajamento de ações, pela insistência no conteúdo negativo das experiências (Starr et al, 2021).

Em contrapartida, enquanto a ruminação agrava, o apoio social pode mitigar o sofrimento psicológico causado pela pandemia, sendo um fator de proteção no enfrentamento da crise atual. Além disso, quando indivíduos são capazes de se envolver em processos de pensamento deliberados e significativos, pode-se concentrar nos aspectos positivos mesmo em meio à incerteza (Kang & Kim, 2021; Carr, 2019). Este tipo de ruminação, denominada adaptativa em relação as demais definições apresentas, apresenta uma correlação positiva com crescimento pós-traumático relacionada a pandemia de COVID-19 (Shigemoto, 2022).

A ruminação pode ainda reforçar o medo específico do indivíduo sobre a COVID-19 e perturbar o seu bem-estar (Satıcı et al, 2022). Nesse contexto, a incerteza, a ansiedade, preocupação e outras emoções relacionadas ao medo podem promover a ruminação relacionada a ameaças por períodos prolongados, através de interferências no processamento de informações e na percepção de risco (Cameron, 2003; Satıcı et al, 2022).

1.2 A Percepção de Risco da COVID-19

As medidas de segurança impostas pela pandemia, como o lockdown, a quarentena e o isolamento social, elevou, para as pessoas em geral, os níveis de sentimentos de preocupação, ansiedade ao se perceberem em risco de serem infectadas pelo coronavírus (Yıldırım & Güler, 2022). A percepção de risco é definida como a avaliação psicológica individual calculada

através de uma consideração por parte do sujeito da gravidade e probabilidade de um determinado evento adverso ocorrer (Li & Qian, 2022; Yıldırım & Güler, 2022).

Esta percepção reflete as avaliações intuitivas dos sujeitos sobre vários perigos aos quais eles estão ou podem estar expostos, estando incluídas aqui consequências indesejáveis associadas a uma causa específica (Geng et al., 2021). Dentro do contexto da pandemia de COVID-19, uma maior percepção de risco está relacionada a níveis mais altos de estados emocionais específicos (como medo e ansiedade) e sofrimento psíquico (Qian & Li, 2020; Cheli et al., 2022). O conhecimento sobre o assunto ou evento, a visibilidade e a confiança nas autoridades podem aumentar ou diminuir estes sentimentos e percepções durante crises de saúde (Geng et al., 2021).

A percepção é o que permite os indivíduos tomar consciência de eventos externos, estando incluído os fatores e índices de risco. No entanto, características situacionais, sociais, psicológicas, políticas, de gênero, bem como estereótipos, motivações, experiências, crenças, atitudes e condições internas (como a atenção e a memória) selecionam os estímulos recebidos, podendo levar a o sujeito a ignorar determinadas informações ambientais. Tal fenômeno pode ajudar a explicar as diferenças na percepção de risco dos sujeitos sobre uma mesma situação (Li et al., 2021; Puerta Cortés, 2020).

A percepção de risco a saúde dentro uma situação pandêmica pode desencadear mudanças cognitivas e emocionais que preparam o indivíduo para a autoproteção e acaba sendo um importante preditor da aceitação das medidas de prevenção implementadas (Malloy-Diniz et al, 2020; Siegrist et al, 2021). Em estudo de revisão sistemática de literatura conduzido por Cipolletta et al (2022), através da análise de 77 artigos relativos à percepção de risco da COVID-19, este constructo esteve relacionado tanto a afetações na saúde mental quanto a previsão no engajamento de comportamentos preventivos, cumprimento de regras governamentais, hábitos diários e medidas de distanciamento social.

Além disso, a confiança nas autoridades pode ainda influenciar no desejo e tomada de decisão para a adoção de ações de proteção durante uma emergência sanitária. Em situações de emergência como conflitos armados, desastres naturais e emergências de saúde como uma pandemia, governos e instituições governamentais tradicionalmente se utilizam de estratégias e ferramentas destinadas a promover o controle social (Ahluwalia, et al., 2021).

Especificamente durante a corrente pandemia, estudos mostram que quando as pessoas confiam nas medidas adotadas pelo Estado e consideram o vírus um inimigo comum, é gerado um sentimento de conexão social, promovendo o estabelecimento de relações afetivas e de resiliência (Etxebarriet, et al., 2020; Shao & Hao, 2020). Informações disponibilizadas pelos governos (como estatísticas detalhadas sobre os número e trajetória dos casos confirmados), ajudam a promover comportamentos de proteção individual. No geral, tais informações auxiliam na conscientização dos indivíduos sobre a gravidade da pandemia e fortaleceram as avaliações de risco individuais (Dai et al., 2020; Shao & Hao, 2020)

A confluência destes fatores pode levar a diferentes estimativas ou julgamentos da realidade. Nestas condições, uma maior percepção de risco em relação à COVID 19, pode levar o indivíduo a regular o seu comportamento para o correto seguimento dos protocolos sanitários de prevenção como a evitação de multidões e reuniões sociais, o uso correto de máscaras faciais e higiene pessoal como a lavagem mais frequente das mãos ou uso de álcool (Puerta Cortés, 2020; Rubaltelli et al. 2020; Li & Qian, 2022; Trifiletti et al., 2022).

Entretanto, diante da percepção da ameaça potencial de contrair a doença, os indivíduos tendem a desenvolver comportamentos de esquiva. Não é incomum, por conta disso, situações de estigma social e discriminação contra indivíduos de determinadas regiões ou origens étnicas, que apresentem sintomas ou que sejam percebidas como tendo estado em contato com o vírus. Esse estigma pode ser intensificado pelo conhecimento insuficiente sobre o vírus, bem como

pela disseminação de desinformação subsequente (Malloy-Diniz et al, 2020; Li et al, 2020; UNICEF, 2023; WHO, 2020b).

Outro ponto levantado por autores como Pascual-Leone et al (2021) é o chamado viés de otimismo, que é a crença equivocada em acreditar que as chances do próprio indivíduo vivenciar eventos negativos são menores que o previsto ou em comparação aos seus pares. Tal fenômeno traz complicações em situações como as impostas pela pandemia em curso, que exigem dos indivíduos mudanças comportamentais percebidas como desconfortáveis ou incômodas, a exemplo da imposição de práticas de precaução e higiene (uso de máscaras, isolamento social, etc) e a adesão a vacinação.

Indivíduos com viés de otimismo excessivo são menos propensos a seguir tais recomendações por avaliarem que seu risco individual é baixo, subestimando o seu próprio risco de contrair o vírus. Um viés de otimismo elevado em uma comunidade ou país pode ser um desafio para a comunicação de risco, já que se a maioria das pessoas pensam que são menos vulneráveis do que outras, poucas pessoas podem estar motivadas a mostrar comportamentos de proteção e segurança (Pascual-Leone et al., 2021; Siegrist et al, 2021).

Sendo a percepção de risco um importante determinante na tomada de decisões relacionada à saúde, é preciso reconhecer a influência que a cultura (mitos, crenças) e o convívio social (através da imitação e sua valorização, como por exemplo: "um vizinho não usa máscara quando sai de casa e nada lhe aconteceu, por isso faço o mesmo") têm sobre ela (Gómez, Tejada & Ordoñez, 2022; Puerta Cortés, 2020). Em tempos de crises sociais, como é o caso da pandemia de COVID-19, rumores, teorias da conspiração e “verdades alternativas” tendem a prosperar (De Coninck et al, 2021).

Índices elevados de medo e baixa confiança favorecem o surgimento, a manutenção e o engajamento em teorias de conspiração, principalmente diante de eventos incertos e complexos como a pandemia de COVID-19. As teorias da conspiração desempenham um papel

potencialmente prejudicial pelo potencial em diminuir a confiança nas autoridades e instituições e na formação de comportamentos relacionados à saúde, atuando como barreiras ao cumprimento de comportamentos de proteção e resistência a ações preventivas como adesão a vacinação (Candini et al, 2023; De Coninck et al, 2021).

Estudos como os conduzidos por Marinthe et al. (2020) mostram que durante a atual pandemia indivíduos com pontuações elevada em mentalidade de conspiração estavam mais propensos a se engajar em comportamentos de prevenção não-normativos e menos dispostos a cumprir com os protocolos de segurança orientados pelo governo. Entretanto, maiores pontuações de risco percebido para si mesmo (como o risco de morte) estavam associadas ao cumprimento da norma, aumentando a motivação para se proteger e a conformidade com as medidas de prevenção (Marinthe et al., 2020).

Juntos, estes fatores correlacionam-se a outros comportamentos que podem levar a complicações futuras, como o autodiagnóstico e a automedicação. Como exemplo, em estudo conduzido por Gómez et al. (2022), foi encontrada uma alta associação de variáveis como percepção de risco inadequada, alta presença de mitos e crenças e automedicação especificamente para a COVID-19, influenciadas por recomendações dadas empiricamente através de redes sociais.

Em tempo, no contexto das primeiras epidemias de SARS e influenza H1N1, as percepções de ameaça ou risco para si mesmo se mostraram um forte motivador da decisão de tomar ações de proteção, tais como o uso de máscara. Outras respostas comportamentais de proteção foram influenciadas pelo nível de ansiedade subjetiva, que, por sua vez, foi mediada pela percepção de risco pessoal, controlando as variáveis demográficas, epidemiológicas e geográficas (Ahluwalia, et al., 2021).

Apesar das taxas de mortalidade, pior prognóstico e maior risco de morte da COVID-19 serem maiores entre os homens, mulheres têm apresentado maior prevalência e gravidade

nos índices de ansiedade, depressão, estresse e uma percepção mais elevada do perigo para o coronavírus. A literatura sugere que há uma diferença de gênero na experiência psicológica, somatização e impacto da pandemia COVID-19 e as emoções que ela provoca, indicando que as mulheres são emocionalmente mais vulneráveis aos efeitos do contexto COVID-19, percebendo maiores riscos à saúde do que os homens (Ferrín, 2022; Garcia & Calvo, 2021; Rodriguez-Besteiro et al, 2021; Siegrist, Luchsinger & Bearth, 2021).

Fazer parte de um grupo de risco também está relacionado a uma maior percepção de risco de gravidade de infecção da COVID-19, como é o caso entre fumantes, diabéticos, trabalhadores da área da saúde etc. (Chertok, 2020; Garcia & Calvo, 2021; Qian & Li, 2020). Ademais, diferenças no engajamento em comportamentos de prevenção e percepção de risco relativa à pandemia, podem refletir a influência do nível socioeconômico e escolaridade neste quesito. O nível de compreensão, a elaboração de planos de cuidado e acesso aos cuidados básicos podem ser dificultadas por consequências próprias de situações econômicas adversas (Malloy Diniz, 2020).

A elevação na percepção de risco da COVID-19 está ainda correlacionada a uma maior percepção na perda de controle, prejudicando o bem-estar e a qualidade da tomada de decisões dos indivíduos (Li & Qian, 2022). Malloy Diniz et al (2020) alertam que a percepção de risco pode levar a padrões de hipervigilância e imobilização e que a identificação de pessoas com essas características, a partir de instrumentos de rastreio, pode contribuir para que esses indivíduos não sejam alocados em funções estratégicas, nem de alta exposição ao estresse.

Assim, frente ao panorama apresentado até o momento, isto é, a definição e questões conceituais em relação ao fenômeno da ruminação e da percepção de risco da COVID 19, além de suas relações empíricas e teóricas e seus correlatos, parece oportuno contar com instrumentos que avaliem tais fenômenos de forma rápida, precisa e que preencham uma lacuna percebida

no cenário nacional referente a estas temáticas específicas. Tal conjuntura fundamenta os esforços angariados para a execução da presente pesquisa.

Este trabalho tem por objetivo adaptar para o contexto brasileiro as medidas *COVID-19 Rumination Scale* (C-19RS) e a *COVID-19 Perceived Risk Scale* (CPRS), buscando averiguar evidências de validade (construto e convergente) e de precisão. E como objetivos específicos: (1) adaptar as medidas C-19RS e CPRS para o contexto brasileiro, (2) reunir evidências de validade interna e precisão dos instrumentos, além de (3) verificar evidências de validade convergente para medidas externas, por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS- 21), da Escala de Comportamentos Preventivos de Infecção por COVID-19 e das Escalas de Medo e Ansiedade da COVID-19, fenômenos relacionados positivamente a ruminação e a percepção de risco na literatura.

Para alcançar os objetivos propostos, estimou-se a realização de dois estudos independentes. No Estudo 1, a ser apresentado a seguir, a ênfase é exploratória, tendo como objetivo a verificação de evidências de validade e precisão das medidas C-19RS e CPRS. No Estudo 2 a essência é correlacional e confirmatória, tendo como base medidas externas e variáveis do questionário sociodemográfico.

PARTE 2 ESTUDOS EMPÍRICOS

2. ADAPTAÇÃO DAS MEDIDAS: C-19RS E CPRS PARA O CONTEXTO

BRASILEIRO

2.1 Método

2.1.1 Delineamento e Hipóteses

Tratou-se de um estudo não experimental (correlacional) do tipo ex-post-facto com enfoque psicométrico, objetivando reunir evidências de validade fatorial e precisão das medidas C-19RS e CPRS no contexto brasileiro. Para tanto e tendo como base o referencial apresentado anteriormente, formulou-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A Escala de Ruminação da COVID-19 (C-19RS) apresentará uma estrutura unifatorial com índices psicométricos aceitáveis, demonstrando evidências de validade e precisão, assim como apresentado no estudo original (Nikolova et al, 2021).

Hipótese 2: A Escala de Percepção de Risco da COVID-19 apresentará estrutura bifatorial (cognitiva e emocional), seguindo o estudo original (Yıldırım & Güler, 2020), além de evidências de validade e precisão através de índices psicométricos aceitáveis.

2.1.2 Participantes

Participaram 233 pessoas da população geral de vários estados brasileiros, recrutados de forma não probabilística (acidental). Estes possuíam idades variando de 18 a 74 anos ($M=26,88$; $DP= 9,88$), sendo em sua maioria do Estado do Piauí (63,9%), do sexo feminino (62,2%), solteiros (72%), com ensino superior incompleto (41%). O tamanho amostral é justificado pelas análises estatísticas que foram realizadas, tendo em vista que estas exigem uma proximidade com a distribuição normal (Tabachnick & Fidell, 2013). Como critério de inclusão, os indivíduos deveriam ter 18 anos de idade ou mais e estarem vivenciando a pandemia da COVID-19 no Brasil. A coleta de dados aconteceu entre os meses de dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, época em que se encerrava a segunda onda de transmissão da COVID-19 e despontava uma nova onda com a variante Ômicron, coincidindo com as festas

de final de ano e uma maior flexibilização das medidas de segurança sanitárias impostas anteriormente.

2.1.3 Instrumentos

Os participantes responderam a duas escalas que traduzidas para o português do Brasil. Na oportunidade, os participantes também responderam um Questionário Sociodemográfico. Tais instrumentos estão descritos a seguir.

COVID-19 Rumination Scale (C-19RS; Nikolova et al, 2021) (ANEXO A). Trata-se de uma medida composta por seis itens (por exemplo, Item (3) “Acho difícil esvaziar minha cabeça de pensamentos sobre o coronavírus (COVID - 19) durante meu trabalho”), formulados com base em uma revisão minuciosa das escalas existentes para medir a ruminação. Assim como na versão original, a frase estímulo “Até que ponto você concorda com as seguintes afirmações?” foi utilizada para instruir os entrevistados ao responder às perguntas de ruminação da COVID-19. A escala originalmente foi desenvolvida tendo em conta uma amostra de 523 holandeses, apresentando consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach = 0,85; ômega de McDonald = 0,87). As respostas são fornecidas em um escalonador do tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 = 'discordo totalmente' a 5 = 'concordo totalmente'.

COVID-19 Perceived Risk Scale (CPRS) - (Yıldırım & Güler, 2020) (ANEXO B). A medida é composta por 8 itens, e mede o risco percebido relacionado a COVID-19. Cada item é respondido em uma escala Likert que varia entre 1 (insignificante) e 5 (muito alto). Os dados para elaboração da escala foram coletados em uma amostra composta por 3109 turcos e apresentou uma consistência interna satisfatória para as duas dimensões encontradas (Cognitiva: alfa de Cronbach = 0,74; ômega de McDonald = 0,78), (Emocional: alfa de Cronbach = 0,88; ômega de McDonald = 0,88). A escala inclui dimensão cognitiva (por exemplo, Item 1 “Qual a probabilidade de você contrair a COVID19?”) e dimensões emocionais de risco pessoal (por exemplo, Item 6 “Qual o seu nível de preocupação com a probabilidade

que um membro de sua família contraia a COVID-19?”). Pontuações mais altas refletem níveis mais elevados de risco pessoal relacionado ao COVID-19.

Questionário Sociodemográfico (ANEXO C). objetivando caracterizar a amostra, os participantes responderam a um conjunto de perguntas a exemplo de: idade, sexo, estado que reside, estado civil, religião, nível de escolaridade, etc.

2.1.4 Procedimentos

Inicialmente, as medidas foram traduzidas e adaptadas para o contexto brasileiro por meio do método de tradução reversa (*back-translation*), sendo utilizados parte dos procedimentos sugeridos por Borsa et al (2012). A tradução foi conduzida por dois tradutores independentes e em seguida retraduzida para o inglês, por meio de traduções às cegas, visando verificar a equivalência dos itens das duas versões (português e inglês). Os tradutores estiveram atentos aos ajustes semânticos e idiomáticos, fazendo adequações e correções nos itens, quando necessárias. Garantida a equivalência, com a versão preliminar em língua brasileira, foi realizada a validação semântica (Pasquali, 2016), que buscou avaliar se os itens e o formato da medida estavam compreensíveis.

Logo após, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, seguindo as normas e as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, referentes a realização de pesquisas com seres humanos. Tendo recebido parecer favorável (Número do parecer: 5.158.825 / CAAE: 53971121.1.0000.0192) prosseguiu-se às próximas etapas.

A coleta dos dados ocorreu no formato eletrônico, por meio do *Google Forms*, sendo disponibilizado aos participantes um *link* em redes sociais e aplicativos de mensagens (por exemplo, *Facebook*, *Instagram*, *Twitter*, *WhatsApp* e *Telegram*) e e-mails, nos meses de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. Nesse caso, teve-se em conta a técnica de bola de neve para participação na pesquisa (Dusek et al, 2015).

Na oportunidade, enfatizou-se que para ter disponibilidade ao questionário, os interessados deveriam acessar o link. Ressalta-se que aos participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa, iniciaram os procedimentos de coleta de dados mediante o consentimento voluntário, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), no qual é assegurado o caráter anônimo e confidencial das respostas, enfatizando que a participação se daria de forma voluntária e não traria nenhum prejuízo ou bônus aos participantes, podendo estes desistir a qualquer momento sem ônus. Buscou-se ainda indicar que as análises seriam tomadas no conjunto e somente teriam acesso aos dados os pesquisadores diretamente envolvidos. O pesquisador explicou que o questionário não tinha a finalidade de diagnosticar os participantes, nem essência de respostas certas ou erradas.

Aqueles que concordaram com o termo deveriam clicar no botão “avançar”, o qual dava acesso aos instrumentos que seriam respondidos. Primeiramente, os participantes responderam aos questionários e posteriormente a questões sociodemográficas.

2.1.5 Análise dos dados

Com o SPSS, versão 28, foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra. Foram realizadas Análises Fatoriais Exploratórias (AFEs) robustas, com 500 reamostragens de bootstrap (bias-corrected and accelerated), através do software Factor (versão 12.01.04; Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017) com o objetivo de avaliar a dimensionalidade das Escalas de Ruminação de COVID-19 e de Percepção de Risco para o COVID-19, compreendendo que construtos latentes geram as covariâncias entre os itens de cada escala (Costello & Osbourne, 2005; Ogasawara, 2003; Floyd & Widaman, 1995; Velicer et al, 2000). As análises foram implementadas utilizando uma matriz de correlações policóricas, extração Minimum Rank Factor Analysis (MRFA; Ten Berge & Kiers, 1991), e quando necessário, rotação Robust Promin (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019).

Além disso, verificou-se evidências de precisão através da consistência interna pelos coeficientes alfa de Cronbach (α) e pelo ômega (ω) de McDonald. Para tanto, considerou-se a escala de resposta do tipo Likert como categorias ordenadas (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García, & Vila-Abad, 2010; Lara, 2014).

2.2 Resultados

Os resultados serão apresentados tendo em conta o instrumento avaliado. Neste sentido, considerando a ordem de apresentação da subseção “instrumentos”, iniciar-se-á pela medida *COVID Rumination Scale* (C-19RS).

2.2.1 Escala de Ruminação da COVID-19

Para a Escala de Ruminação da COVID-19, antes de proceder a AFE, verificou-se se os dados poderiam ser submetidos à fatoração. Para tanto, buscou-se verificar se os dados são passíveis de fatoração, os resultados apoiaram o uso da AFE, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,82 (IC95% = 0,72 – 0,86) e o teste de esfericidade de *Bartlett* = 838,9, *gl* = 15, *p* < 0,001. Esses valores demonstram que a matriz de correlações é adequada para a análise, considerando que o primeiro indica a possibilidade de aplicação da AFE para o conjunto de dados, sendo aceitáveis valores acima de 0,70 (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009) e o segundo por sua vez, avalia em que medida a matriz de (co)variância é similar a uma matriz-identidade, rejeitando tal hipótese quando os níveis de significância são menores que 0,05 (Tabachnick & Fidell, 2013).

A Análise paralela baseada em método de extração *Minimum Rank Factor* (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) foi tida como critério de decisão da quantidade de fatores a serem extraídos, esta análise indicou a existência de um único fator. Neste sentido, a AFE robusta foi rodada, fixando a extração de 1 fator sem rotação, resultando em um único fator com valor

próprio igual a 3,86, que explicou 77,7% da variância total. As cargas fatoriais e demais informações podem ser consultadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1.

Cargas Fatoriais Escala de Ruminação da COVID-19

Itens	Fator	IC95%		h ²
02. Eu percebo que penso no coronavírus (COVID – 19) várias vezes ao dia	0,891	0,851	0,921	0,794
04. Mesmo quando estou envolvido em uma atividade recreativa (por exemplo, hobby, esportes) eu penso no coronavírus (COVID-19)	0,815	0,744	0,854	0,664
03. Acho difícil esvaziar minha cabeça de pensamentos sobre o coronavírus (COVID – 19) durante meu trabalho	0,810	0,672	0,858	0,656
05. Pensamentos sobre o coronavírus (COVID-19) perturbam meu sono	0,777	0,708	0,843	0,604
01. Estou preocupado com o coronavírus (COVID-19)	0,772	0,666	0,845	0,596
06. Tenho medo de infecção por coronavírus (COVID – 19) por mim e pela minha família	0,742	0,632	0,817	0,551
Alfa de Cronbach	0,855	0,823	0,882	—
Ômega de McDonald	0,862	0,834	0,889	—

Nota: * h²: comunalidade

Os autores Tabachnick e Fidell (2007), apontam critérios de avaliação das cargas estatisticamente significativas, sendo 0,32 (“ruim”), 0,45 (“regular”), 0,55 (“bom”), 0,63 (“muito bom”) e 0,71 (“excelente”). Nota-se que todos os 6 itens saturaram com cargas fatoriais superiores a 0,74, variando de 0,742 (Item 06. Tenho medo de infecção por coronavírus [COVID – 19] por mim e pela minha família) a 0,891 (Item 02. Eu percebo que penso no coronavírus [COVID – 19] várias vezes ao dia), o que sugere que cada item contribui substancialmente para o fator.

Finalmente, a consistência interna foi avaliada pelo Alfa de Cronbach padronizado ($\alpha = 0,855$) e ômega de McDonald ($\omega = 0,862$) que indicaram adequada evidência de precisão, inclusive com valores superiores aos recomendados pela literatura ($\geq .70$; Cortina, 1993; Taber,

2018). Em seguida, são apresentados os resultados encontrados para a Escala de Percepção de Risco para a COVID-19.

2.2.2 Escala de Percepção de Risco para o COVID-19

Inicialmente buscou-se conhecer em que medida a matriz de correlações policóricas é fatorável. Os resultados indicaram fatorabilidade à AFE, com índices KMO = 0.765 e esfericidade de Bartlett com $\chi^2 = 1090,7$ (gl = 28) e $p < 0.001$. Na oportunidade, com a análise paralela baseada no *Minimum Rank Factor* (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) foi possível identificar a indicação de extração de dois fatores considerando a média de variância explicada dos fatores reais quando comparados aos aleatórios. Neste sentido, uma AFE robusta, com extração *Minimum Rank Factor Analysis* (MRFA; Ten Berge, & Kiers, 1991) foi rodada, solicitando a extração de dois fatores, que apresentaram valores próprios (*Eigenvalues*) 3,76 e 1,85 e explicaram 70% da variância total (47% e 23%, respectivamente). As cargas fatoriais dos itens, podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2.

Cargas Fatoriais Escala de Percepção de Risco para o COVID-19

Itens	Dimensão Cognitiva			Dimensão Emocional			h²
	Fator	IC95%		Fator	IC95%		
01. Qual a probabilidade de você contrair (“pegar”) a COVID19?	0,899	0,830	0,995	-0,087	-0,268	0,061	0,816
02. Qual é a probabilidade de você adquirir a COVID-19, em comparação com outras pessoas?	0,942	0,886	1,000	-0,189	-0,338	-0,059	0,923
03. Qual é a probabilidade de você pegar outras doenças (por exemplo, diabetes / asma)?	0,579	0,188	0,691	0,025	-0,148	0,237	0,336
04. Qual é a probabilidade de você morrer da COVID-19?	0,652	0,365	0,745	0,251	0,135	0,396	0,488
05. Qual o seu nível de preocupação com a possibilidade de contrair (“pegar”) a COVID-19?	0,097	-0,008	0,203	0,840	0,722	0,883	0,715
06. Qual o seu nível de preocupação com a probabilidade que um membro de sua família contraia (“pegue”) a COVID-19?	0,013	-0,142	0,131	0,852	0,726	0,914	0,726
07. Qual o seu nível de preocupação com a ocorrência de casos da COVID-19 em sua região?	0,067	-0,030	0,158	0,872	0,789	0,906	0,765
08. Qual o seu nível de preocupação com o surgimento da COVID-19 como um problema de saúde?	-0,076	-0,204	0,019	0,918	0,852	0,949	0,849
Alfa de Cronbach	0,745	0,684	0,796	0,862	0,830	0,889	—
Ômega de McDonald	0,749	0,698	0,800	0,863	0,834	0,892	—

Nota: h²*: Comunalidade não rotacionada

Dessa forma, percebe-se que os itens mantiveram a configuração estrutural encontrada no estudo original (Yıldırım & Güler, 2020), com cargas fatoriais variando de 0,579 [Item 03. Qual é a probabilidade de você pegar outras doenças (por exemplo, diabetes / asma)?] a 0,924 (Item 02. Qual é a probabilidade de você adquirir a COVID-19, em comparação com outras pessoas?) no fator Dimensão Cognitiva, enquanto variaram de 0,852 [Item 06. Qual o seu nível

de preocupação com a probabilidade que um membro de sua família contraia (“pegue”) a COVID-19?] a 0,872 (Item 08. Qual o seu nível de preocupação com o surgimento da COVID-19 como um problema de saúde?), no fator Dimensão Emocional. Por fim, os valores de Alfa de Cronbach padronizado ($\alpha = 0,745$ e $0,862$) e ômega de McDonald ($\omega = 0,749$ e $0,863$) indicaram bons parâmetros de consistência interna para os fatores Cognitivo e Emocional, respectivamente (Cortina, 1993; Taber, 2018).

2.3 Discussão parcial

A AFE é o procedimento estatístico comumente utilizado no desenvolvimento, avaliação e refinamento de instrumentos psicológicos (Damásio, 2012; Floyd & Widaman, 1995). Um de seus propósitos é descobrir a conexão entre os fatores latentes hipotéticos e um conjunto de itens ou indicadores de uma medida, evidenciando sua dimensionalidade (Markus & Borsboom, 2013; Costello & Osbourne, 2005; Ogasawara, 2003; Floyd & Widaman, 1995; Velicer et al, 2000).

A verificação do modo de disposição ou agrupamentos dos itens em fatores serve como evidência de validade do instrumento, sugerindo que os itens se encontram influenciados pelo mesmo construto latente (Ambiel & Carvalho, 2017). A AFE empregada neste estudo, com o apoio da Análise Paralela, permitiu averiguar que a C-19RS configura-se como uma medida claramente unifatorial, enquanto a CPRS possui estrutura bifatorial, avaliando a percepção de risco da COVID-19 nas suas dimensões cognitiva e emocional.

Dessa forma, confirmaram-se as Hipóteses 1 e 2 levantadas anteriormente: a C-19RS e a CPRS apresentaram estruturas e reuniram evidências de validade e precisão, condizentes com os achados em seus respectivos estudos originais (Nikolova, et al., 2021; Yıldırım & Güler, 2020). Especificamente, seus parâmetros psicométricos como a porcentagem da variância total

explicada, as cargas fatoriais e os índices de consistência interna podem ser consideradas satisfatórias (Cortina, 1993; Taber, 2018; Pasquali, 2012).

Além disso, verificou-se que as saturações dos itens foram acima do ponto de corte preconizado pela literatura (Hair et al., 2009; Pasquali, 2012). Levando-se em conta que foram empregados os procedimentos recomendados (Hayton et al, 2004; Pasquali, 2012) pode-se considerar que o objetivo inicial foi alcançado e que os achados, até o momento, são confiáveis.

Os resultados referentes a C-19RS também seguem consonantes aos encontrados na validação do instrumento em outros países, como é o caso do estudo conduzido por Bozkur & Kıran (2022) com 835 indivíduos da população turca. Os autores reportam, além da manutenção da estrutura unifatorial, um índice de Alfa de Cronbach também considerado confiável ($\alpha = 0,89$) e próximo ao encontrado neste trabalho.

De modo similar, a CPRS foi adaptada e validada em Portugal através de um estudo conduzido por Leite et al. (2021), com 1122 portugueses. Neste caso, também no primeiro estudo, todos os oito itens apresentaram índices psicometricamente robustos, com coeficientes variando de 0,67 a 0,84 e coeficientes de comunalidade variando de 0,47 a 0,74. A análise fatorial exploratória indicou ainda que os itens poderiam ser agrupados do modo confiável como uma dimensão única ($\alpha = 0,80$, sendo que se o item 3 fosse excluído $\alpha = 0,82$), bem como em uma estrutura bifatorial (Cognitivo $\alpha = 0,85$; Emocional $\alpha = 0,68$), como a encontrada no estudo original e replicada aqui.

Considerando os resultados apresentados até agora, podem-se observar evidências que atestam as qualidades métricas dos instrumentos C-19RS e CPRS, ou seja, evidências de validade e precisão do instrumento na amostra considerada. Destarte, a partir do Estudo 1 pode-se contar com escalas breves e adaptadas para o Português brasileiro com qualidades psicométricas apropriadas, que avaliam a ruminação e a percepção de risco da COVID-19.

Entretanto, faz-se necessário reconhecer a natureza essencialmente exploratória da técnica estatística empregada no presente estudo. Assim, ressalta-se a emergência de serem realizadas pesquisas visando comprovar a estrutura fatorial das Escalas, através de técnicas mais robustas e de natureza confirmatória. Tendo isso em vista, um segundo estudo foi idealizado e executado e será apresentado de forma detalhada na sequência.

3. COMPROVAÇÃO DA ESTRUTURA FATORIAL E EVIDÊNCIAS

COMPLEMENTARES DE VALIDADE DAS MEDIDAS

3.1 Método

3.1.1 Delineamento e hipóteses

O presente estudo é de caráter não experimental (correlacional) do tipo *ex-post-facto* com enfoque psicométrico e objetivou investigar evidências mais robustas da estrutura fatorial das medidas C-19RS e CPRS no contexto brasileiro, com o intento de comprovar sua dimensionalidade e reunir evidências de validade complementares. Para tanto foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 3: A estrutura unifatorial do C-19RS será confirmada, apresentando índices de ajustes com qualidades aceitáveis (Byrne, 2010; Hair, et al., 2009; Tabachnick & Fidell, 2013).

Hipótese 4: A estrutura bifatorial da CPRS será confirmada, tomando como base o que a literatura define como índices de ajuste adequados (Byrne, 2010; Hair, et al., 2009; Tabachnick & Fidell, 2013).

Hipótese 5: A C-19RS apresentará correlação positiva e significativa com as dimensões da CPRS, visto que os dois constructos estão teórica e empiricamente relacionados (Lin & Chung, 2021).

Hipótese 6: A C-19RS apresentará correlação positiva e significativa com as dimensões da DASS-21. Dado que entre as principais consequências na ruminação negativa estarem depressão, ansiedade e o estresse (Michl, McLaughlin, Shepherd & Nolen-Hoeksema, 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2008; Whitmer, & Gotlib, 2013).

Hipótese 7: A C-19RS apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de Medo da COVID-19 (Nikolova et al, 2021).

Hipótese 8: A C-19RS apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de Ansiedade da COVID-19 (Nikolova et al, 2021; Starr et al, 2021)

Hipótese 9: A C19-RS apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de Comportamentos preventivos, visto que um dos desfechos positivos da ruminação é a adesão de comportamentos promotores de saúde (Ricarte et al., 2020).

Hipótese 10: A CPRS apresentará correlação positiva e significativa com as dimensões da DASS-21 (Ferrín, 2022; Garcia & Calvo, 2021).

Hipótese 11: A CPRS apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de Medo da COVID-19 (Cipolletta, Andreghetti e Mioni, 2022).

Hipótese 12: A CPRS também apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de Ansiedade da COVID-19 (Cipolletta et al, 2022).

Hipótese 13: A CPRS apresentará correlação positiva e significativa com a Escala de comportamentos preventivos (Puerta Cortés, 2020; Rubaltelli et al. 2020; Li & Qian, 2022; Trifiletti et al., 2022).

Hipótese 14: Mulheres apresentarão maiores índices de ruminação e percepção de risco da COVID-19, visto que a ruminação é mais frequente em mulheres (Treynor et al, 2003)

Hipótese 15: Mulheres apresentarão ainda pontuações mais elevadas em percepção de risco, dado que este grupo tem apresentado uma percepção mais elevada do perigo para o coronavírus (Ferrín, 2022).

Hipótese 16: Indivíduos que fazem parte do grupo de risco para agravamento da COVID-19 ou possuem familiares ou pessoas próximas nestes grupos apresentarão maiores índices de ruminação (Chertok, 2020; Garcia & Calvo, 2021; Qian & Li, 2020).

Hipótese 17: Fazer parte ou possuir familiares ou pessoas próximas em grupos de risco também estará relacionado a maiores pontuações em percepção de risco da COVID-19 (Chertok, 2020; Garcia & Calvo, 2021; Qian & Li, 2020).

Hipótese 18: Indivíduos que perderam familiares ou pessoas próximas por conta do coronavírus apresentarão maiores índices de ruminação (Dai et al., 2020; Shao & Hao, 2020).

Hipótese 19: Este grupo também apresentará maiores índices de percepção de risco (Dai et al., 2020; Shao & Hao, 2020).

3.1.2 Participantes

Participaram 203 pessoas da população geral de vários estados brasileiros, recrutados de forma não probabilística (acidental). Estes possuíam idades variando de 18 a 74 anos ($M=26,98$; $DP= 10,51$), sendo em sua maioria do Estado do Piauí (63,1%), do sexo feminino (67%), solteiros (80,3%) e com ensino superior incompleto (41,4%). Demais dados foram coletados deste grupo para examinar se a ruminação da COVID-19 difere de acordo com várias variáveis demográficas, apresentadas na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3

Estatísticas descritivas dos participantes do Estudo 2

Variáveis		Frequência	Percentual
Gênero	Masculino	67	33%
	Feminino	136	67%
Já foi diagnosticado com COVID-19	Sim	99	48,8%
	Não	104	51,2%
Você tem diabetes, doença pulmonar ou doença cardíaca?	Sim	23	11,3%
	Não	180	88,7%
Alguém de seu núcleo familiar tem diabetes, doença pulmonar ou cardíaca?	Sim	150	73%
	Não	53	26,1%
Perdeu alguém próximo devido a COVID-19?	Sim	95	46,8%
	Não	108	53,2%
Já foi vacinado contra a COVID-19?	Sim	195	96,1%
	Não	8	3,9%
Total		203	100%

Conforme mostrado na tabela, a maioria (51,2%) dos participantes deste Estudo não haviam sido diagnosticados com COVID-19, nem faziam parte dos chamados grupos de risco para agravamento da COVID-19 (88,7%), mas possuíam alguém em seu grupo familiar que estava nesta condição (73,3%). Quase metade da amostra havia perdido alguém próximo devido a pandemia (46,8%) e chama atenção o percentual da amostra que já havia sido vacinada com pelo menos uma dose contra o coronavírus (96,1%).

3.1.3 Instrumentos

Foram aplicadas as versões adaptadas dos instrumentos descritos no Estudo 1, além de um questionário com características sociodemográficas (por exemplo, idade, sexo, estado civil). Ademais, foram acrescentadas as seguintes medidas:

Escala de Comportamentos Preventivos de Infecção por COVID-19 (ANEXO D) (Chang et al., 2020). O instrumento é composto por seis itens que avaliam a frequência com que os indivíduos realizam comportamentos preventivos recomendados pela OMS. Os itens são respondidos em uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 = quase nunca; 5 = quase sempre). Exemplo: (03) “Com que frequência você evita tocar seus olhos, nariz e boca?”.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO E) (DASS- 21; Lovibond & Lovibond, 2004; adaptada para o Brasil por Vignola & Tucc, 2014), cujo itens estão divididos, equitativamente, em três fatores: depressão, ansiedade e estresse. A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos, variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo).

Escala de Medo da COVID-19 (ANEXO F) (Ahorsu et al., 2020). Adaptada para o Brasil por Medeiros et al. (2021), é uma medida composta por sete itens, que avaliam de forma global o medo da COVID-19. Tendo como exemplo os itens 03 “Minhas mãos ficam suadas quando penso no COVID-19” e o item 05 “Quando assisto notícias e histórias sobre o COVID-19 nas mídias sociais, fico nervoso(a) e ansioso(a)”. Estes são respondidos em escala de cinco pontos tipo Likert, variando entre 1 (Discordo fortemente) a 5 (Concordo fortemente).

Escala de Ansiedade ao Coronavírus (ANEXO G) (Lee, 2020). Trata-se de uma medida composta por cinco itens, adaptada ao Brasil por Padovan-Neto (2021), que avalia de maneira global as manifestações de ansiedade disfuncional associada à crise do COVID-19. Tendo como exemplo os itens 01 “Fiquei tonto(a), atordoado(a) ou fraco(a) quando li ou ouvi notícias sobre o coronavírus” e o item 05 “Senti náuseas ou tive problemas estomacais quando pensei ou fui

exposto(a) a informações sobre o coronavírus.”. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 (Nem um pouco) a 4 (Quase todo dia nas últimas 2 semanas).

3.1.4 Procedimentos

A coleta de dados seguiu os mesmos procedimentos do estudo 1, sendo obedecidas as orientações previstas nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, os participantes responderam individualmente cada medida. A todos foi informado que sua participação era voluntária, assegurando-se também o anonimato das suas respostas. Estima-se que, em média, 20 minutos foram suficientes para a participação na pesquisa. Todos os procedimentos estão de acordo com o que preconiza as normas éticas de pesquisa com seres humanos no Brasil.

O período de coleta dos dados se deu entre os meses de dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, época em que se encerrava a segunda onda de transmissão da COVID-19 e despontava uma nova onda com a variante Ômicron, coincidindo com as festas de final de ano e uma maior flexibilização das medidas de segurança sanitárias impostas anteriormente. Apesar da nova subida nos índices de transmissão, os efeitos da vacinação eram perceptíveis, com mais de 60% da população vacinada e a média diária de óbitos abaixo de 250 casos, derrubando a letalidade da COVID-19 de entre 2 a 3% dos casos para 0,3% (Fiocruz, 2022).

3.1.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados e analisados através do software JASP versão 0.16.03.0. Foram calculadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão) e correlações de Pearson. Além disso, foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) robustas, com estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) e tendo em conta as matrizes de correlações policóricas, para as medidas utilizadas no Estudo 1.

Os seguintes indicadores de ajustes foram tidos em conta (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009; Marôco, 2014; Tabachnick, & Fidell, 2013): (1) Comparative Fit Index (CFI) e (2) Tucker-Lewis Index (TLI) admitindo-se, em ambos, valores a partir de 0,90, como referências de um modelo ajustado; (3) Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) e seu intervalo de confiança (IC90%), com valores inferiores a 0,06 indicando ajuste satisfatório, admitindo-se até 0,10. Finalmente, visando reunir evidências de precisão das escalas, calculou-se o ômega de McDonald, no qual valores iguais ou superiores a 0,70 asseguram a consistência interna.

Ademais, o software também foi utilizado para calcular as correlações de *Pearson*, a fim de conhecer as relações entre as medidas, que possibilitaram reunir evidências de validade convergente, além de testes-t de *Student* para medidas independentes, a fim de identificar a influência de algumas variáveis sociodemográficas (sexo, diagnóstico prévio de COVID-19 etc) na ruminação e percepção de risco sobre o coronavírus.

3.2 Resultados

Para testar a estrutura unifatorial da C-19RS evidenciada no Estudo 1, foi rodada AFC robusta, com estimador DWLS. Os resultados indicaram bom ajuste para o modelo testado, com índices CFI= 0,987; TLI= 0,978; RMSEA= 0,032 (IC90%= 0,012 – 0,056), foram considerados adequados, mais informações podem ser consultadas na Figura 1, a seguir.

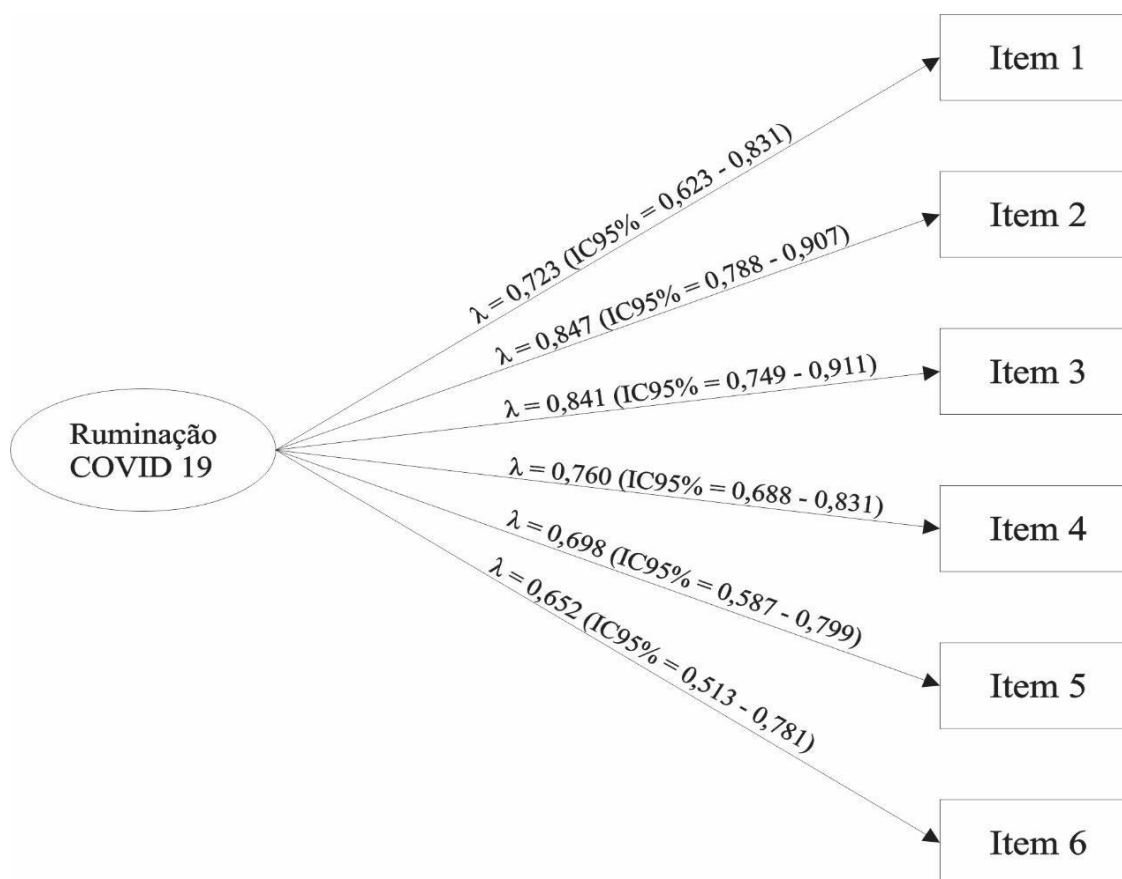


Figura 1: Estrutura Fatorial da Escala de Ruminação da COVID-19

Os indicadores de consistência interna sugerem adequadas evidências de fidedignidade [$\omega=0,851$, IC95% (0,819 – 0,882) e $\alpha = 0,84$, IC95% (0,803 – 0,872)]; Kline, 2015]. As cargas fatoriais variaram de 0,652 (item 06. Tenho medo de infecção por coronavírus [COVID – 19] em mim e na minha família) a 0,847 (item 02. Eu percebo que penso no coronavírus [COVID – 19] várias vezes ao dia), conforme exposto na Figura 1. Em suma, pode-se perceber que os resultados endossam evidências complementares de validade de construto e consistência interna da Escala de Ruminação da COVID-19 em amostras brasileiras, corroborando a estrutura unifatorial observada do Estudo 1.

No tocante a *CPRS*, buscou-se reunir evidências psicométricas adicionais que permitissem verificar a estrutura bifatorial evidenciada na AFE. Para tanto, a Análise Fatorial Confirmatória robusta foi rodada com estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS).

O modelo de medição hipotético forneceu indicadores satisfatórios de ajuste de modelo de dados: CFI= 0,994; TLI= 0,991 e RMSEA= 0,076 (IC90%= 0,044 – 0,100). As cargas fatoriais da medida são apresentadas na Figura 2 a seguir.

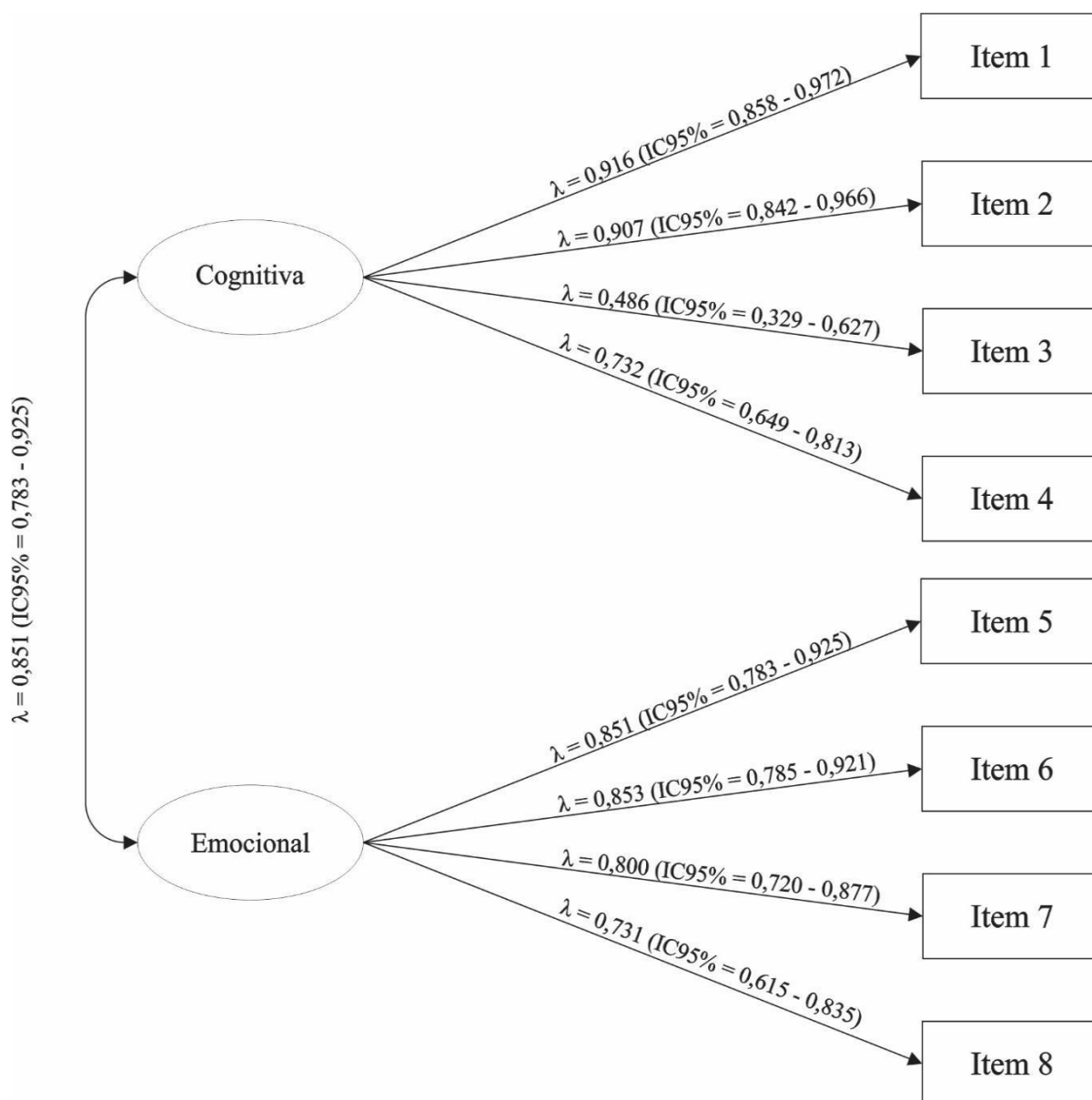


Figura 2: Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Risco da COVID-19

As cargas fatoriais variaram de 0,486 (Item 03. Qual é a probabilidade de você pegar outras doenças (por exemplo, diabetes / asma)?) a 0,916 (Item 01. Qual a probabilidade de você

contrair (“pegar”) a COVID19?) no fator Dimensão Cognitiva, enquanto que variou de 0,731 (Item 08. Qual o seu nível de preocupação com o surgimento da COVID-19 como um problema de saúde?) a 0,853 (Item 06. Qual o seu nível de preocupação com a probabilidade que um membro de sua família contraia (“pegue”) a COVID-19?) no fator Dimensão Emocional, sendo todas significativas e diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $t \geq 1,96$ e $p < 0,05$) em ambas as dimensões. Quanto ao índice de consistência interna, este pode ser considerado satisfatório (Kline, 2015), sugerindo boas evidências de fidedignidade para ambos os fatores [Cognitivo, $\omega = 0,815$ (IC95% = 0,774 – 0,856) e $\alpha = 0,800$ (IC95% = 0,749 – 0,842); Emocional, $\omega = 0,833$ (IC95% = 0,795 – 0,871) e $\alpha = 0,835$ (IC95% = 0,795 – 0,869)].

Posteriormente, com o propósito de reunir evidências de validade convergente, lançou-se mão do coeficiente de correlação r de Pearson, entre as medidas C19-RS, CPRS, a DASS-21, a Escala de medo da COVID-19, a Escala de Ansiedade da COVID-19 e a Escala de Comportamento Preventivos de Infecção por COVID-19. Os resultados estão sumarizados na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4.
Correlações entre medidas do Estudo 2

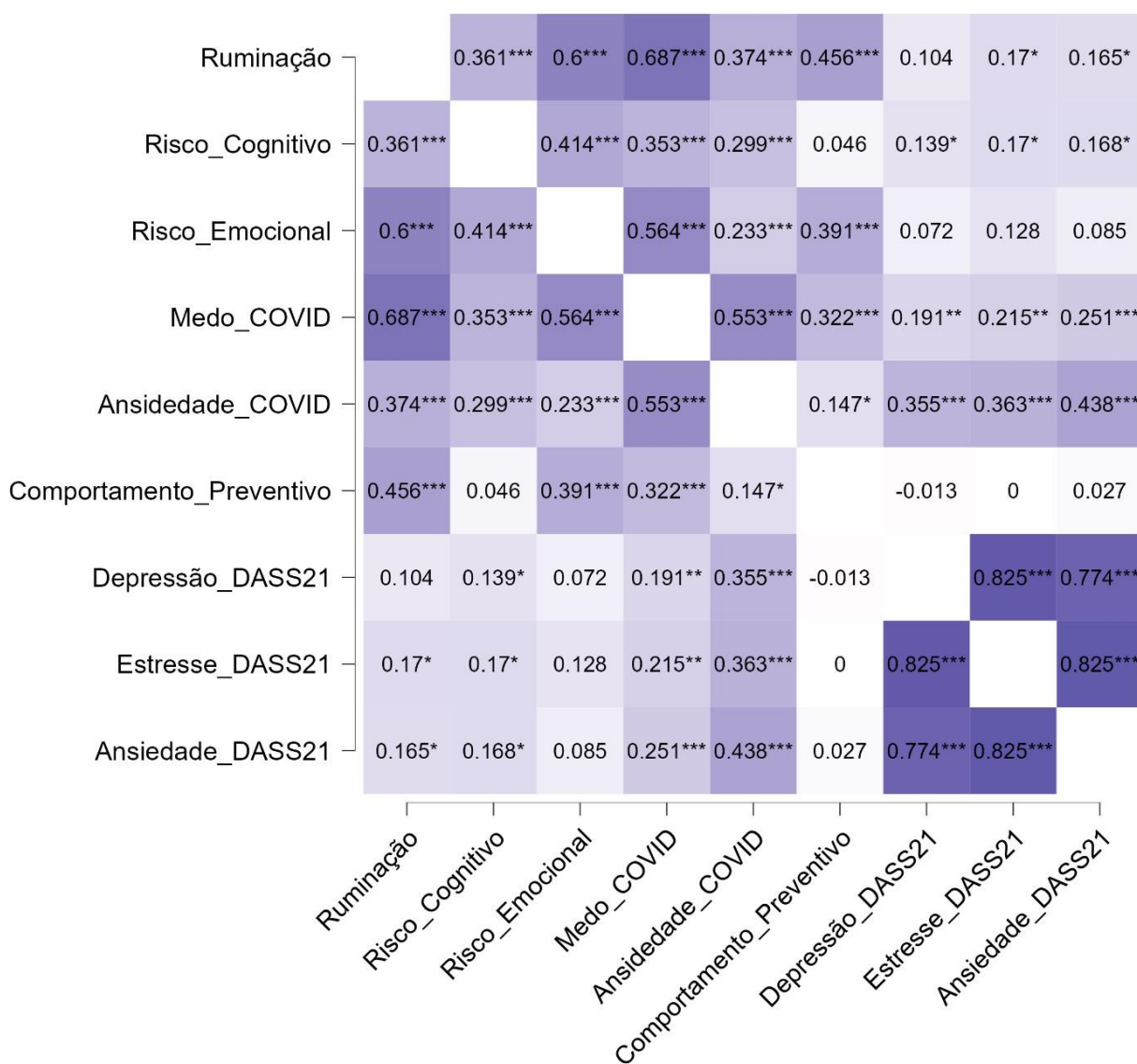
	Ruminação da COVID-19	Percepção de Risco (Cognitivo)	Percepção de Risco (Emocional)	Depressão - DASS 21	Estresse - DASS 21	Ansiedade – DASS 21	Medo da COVID- 19
Percepção de Risco (Cognitivo)	0,361** <i>i.c (0,235 - 0,467)</i>						
Percepção de Risco (Emocional)	0,600** <i>i.c (0,693 - 0,485)</i>	0,414** <i>i.c (0,290 - 0,533)</i>					
Depressão - DASS 21	0,104 <i>i.c (-0,031 - 0,239)</i>	0,139* <i>i.c (0,049 - 0,283)</i>	0,072 <i>i.c (-0,063 - 0,202)</i>				
Estresse - DASS 21	0,170* <i>i.c (0,016 - 0,316)</i>	0,170* <i>i.c (0,025 - 0,318)</i>	0,128 <i>i.c (-0,022 - 0,258)</i>	0,825** <i>i.c (0,871 - 0,770)</i>			
Ansiedade – DASS 21	0,165* <i>i.c (0,025 - 0,292)</i>	0,168* <i>i.c (0,000 - 0,296)</i>	0,085 <i>i.c (-0,064 - 0,208)</i>	0,774** <i>i.c (0,705 - 0,837)</i>	0,825** <i>i.c (0,780 - 0,866)</i>		
Medo da COVID- 19	0,687** <i>i.c (0,598 - 0,759)</i>	0,353** <i>i.c (0,218 - 0,475)</i>	0,564** <i>i.c (0,457 - 0,656)</i>	0,191** <i>i.c (0,041 - 0,337)</i>	0,215** <i>i.c (0,063 - 0,357)</i>	0,251** <i>i.c (0,115 - 0,381)</i>	
Ansiedade COVID-19	0,374** <i>i.c (0,270 - 0,473)</i>	0,299** <i>i.c (0,152 - 0,436)</i>	0,233** <i>i.c (0,107 - 0,351)</i>	0,355** <i>i.c (0,233 - 0,472)</i>	0,363** <i>i.c (0,245 - 0,473)</i>	0,438** <i>i.c (0,316 - 0,557)</i>	0,553** <i>i.c (0,449 - 0,642)</i>
Comportamentos Preventivos	0,456** <i>i.c (0,319 - 0,572)</i>	0,046 <i>i.c (0,197 - 0,511)</i>	0,391** <i>i.c (0,233 - 0,533)</i>	-0,013 <i>i.c (-0,156 - 0,129)</i>	0,000 <i>i.c (-0,14 - 0,153)</i>	0,027 <i>i.c (-0,109 - 0,167)</i>	0,322** <i>i.c (0,162 - 0,456)</i>

Nota: ** p < 0,001; * p < 0,05; i.c. intervalos de confiança de 95% calculado em 1000 réplicas de *bootstrap*

Pode-se observar que a ruminação apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com todos os construtos, a exceção da depressão medida pela DASS-21. Sendo, Percepção de risco (cognitivo: $r = 0,361$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,13$; emocional: $r = 0,600$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,36$), Estresse ($r = 0,170$, $p < 0,05$, $r^2 = 0,02$), Ansiedade ($r = 0,165$, $p < 0,05$, $r^2 = 0,02$), Medo e Ansiedade da COVID-19 ($r = 0,687$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,47$ e $r = 0,374$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,13$, respectivamente) e Comportamentos preventivos ($r = 0,456$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,20$).

A percepção de risco da COVID-19 em sua dimensão cognitiva apresentou correlações estatisticamente significativas com Depressão ($r = 0,139$, $p < 0,05$; $r^2 = 0,01$), Estresse ($r = 0,170$, $p < 0,05$, $r^2 = 0,02$) e Medo e Ansiedade da COVID-19 ($r = 0,353$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,12$; $r = 0,299$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,08$, respectivamente). Já a dimensão emocional correlacionou-se significativamente apenas com construtos relativos a COVID-19, sendo Medo e Ansiedade da COVID-19 ($r = 0,564$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,31$; $r = 0,233$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,05$) e Comportamentos preventivos de infecção por COVID-19 ($r = 0,391$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,15$).

A seguir, a figura 3 apresenta, no formato *heatmap* (mapa de calor), as correlações entre as variáveis, dando visualmente uma melhor ideia de como as relações estão distribuídas. Sendo que, quanto mais forte a cor dentro do gráfico, mais forte a correlação entre as variáveis.



Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Figura 3: Gráfico *Heatmap* das correlações entre as variáveis

Por fim, foram utilizadas variáveis demográficas como antecedentes de preocupações (ruminação e percepção de risco) relacionadas ao coronavírus e foram realizados testes *t* de *Student* para medidas independentes para explorar diferenças entre grupos. A saber, utilizaram-se as variáveis: gênero, diagnóstico prévio de COVID-19, classificação em grupos de risco, pessoal e familiar, perda de alguém próximo (familiar ou amigo) devido ao coronavírus.

No que tange a C-19RS, a partir dos resultados, não foram encontradas diferenças significativas das médias para nenhuma das variáveis analisadas: sexo: $[t(201) = -0,87; p =$

0,49], diagnóstico prévio de COVID-19 [$t(201) = 0,47$; $p = 0,69$], participação em grupo de risco [$t(201) = 0,24$; $p = 0,19$], familiar em grupo de risco [$t(201) = 0,13$; $p = 0,32$], morte de alguém próximo devido ao coronavírus [$t(201) = 0,04$; $p = 0,72$].

Para a dimensão cognitiva da CPRS, os resultados apontam uma diferença significativa das médias de 0,48 (IC95% = 0,14 a 0,83), entre os participantes que fazem parte dos grupos de risco de agravamento da COVID-19 [$t(201) = 2,78$; $p = 0,006$], sugerindo que aqueles que fazem parte destes grupos ($M = 4,02$ $DP = 0,76$) apresentam maiores índices de percepção de risco que o restante da população ($M = 3,94$, $DP = 0,81$). Para as demais variáveis não houve diferença significativa nas pontuações, a exemplo de sexo: [$t(110,48) = 0,81$; $p = 0,50$]; diagnóstico prévio [$t(201) = 0,13$; $p = 0,21$], familiar em grupo de risco [$t(201) = 0,18$; $p = 0,14$], morte de alguém próximo por COVID-19 [$t(201) = -0,12$; $p = 0,25$].

Já na dimensão emocional da CPRS, não foram observadas diferenças significativas em nenhuma variável sociodemográfica: diagnóstico prévio [$t(201) = -0,07$; $p = 0,50$], participação em grupo de risco [$t(201) = 0,074$; $p = 0,67$], familiar em grupo de risco [$t(201) = 0,12$; $p = 0,33$], morte por COVID-19 [$t(201) = 0,06$; $p = 0,57$]), a exceção da variável sexo [$t(201) = -2,34$; $p = 0,02$]. Nesta, a diferença significativa entre as médias ($-0,27$, i.c. 95% = $-0,51$ a $-0,04$), sugere que mulheres ($M = 4,04$, $DP = 0,73$) tendem a pontuar mais alto que os homens ($M = 3,76$, $DP = 0,91$) no que diz respeito a esta dimensão da percepção de risco.

3.3 Discussão parcial

Primeiramente, neste segundo estudo, buscou-se confirmar as estruturas fatoriais dos instrumentos C-19RS e CPRS utilizados no Estudo 1. Para a Escala de Ruminação da C-19RS, a análise fatorial confirmatória, considerando a estrutura de um único fator, composta por seis itens, apresentou indicadores de ajuste satisfatórios de acordo com a literatura (e.g., CFI e TLI $> 0,90$, RMSEA $< 0,10$ e RMSR $< 0,08$; Byrne, 2010; Hair, et al., 2009; Marôco, 2014;

Tabachnick & Fidell, 2013), acontecendo o mesmo com os seus índices de consistência interna (Cohen et al, 2014; Nunnally, 1978), o que confirma o postulado na Hipótese 3 (Nikolova et al., 2021).

Para a CPRS, o modelo de medição hipotético também forneceu estatísticas satisfatórias de ajuste de modelo de dados, considerando a estrutura da medida como bifatorial, compostas por quatro itens cada uma. Os achados corroboram a Hipótese 4 já que confirmam a estrutura teoricamente esperada (Yıldırım & Güler, 2020).

Uma fonte de indícios de validade de um instrumento são as evidências baseadas nas relações com variáveis externas, também chamadas de evidência de validade convergente. Diferente das fontes anteriores, que informam sobre a relação entre os componentes, ou itens, dentro do próprio instrumento, essa fonte busca estabelecer padrões de relações entre os escores da escala a ser validada e outros indicadores externos, que podem ser as pontuações de outros instrumentos ou medidas de desempenhos em tarefas da vida real (Ambiel & Carvalho, 2017).

Tendo isso em vista, buscou-se a relação entre as variáveis do estudo, como forma de obter evidências de validade convergente das medidas validadas neste estudo e outros instrumentos já utilizados no Brasil, validados previamente por diferentes autores. Corroborando com a Hipótese 5, os resultados indicaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa, entre as medidas validadas neste trabalho, sugerindo que pessoas com maiores índices de percepção de risco também apresentam pontuações elevadas em ruminação da COVID-19 (Lin & Chung, 2021).

No que diz respeito a relação da C-19RS com os fatores da DASS-21, nota-se que a escala apresentou correlações positiva e significativas com Estresse e Ansiedade, mas não com Depressão. Este resultado, apesar de seguir a tendência esperada, não corrobora a Hipótese 6, indicando apenas que maiores índices de ruminação podem trazer como consequência pontuações mais elevadas de estresse e ansiedade (Michl, et al, 2013; McLaughlin & Nolen-

Hoeksema, 2011; Watkins, 2008; Whitmer, & Gotlib, 2013). A falta de uma correlação positiva com o fator Depressão pode ser analisada tanto pelo ponto de vista de possíveis problemas amostrais (dado que toda pesquisa se encontra sujeita a erros amostrais que podem apontar resultados que diferem do parâmetro populacional; Dancey & Reidy, 2018), como pelo potencial da ruminação na melhora de episódios depressivos (Ricarte et al., 2020).

Os resultados também indicaram correlações positivas e significativas entre a C-19RS e as escalas de Medo da COVID-19, bem como Ansiedade da COVID-19. Tal achado encontra-se de acordo com a literatura (Nikolova et al, 2021; Starr, Huang & Scarpulla, 2021) e corrobora as Hipótese 7 e 8, indicando que maiores índices de medo e ansiedade específicas da COVID-19, contribuem significativamente em maiores pontuações de ruminação. Além disso, o foco da atenção na pandemia de COVID-19 pode trazer impactos significativos às emoções dos indivíduos, como o aumento de emoções negativas (Wang et al., 2021).

Foi possível confirmar também a Hipótese 9, ao ser encontrada uma correlação positiva e significativa entre a C-19RS e a Escala de Comportamentos Preventivos de Infecção por COVID-19. Este resultado aponta para um dos possíveis desfechos “positivos” da ruminação que é a adesão de comportamentos promotores de saúde (Ricarte et al., 2020).

No que tange a CPRS e sua correlação com os fatores da DASS-21, vemos que em sua dimensão Cognitiva, a CPRS correlaciona-se positiva e significativamente com os fatores Depressão e Estresse, mas não com Ansiedade, já a Dimensão Emocional não se correlacionou significativamente com nenhum dos fatores mencionados. Tal resultado não vai ao encontro do definido na Hipótese 10 (Ferrín, 2022; Garcia & Calvo, 2021), podendo a explicação para tal resultado encontrar-se nos efeitos do tamanho da amostra (Dancey & Reidy, 2018). Além disso, o momento de maior flexibilização das medidas de segurança no momento da coleta e queda no número de morte diárias (Fiocruz, 2022), além da extensiva taxa de vacinação dentro da amostra podem jogar luz sobre o desfecho encontrado.

Confirmando as Hipóteses 11 e 12, os resultados mostraram que as duas dimensões da CPRS apresentaram correlações positivas e significativas com a Escala de Medo da COVID-19, bem como com a Escala da Ansiedade da COVID-19 (Cipolletta, Andreghetti e Mioni, 2022). Isto confirma que a percepção dos sujeitos sobre vários perigos aos quais eles estão ou podem estar expostos (neste caso os fatores específicos da pandemia) estão relacionados a níveis mais altos de emoções negativas como medo e ansiedade (Qian & Li, 2020; Cheli et al., 2022).

Quando analisada junto a Escala de Comportamentos Preventivos de Infecção por COVID-19 apenas a dimensão Emocional da CPRS apresenta correlação significativa. Estes resultados não validam a Hipótese 13 (Puerta Cortés, 2020; Rubaltelli et al. 2020; Li & Qian, 2022; Trifiletti et al., 2022) e podem implicar que, com a familiarização dos indivíduos em relação ao coronavírus, estes poderão perceber nele menos riscos à saúde. De acordo com estudos anteriores, perigos familiares são percebidos como menos arriscados em comparação a perigos desconhecidos e novos ((Siegrist et al, 2021; Slovic, 1987). Tal fenômeno pode vir a ter efeitos negativos no comportamento de prevenção das pessoas, que podem apresentar comportamentos menos higiênicos ou rigorosos (Siegrist et al., 2021).

Quanto ao que propunham as Hipótese 14 e 15, os resultados não oferecem suporte o que diz a literatura já que foram encontradas diferenças significativas entre as médias de homens e mulheres apenas para a dimensão Emocional da CPRS, mas não para dimensão Cognitiva, nem para ruminação da COVID-19 (Treynor et al., 2003; Ferrín, 2022). Novamente, características próprias da amostra coletada podem explicar a diferença entre os resultados obtidos e o que sugerem estudos anteriores (Dancey & Reidy, 2018).

Ademais, indivíduos que fazem parte de grupos de risco para agravamento da COVID-19 apresentam maiores pontuações apenas para a dimensão cognitiva da CPRS (Chertok, 2020; Garcia & Calvo, 2021; Qian & Li, 2020), mas não para a dimensão emocional, nem ruminação,

o que, apesar se apontar parcialmente a tendência indicada pela literatura, não valida as afirmações propostas nas Hipóteses 16 e 17. A taxa de vacinação da amostra, o momento de maior flexibilização das medidas sanitárias de prevenção no país, bem como o número de participantes no estudo podem ajudar a explicar tal resultado.

Por fim, os achados não corroboraram as Hipótese 18 e 19 (Dai et al., 2020; Shao & Hao, 2020), indicando que não houveram diferenças significativas para a C-19RS ou CPRS entre indivíduos que perderam familiares ou pessoas próximas por conta do coronavírus e o restante da amostra. Estudos com delineamento longitudinal, como os recentemente conduzidos por O'Connor et al (2022) e Schachter et al (2022), sugerem que o estresse e a ruminação relacionados ao COVID tendem a diminuir ao longo do tempo.

Especificamente no estudo de O'Connor et al (2022), os autores dividiram o tempo em que foram levantados os dados em 6 momentos e perceberam que a preocupação e ruminação relativas a COVID-19, bem como scores de depressão, ansiedade e de sentimentos de solidão diminuíram no decorrer no tempo, ao passo que os scores de bem-estar aumentavam. Deste modo, a disparidade entre os achados aqui discutidos e o que apontam estudos com temática semelhante, podem novamente ser examinadas tanto pelo ponto de vista de possíveis características próprias da amostra aqui reunida (Dancey & Reidy, 2018), como, grosso modo, pela atual “normalização” do contexto pandêmico (Siegrist et al., 2021).

Tal como acontece com outras situações de crise, a pandemia da COVID-19 vem causando um aumento nos índices gerais de ansiedade, estresse, entre outros sentimentos negativos, alimentado pelo conhecimento relativamente escasso que possuímos sobre o vírus, seu comportamento e seus efeitos. Este tempo de maior incerteza e ameaça existencial, além de provocar mudanças radicais nas rotinas diárias, trouxe consigo constantes flutuações no bem-estar psicológico dos indivíduos (Alqahtani et al, 2023; Birman, 2023; Cohen et al, 2007; Malik & Dhuldhaj, 2023; Ricarte et al, 2020; Satıcı, et al, 2022; Wang et al., 2021). O resultado disso é um ambiente psicologicamente caótico e sombrio (Satıcı, et al, 2022).

As implicações da pandemia na saúde mental vêm sendo estudadas por diversos autores, nacional e internacionalmente, em um esforço coletivo que tem por objetivo melhorar o entendimento sobre as repercussões do coronavírus, além de possibilitar a melhoria na avaliação e intervenção em diferentes contextos (Ahorsu et al, 2020; Couto et al, 2022; Medeiros et al, 2021; Monteiro et al, 2022; Nikolova, et al., 2021; Reis et al, 2020; Reznik et al, 2021; Yıldırım & Güler, 2020). Governos, instituições e profissionais necessitam de instrumentos válidos, precisos e confiáveis que apresentem qualidades psicométricas adequadas e fundamentação teórica sólida (Clark & Watson, 1995) e que consigam avaliar, a partir de diferentes perspectivas, as implicações na saúde mental dentro do contexto em que ainda estamos inseridos, de modo a possibilitar diagnósticos e intervenções oportunas e precisas.

Considerando o número total de casos e óbitos, o Brasil é um dos países mais afetados pela pandemia. Além disso, é importante reafirmar que o alto volume de informações falsas e imprecisa sobre a pandemia geradas no país, muitas vezes vindas diretamente de representantes governamentais, geram sentimentos de insegurança que podem aumentar significativamente o risco de sofrimento psíquico (Coronavírus Brasil, 2023; Duarte et al, 2020; Padovan-Neto et al, 2021; WHO, 2020a).

Dito isso, considerando o risco que a COVID-19 representa não apenas atualmente, mas também no longo prazo e identificando uma lacuna percebida na literatura nacional, a presente dissertação teve como objetivo geral adaptar para o contexto brasileiro as medidas *COVID-19 Rumination Scale* (C-19RS) e a *COVID-19 Perceived Risk Scale* (CPRS), buscando averiguar evidências de validade e precisão. Ainda, foram elaborados como objetivos específicos: (1) adaptar as medidas C-19RS e CPRS para o contexto brasileiro, (2) reunir evidências de validade interna e precisão dos instrumentos, além de (3) verificar evidências de validade convergente para medidas externas, por de escalas que avaliam outros fenômenos relacionados positivamente a ruminação e a percepção de risco na literatura.

Para tanto, foram realizados dois estudos com amostras independentes. No Estudo 1, reuniram-se evidências de validade fatorial e consistência interna das medidas C-19RS e CPRS. No que diz respeito ao Estudo 2, inicialmente, a análise fatorial confirmatória, considerando as estruturas uni e bifatorial, respectivamente, apresentou indicadores de ajuste satisfatórios de acordo com a literatura (Tabachnick & Fidell, 2013; Marôco, 2014), acontecendo o mesmo com os seus índices de consistência interna (Cohen et al, 2014; Nunnally, 1978).

As escalas revelaram-se robustas dentro da amostra coletada, apresentando estruturas estáveis e fortes evidências de validade (Cohen et al, 2014; Marôco, 2014; Tabachnick & Fidell, 2013; Nunnally, 1978). Ambas são instrumentos curtos, de simples aplicação e que possuem potencial de fornecer informações valiosas sobre como os indivíduos têm enfrentado o coronavírus, podendo servir de base para a criação e melhoramento de programas de prevenção e intervenção apropriados.

Tendo-se em vista que as pesquisas dentro da ciência psicológica, no geral, envolvem diferentes variáveis, a oferta de um instrumento com menos itens pode vir a ser vantajoso. Reduzir a quantidade total de perguntas em um questionário traz um aumento significativo na

taxa de retorno das respostas dos participantes, especialmente em casos em que não há financiamento de pesquisa ou subsídios para os respondentes (Medeiros et al, 2022).

Considerando os resultados apresentados até aqui, acredita-se que esta dissertação apresenta uma valiosa contribuição para a produção científica acerca da corrente pandemia da COVID-19. Proporcionam-se, deste modo, dois instrumentos com qualidades psicométricas asseguradas que se tornam alternativas, em Português brasileiro, para pesquisadores interessados em avaliar e conhecer os correlatos da Ruminação e da Percepção de Risco da COVID-19 (Nikolova, et al., 2021; Yıldırım & Güler, 2020).

Além disso, os resultados desta pesquisa seguem consonantes com os encontrados na adaptação e validação dos instrumentos em outros países, como é o caso do estudo de Bozkur e Kiran (2022) com a C-19RS e o trabalho de Leite et al (2021) com a CPRS. Com relação a este último, no entanto, análises confirmatórias na validação da escala junto a população portuguesa resultou na eliminação de dois itens referentes a dimensão cognitiva da CPRS (itens 3 e 4), ficando este fator com os dois itens restantes e o instrumento com 6 itens no total. A constituição proposta pelos autores originais (oito itens distribuídos uniformemente por dois fatores) não foi mantida, porém a versão portuguesa da apresentou boa consistência interna, confiabilidade e bons índices validade dentro de uma estrutura bifatorial (Leite et al, 2021).

Não obstante, a presente pesquisa de dissertação, assim como todos os empreendimentos científicos, não está isenta de limitações. Nessa direção, podemos citar a questão amostral, que foi angariada de maneira conveniente (não probabilística), contando com a colaboração dos participantes que, convidados, aceitaram responder a pesquisa. Assim, o resultado deve ser considerado com reserva, pois existem diferenças em relação ao tamanho amostral quando considerados, por exemplo, os Estados do qual a amostra é proveniente. Neste caso, deve-se ter em conta que mais de 50% da amostra é proveniente do Estado do Piauí.

Também, o método de coleta de dados online (bola de neve), tende a ocasionar uma subamostragem principalmente de participantes mais velhos e daqueles sem acesso à internet (Lai et al., 2021). No entanto, tendo em vista as recomendações gerais das autoridades de saúde, esta foi a maneira adotada para dar seguimento as pesquisas, diminuindo a necessidade de serem realizadas coletas presenciais.

Além disso, deve-se levar em consideração que no momento em que os dados foram coletados o Brasil encontrava-se em um período de entre crises, com grande parte da população já vacinada e quedas no números de casos, internações e mortes (Coronavírus Brasil, 2023). Logo, a leitura dos dados deve ser feita com base nesse período, o que pode ajudar a explicar os resultados até certo ponto inconsistentes com os sugeridos pela literatura, encontrados no segundo estudo.

Outro potencial limitação refere-se ao fato de os instrumentos serem medidas de autorrelato, o que pode trazer vieses como a desejabilidade social, capaz de alterar as respostas dos participantes. Tendo isto em conta, entende-se que os achados não permitem que os resultados reflitam a realidade para além da amostra considerada (Cozby, 2003), ressaltando-se, porém, tal generalização não fazia parte dos objetivos desta pesquisa. Em tempo, o delineamento de pesquisa correlacional não permite afirmar relações de causa e efeito entre as variáveis estudadas, sendo isso restrito às pesquisas experimentais (Breakwell et al, 2010; Çıkrıkçı et al., 2022).

Ademais, mesmo considerando as potenciais limitações supracitadas, acredita-se que os Estudos tenham sido logrados com êxito, tendo-se em conta a ênfase psicométrica dos estudos aqui apresentados. Tais limitações não invalidam a contribuição dos achados da presente dissertação, proporcionando, de maneira inovadora, evidências científicas para uma temática recente, atingindo os objetivos propostos e contribuindo para o arcabouço teórico da Psicologia e a expansão do conhecimento sobre os efeitos da pandemia de COVID-19.

A partir disso, sugerem-se que novas pesquisas sejam realizadas, empreendendo esforços para compor amostras maiores, heterogêneas, de diferentes regiões do Brasil e de forma randômica. Além disso, sugere-se amostras mais representativas que considerem participantes em distintas fases do desenvolvimento humano, possibilitando averiguar, por exemplo, a diferença nas pontuações dos construtos validados, uma vez que a idade tem se demonstrado como importante preditor destes comportamentos (Gullo et al., 2022; Ricarte et al, 2020).

Também se faz necessário que pesquisas futuras verifiquem possíveis diferenças em função do sexo em amostras maiores ou chequem a estabilidade temporal (teste-reteste) dos instrumentos. Outras características sociodemográficas, como a escolaridade e a renda (apontadas na literatura como preditores da percepção de risco, por exemplo), podem ser utilizadas para melhor entender como estes construtos se apresentam na população brasileira.

Em suma, os resultados oriundos dos dois estudos endossam as estruturas unifatorial e bifatorial da C-19RS e CPRS, respectivamente (Nikolova, et al., 2021; Yıldırım & Güler, 2020), reunindo evidências psicométricas que justificam seu emprego em pesquisas futuras. As medidas também apresentaram índices de precisão adequados e superiores aos recomendados pela literatura ($\geq .70$; Cortina, 1993; Taber, 2018).

Assim, os instrumentos C-19RS e CPRS apresentam-se como ferramentas adequadas, que podem ser úteis para conhecer antecedentes e consequentes associados com a ruminação e a percepção de risco da COVID-19. Estas medidas permitem, entender melhor não só os efeitos negativos atribuídos a tais fenômenos (Michl, McLaughlin, Shepherd & Nolen-Hoeksema, 2013; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2008; Whitmer, & Gotlib, 2013), como os efeitos da própria pandemia da COVID-19.

Por fim, acredita-se que a presente pesquisa contribui para que haja avanços teóricos e metodológicos para o entendimento da pandemia de coronavírus no Brasil, podendo os

instrumentos aqui validados serem utilizados em pesquisas que avaliem pensamentos ruminativos relacionados a COVID-19 ou avaliação da percepção de risco, bem como seus correlatos. Acredita-se que os instrumentos possam incentivar pesquisas, principalmente por um viés quantitativo, possibilitando compreender os mecanismos psicológicos envolvidos em seus respectivos construtos, auxiliando pesquisadores e autoridades competentes no planejamento de propostas preventivas que visem colaborar nas estratégias de mitigação dos efeitos e impactos negativos da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Ambiel, R. A. M., & Carvalho, L. D. F. (2017). Validade e precisão de instrumentos de avaliação psicológica. *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos*, 115-125.
- Acosta, G., Escobar, G., Bernaola, G., Alfaro, J., Taype, W., Marcos, C., & Amado, J. (2020). *Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 253-258.
- Ahorsu, D. K., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M., & Pakpour, A. H. (2020). *The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation*. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Ahluwalia, S. C., Edelen, M. O., Qureshi, N., & Etchegaray, J. M. (2021). Trust in experts, not trust in national leadership, leads to greater uptake of recommended actions during the COVID-19 pandemic. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 12(3), 283-302.
- Alqahtani, M. S., Abbas, M., Alshahrani, M. Y., Alabdullh, K., Alqarni, A., Alqahtani, F. F., ... & Alkhayat, A. (2023). Effects of COVID-19 on Synaptic and Neuronal Degeneration. *Brain Sciences*, 13(1), 131.
- Arora, A., Jha, A. K., Alat, P., & Das, S. S. (2020). *Understanding coronaphobia*. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102384.
- Bakker, A. B., & van Wingerden, J. (2021). Rumination about COVID-19 and employee well-being: The role of playful work design. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62(1), 73.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). *Perfectionism, anger, and anger rumination*. *International Journal of Psychology*, 45(6), 427-434.
- Berlin, D. A., Gulick, R. M., & Martinez, F. J. (2020). *Severe covid-19*. *New England Journal of Medicine*, 383(25), 2451-2460.

- Birman, D. (2023). Investigation of the Effects of Covid-19 on Different Organs of the Body. *Eurasian Journal of Chemical, Medicinal and Petroleum Research*, 2(1), 24-36.
- Bozkur, B., & KIRAN, B. (2022) Adaptation of COVID-19 Rumination Scale (C-19RS) to Turkish: Rumination and Burnout During COVID-19 Pandemic. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 12(65), 287-299.
- Boyras, G., & Legros, D. N. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) and traumatic stress: probable risk factors and correlates of posttraumatic stress disorder*. *Journal of Loss and Trauma*, 25(6-7), 503-522.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012) *Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações*. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Browning, M. H., Larson, L. R., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., ... & Alvarez, H. O. (2021). *Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States*. *PloS one*, 16(1), e0245327.
- Bui, M., Krishen, A. S., & Bates, K. (2011). *Modeling regret effects on consumer post-purchase decisions*. *European Journal of Marketing*.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming (multivariate applications series)*. New York: Taylor & Francis Group, 396, 7384
- Cameron, L. D. (2003). Conceptualizing and assessing risk perceptions: A self-regulatory perspective. In *National Cancer Institute workshop on conceptualizing and measuring risk perception* (pp. 13-14).
- Campos, G. W. D. S. (2020). *O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios*. *Trab. educ. saúde*, e00279111-e00279111.

- Candini, V., Brescianini, S., Chiarotti, F., Zarbo, C., Zamparini, M., Caserotti, M., ... & de Girolamo, G. (2023). Conspiracy mentality and health-related behaviour during the COVID-19 pandemic: a multiwave survey in Italy. *Public Health*, 214, 124-132.
- Capone, V., Donizzetti, A. R., & Park, M. S. A. (2021). Validation and psychometric evaluation of the COVID-19 Risk Perception Scale (CoRP): A new brief scale to measure individuals' risk perception. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.
- Carr, K. (2019). Rumination and perceived risk in seeking social support as mediators of the stressful impact of adversity and posttraumatic growth. *Western Journal of Communication*, 83(4), 463-482.
- Chang, K. C., Hou, W. L., Pakpour, A. H., Lin, C. Y., & Griffiths, M. D. (2020). *Psychometric testing of three COVID-19-related scales among people with mental illness*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-13.
- Chen, Y., Huang, X., Zhang, C., An, Y., Liang, Y., Yang, Y., & Liu, Z. (2021). *Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China*. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-8.
- Chertok, I. R. A. (2020). *Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio*. *Public Health Nursing*, 37(6), 854-862.
- Cheli, S., Lam, W. W., Estapé, T., Winterling, J., Bahcivan, O., Andritsch, E., ... & Goldzweig, G. (2022). *Risk perception, treatment adherence, and personality during COVID-19 pandemic: An international study on cancer patients*. *Psycho-oncology*.
- Cipolletta, S., Andregretti, G. R., & Mioni, G. (2022). Risk Perception towards COVID-19: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4649.

- Çıkrıkçı, Ö., Çıkrıkçı, N., & Griffiths, M. (2022). Fear of COVID-19, stress and depression: a meta-analytic test of the mediating role of anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 95(4), 853-874. <https://doi.org/10.1111/papt.12406>
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica: Introdução a Testes e Medidas*. (8º ed) São Paulo: AMGH.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9
- Coronavírus Brasil (2023, 31 de janeiro). *Painel Coronavírus*. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/>
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98
- Couto, R. N., Medeiros, E. D., Souza, A. B. C., Silva, P. G. N., Guimarães, C. L. C., & Fonseca, P. N. (2021). *Healthcare professionals in COVID-19: Safety, fear, and intention to leave*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 1–18. doi:10.5935/1980-6906/ePTPC1913664
- Dai, B., Fu, D., Meng, G., Liu, B., Li, Q., & Liu, X. (2020). The effects of governmental and individual predictors on COVID-19 protective behaviors in China: a path analysis model. *Public Administration Review*, 80(5), 797-804.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2018). *Estatística Sem Matemática para Psicologia-7*. Penso Editora.
- De Coninck, D., Frissen, T., Matthijs, K., d’Haenens, L., Lits, G., Champagne-Poirier, O., ... & Gagnéux, M. (2021). Beliefs in conspiracy theories and misinformation about COVID-19: Comparative perspectives on the role of anxiety, depression and exposure to and trust in information sources. *Frontiers in psychology*, 12, 646394.

- De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., ... & O'Malley, C. M. (2021). *A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being*. BMC public health, 21(1), 1-18.
- Dempsey, R. C., Gooding, P. A., & Jones, S. H. (2011). *Positive and negative cognitive style correlates of the vulnerability to hypomania*. Journal of Clinical Psychology, 67(7), 673-690
- Duarte, M. D. Q., Santo, M. A. D. S., Lima, C. P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020). *Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil*. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9), 3401+.
<https://link.gale.com/apps/doc/A638127548/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=8441e53f>
- Dusek, GA, Yurova, YV e Ruppel, CP (2015). *Usando mídias sociais e amostragem direcionada de bolas de neve para pesquisar uma população difícil de alcançar: um estudo de caso*. International Journal of Doctoral Studies, 10 , 279-299.
- Ettxebarriet, G. R., Álvarez, M. Á. R., Pérez-Izaguirre, E., & Santamaria, M. D. (2020). The role of media in health crisis situations. The perception of society on social control and norms during the COVID-19 pandemic. *Revista Latina de Comunicacion Social*, (78), 437-455.
- Farnier, J., Shankland, R., Kotsou, I., Inigo, M., Rosset, E., & Leys, C. (2021). *Empowering Well-Being: Validation of a Locus of Control Scale Specific to Well-Being*. Journal of Happiness Studies, 1-30.
- Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241. doi: 10.7334/psicothema2016.304

- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 762-780. doi:10.1177/0013164417719308
- Ferrín, M. (2022). Reassessing Gender Differences in COVID-19 Risk Perception and Behavior. *Social Science Quarterly*, 103(1), 31-41.
- Fiocruz (20 de Dezembro de 2022). Boletim Observatório COVID-19. Recuperado de: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-do-observatorio-covid-19-semanas-18-e-19-2022>
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299.
- Freitas, A. R. R., Napimoga, M., & Donalisio, M. R. (2020). *Análise da gravidade da pandemia de Covid-19*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020119.
- García, G. M., & Calvo, J. C. A. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832-844.
- García-Sancho, E., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2016). *Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression*. *Personality and Individual Differences*, 89, 143-147.
- Garrido, L. E., Abad, F. J., & Ponsoda, V. (2011). *Performance of Velicer's minimum average partial factor retention method with categorical variables*. *Educational and Psychological Measurement*, 71(3), 551-570. <https://doi.org/10.1177/0013164410389489>
- Geng, S., Zhou, Y., Zhang, W., Lou, A., Cai, Y., Xie, J.,.....& Li, X. (2021). The influence of risk perception for COVID-19 pandemic on posttraumatic stress disorder in healthcare workers: A survey from four designated hospitals. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(5), 1146-1159.

- Gómez, L. C. C., Tejada, R. D. C., & Ordoñez, S. S. M. (2022). *Percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias relacionados con COVID-19 entre jefes de hogar peruanos*. *Revista Salud Uis*, 54(1), 6.
- González, M., Ibáñez, I., & Barrera, A. (2017). *Rumination, worry and negative problem orientation: transdiagnostic processes of anxiety, eating behavior and mood disorders*. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 42-52. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.3>
- Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Coco, G. L., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Blasi, M. D. (2022). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5>
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). *Factor retention decisions in exploratory 155 factor analysis: A tutorial on parallel analysis*. *Organizational Research Methods*, 7(2), 191-205
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Multivariate data analysis* (6^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- He, X., Zhang, Y., Chen, M., Zhang, J., Zou, W., & Luo, Y. (2021). *Media exposure to covid-19 predicted acute stress: a moderated mediation model of intolerance of uncertainty and perceived social support*. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1552.
- Holman, E. A., Garfin, D. R., & Silver, R. C. (2014). *Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(1), 93-98.

- Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). *Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables*. *Quality & Quantity*, 44(1), 153-166.
- Killerby, M. E., Link-Gelles, R., Haight, S. C., Schrod, C. A., England, L., Gomes, D. J., ... & Wong, K. K. (2020). *Characteristics associated with hospitalization among patients with COVID-19—Metropolitan Atlanta, Georgia, March–April 2020*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(25), 790.
- Jamieson, D., Kannis-Dyand, L., Beaudequin, D. A., Schwenn, P., Shan, Z., McLoughlin, L. T., ... & Hermens, D. F. (2021). *Can measures of sleep quality or white matter structural integrity predict level of worry or rumination in adolescents facing stressful situations? Lessons from the COVID-19 pandemic*. *Journal of adolescence*, 91, 110-118.
- Jungmann, S. M., & Withhöft, M. (2020). *Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?*. *Journal of anxiety disorders*, 73, 102239.
- Kang, H. S., & Kim, B. N. (2021). *The role of event-related rumination and perceived social support on psychological distress during the COVID-19 pandemic: results from greater Daegu region in South Korea*. *Psychiatry Investigation*, 18(5), 392.
- Kim, G. U., Kim, M. J., Ra, S. H., Lee, J., Bae, S., Jung, J., & Kim, S. H. (2020). *Clinical characteristics of asymptomatic and symptomatic patients with mild COVID-19*. *Clinical microbiology and infection*, 26(7), 948-e1.
- Lee, A., & Ji, L. J. (2014). *Moving away from a bad past and toward a good future: Feelings influence the metaphorical understanding of time*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 21.

- Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C., & Pappalardo, E. A. (2020). *Clinically Significant Fear and Anxiety of COVID-19: A Psychometric Examination of the Coronavirus Anxiety Scale*. *Psychiatry Research*, 113112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113112>
- Lee, S. A. (2020). *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Leite, Â., Vidal, D. G., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., & Magano, J. (2021). *Portuguese Version of COVID-19 Perceived Risk Scale and COVID-19 Phobia Scale: Psychometric Properties*. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(3), 1044-1060.
- Li, S., Zhang, Z., Liu, Y., & Ng, S. (2021). *The closer I am, the safer I feel: The “distance proximity effect” of COVID-19 pandemic on individuals' risk assessment and irrational consumption*. *Psychology & marketing*, 38(11), 2006-2018.
- Lin, S. Y., & Chung, K. K. H. (2021). Risk perception, perception of collective efficacy and sleep quality in Chinese adults during COVID-19 pandemic in Hong Kong: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11533.
- Liu, M., Zhang, H., & Huang, H. (2020). *Media exposure to COVID-19 information, risk perception, social and geographical proximity, and self-rated anxiety in China*. *BMC Public Health*, 20(1), 1-8.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2032.

- Li, O., & Qian, D. (2022). An analysis of the relationship between risk perceptions and willingness-to-pay for commodities during the COVID-19 pandemic. *Journal of Consumer Affairs*, 56(1), 257-275.
- Linhares, M, B, M., & Enumo, S, R, F. (2020). *Reflexões baseadas na Psicologia sobre os efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil*. Revista Estudo de Psicologia (Campinas), vol.37. doi:10.1590/1982-0275202037e200089
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. Technical report, URV. Tarragona, Spain.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. L. (2011). *The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors*. Multivariate Behavioral Research, 46(2), 340-364. doi:10.1080/00273171.2011.564527
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.)* Sydney: Psychology Foundation.
- Malik, N., & Dhuldhaj, U. P. (2023). Available drug therapies on COVID-19 and its side effects: An overview. *Cellular, Molecular and Biomedical Reports*, 3(1), 41-61.
- Marinthe, G., Brown, G., Delouvé, S., & Jolley, D. (2020). Looking out for myself: Exploring the relationship between conspiracy mentality, perceived personal risk, and COVID-19 prevention measures. *British journal of health psychology*, 25(4), 957-980.
- Magalhães, T. V., & Veloso, R. C. (2020). *A pandemia da Covid-19 e suas implicações no âmbito da violência de gênero*. Revista de Criminologias e Políticas Criminais, 6(2), 37-53.
- Mandell, D., Siegle, G. J., Shutt, L., Feldmiller, J., & Thase, M. E. (2014). *Neural substrates of trait ruminations in depression*. Journal of abnormal psychology, 123(1), 35
- Maroco, J. (2014). *Análise de equações estruturais*. (2 ed.) Lisboa. Portugal: ReportNumber.

- Markus, K. A., & Borsboom, D. (2013). *Frontiers of test validity theory: Measurement, causation, and meaning (Multivariate Applications Series)*. New York: Routledge.
- Marson, F., & Ortega, M. M. (2020). *COVID-19 in Brazil*. Pulmonology, 26(4), 241–244.
<https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.04.008>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety*. Behaviour research and therapy, 49(3), 186-193.
- Medeiros, E. D., Reis, L. M., Guimarães, C. L. C., da Silva, P. G. N., Monteiro, R. P., de Holanda Coelho, G. L., ... & de França, L. L. A. (2021). *Psychometric properties of the Brazilian version of the fear of COVID-19 scale (FCV-19S)*. Current Psychology, 1-10.
- Medeiros, E. D., Monteiro, R. P., da Silva, P. G. N., & Gouveia, V. V. (2022). Psychometric properties of the fear of COVID-19 scale in Brazil—a reply to Lin et al.(2022) comments. *Current Psychology*, 1-3.
- Menezes, C. B., Crauss, F., Nascimento, L., & Andretta, I. (2017). *Ruminação e habilidades de mindfulness em praticantes e não praticantes de meditação*. Psico, 48(4), 264-273.
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). *Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults*. Journal of abnormal psychology, 122(2), 339.
- Monteiro, R. P., de Holanda Coelho, G. L., Hanel, P. H., Vilar, R., Gouveia, V. V., & de Medeiros, E. D. (2022). The dark side of Brazil: Effects of dark traits on general COVID-19 worry and responses against the pandemic. *Personality and Individual Differences*, 185, 111247.
- Nikolova, I., Caniëls, M. C., & Curseu, P. L. (2021). *COVID-19 Rumination Scale (C-19RS): Initial psychometric evidence in a sample of Dutch employees*. The International Journal of Health Planning and Management.

- Nishiura, H., Kobayashi, T., Miyama, T., Suzuki, A., Jung, S. M., Hayashi, K., ... & Linton, N. M. (2020). *Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19)*. International journal of infectious diseases, 94, 154.
- Nunes, B., de Souza, A. S., Nogueira, J., Andrade, F., Thumé, E., Teixeira, D., ... & Batista, S. (2020). *Envelhecimento, multimorbidade e risco para COVID-19 grave*: ELSI-Brasil.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Inc.
- O'Connor, D. B., Wilding, S., Ferguson, E., Cleare, S., Wetherall, K., McClelland, H., ... & O'Connor, R. C. (2022). Effects of COVID-19-related worry and rumination on mental health and loneliness during the pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 mental health & wellbeing study. *Journal of Mental Health*, 1-12.
- Ogasawara, H. (2003). Oblique factors and componentes with independent clusters. *Psychometrika*, 68, 299-321.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*. Recuperado de: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>
- Padovan-Neto, F. E., Lee, S. A., Guimarães, R. P., Godoy, L. D., Costa, H. B., Zerbini, F. L. S., & Fukusima, S. S. (2021). *Brazilian Adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale: A Psychometric Investigation of a Measure of Coronaphobia*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 0030222821991325.
- Pascual-Leone, A., Cattaneo, G., Macià, D., Solana, J., Tormos, J. M., & Bartres-Faz, D. (2021). Beware of optimism bias in the context of the COVID-19 pandemic. *Annals of Neurology*, 89(3), 423.
- Pasquali, L. (2012). Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Pasquali, L. (2016). *TEP – Técnicas de Exame Psicológico: Os Fundamentos*. 2ª ed. São Paulo, SP: Vetor editora
- Portela, M. C., Pereira, C. D. A., Lima, S. M. L., Andrade, C. D., Soares, F. R. G., & Martins, M. (2020). *Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19*. Nota Técnica, 1.
- Puerta Cortés, D. X. (2020). Percepción de riesgo frente al COVID 19: nuevos retos. *Psicología desde el Caribe*, 37(3), 7-10.
- Qian, D., & Li, O. (2020). The relationship between risk event involvement and risk perception during the COVID-19 outbreak in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 983-999.
- Rafael, R. D. M. R., Neto, M., de Carvalho, M. M. B., David, H. M. S. L., Acioli, S., & de Araujo Faria, M. G. (2020). *Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil?*. Revista enfermagem UERJ, 28, 49570.
- Ramírez, L. P. G., Arriaga, R. J. M., Hernández-Gonzalez, M. A., & De la Roca-Chiapas, J. M. (2020). *Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample*. Psychology Research and Behavior Management, 13, 589.
- Reis, L. M., Pereira, C. J., de Assis Freire, S. E., & de Medeiros, É. D. (2020). Medidas desenvolvidas para avaliar os impactos psicológicos da pandemia de COVID-19:: uma revisão sistemática da literatura. *Salud & Sociedad*, 11, e4565-e4565.
- Reznik, A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Khamenka, N., & Isralowitz, R. (2021). COVID-19 fear in Eastern Europe: validation of the fear of COVID-19 scale. *International journal of mental health and addiction*, 19, 1903-1908.

- Ricarte, J. J., Ros, L., Latorre, J. M., & Barry, T. J. (2020). *Ruminative and mood associations for age differences in social and directive reasons to think and talk about life experiences*. Plos one, 15(7), e0235378
- Rodriguez-Besteiro, S., Tornero-Aguilera, J. F., Fernández-Lucas, J., & Clemente-Suárez, V. J. (2021). Gender differences in the COVID-19 pandemic risk perception, psychology, and behaviors of Spanish university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3908.
- Rossel, P. (2012). *Early detection, warnings, weak signals and seeds of change: A turbulent domain of futures studies*. Futures, 44(3), 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2011.10.005>
- Rubaltelli, E., Tedaldi, E., Orabona, N., & Scrimin, S. (2020). Environmental and psychological variables influencing reactions to the COVID-19 outbreak. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 1020-1038.
- Santos, J. P. C. D., Siqueira, A. S. P., Praça, H. L. F., & Albuquerque, H. G. (2020). *Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 36, e00075720.
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2022). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International journal of mental health and addiction*, 20(5), 2731-2742.
- Shao, W., & Hao, F. (2020). Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID–19 in a highly polarized environment. *Social Science & Medicine (1982)*, 261, 113235.
- Schachter, J.; Ajayi, A. A.; Nguyen, P. L. The Moderating And Mediating Roles Of Mindfulness And Rumination On Covid-19 Stress And Depression: A Longitudinal Study Of Young Adults. *Journal Of Counseling Psychology*, 2022.

- Schachter, J., Ajayi, A. A., & Nguyen, P. L. (2022). The moderating and mediating roles of mindfulness and rumination on COVID-19 stress and depression: A longitudinal study of young adults. *Journal of Counseling Psychology*.
- Shi, Y., Wang, G., Cai, X. P., Deng, J. W., Zheng, L., Zhu, H. H., ... & Chen, Z. (2020). *An overview of COVID-19*. Journal of Zhejiang University. Science. B, 1.
- Shigemoto, Y. (2022). Association between daily rumination and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic: An experience sampling method. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(2), 229.
- Shrock, E., Fujimura, E., Kula, T., Timms, R. T., Lee, I. H., Leng, Y., ... & Elledge, S. J. (2020). *Viral epitope profiling of COVID-19 patients reveals cross-reactivity and correlates of severity*. Science, 370(6520).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs, 1(1), 35-37.
- Silva, L. V., de Andrade Abi, M. D. P., Dos Santos, A. M. T. B., de Mattos Teixeira, C. A., Gomes, V. H. M., Cardoso, E. H. S., ... & Frances, C. R. L. (2020). COVID-19 mortality underreporting in Brazil: analysis of data from government internet portals. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e21413.
- Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Soares-Rachetti, V. D. P., Lima, S. C. V. C., & Andrade, F. B. D. (2021). *Prevalencia de ansiedade em profissionais da saude em tempos de COVID-19: revisao sistematica com metanalise/Prevalence of anxiety among health professionals in times of COVID-19: a systematic review with meta-analysis*. Ciência & Saúde Coletiva, 26(2), 393+.
- <https://link.gale.com/apps/doc/A656304404/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=79db1048>

- Silva, W. A. D., Brito, T. R. S., & Pereira, C. R. (2021). *Anxiety associated with COVID-19 and concerns about death: Impacts on psychological well-being*. *Personality and Individual Differences*, 176, 110772.
- Siegrist, M., Luchsinger, L., & Bearth, A. (2021). The impact of trust and risk perception on the acceptance of measures to reduce COVID-19 cases. *Risk Analysis*, 41(5), 787-800.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). *Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy*. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- Song, M. (2020). *Psychological stress responses to COVID-19 and adaptive strategies in China*. *World development*, 136, 105107.
- Song, S., Yang, X., Yang, H., Zhou, P., Ma, H., Teng, C., ... & Zhang, N. (2020). *Psychological resilience as a protective factor for depression and anxiety among the public during the outbreak of COVID-19. Runing Title: Protective factor of the public during COVID-19*. *Frontiers in psychology*, 11, 4104.
- Souza, I., & Souza, M. A. D. (2004). *Validação da escala de autoeficácia geral percebida*. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas*, 26(1-2), 12-17.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285.
- Starr, L. R., Huang, M., & Scarpulla, E. (2021). Does it help to talk about it? Co-rumination, internalizing symptoms, and committed action during the COVID-19 global pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 187-195.
- Struyf, T., Deeks, J. J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeflang, M. M., ... & COVID, C. (2020). *Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

- Taber, K. S. (2018). The use of cronbach's alpha when developing and reporting Research Instruments in science education. *Research in Science Education*, 48, 1273-1296 <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Tam, C. C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., & Shen, Z. (2021). *Psychological distress among HIV healthcare providers during the COVID-19 pandemic in China: mediating roles of institutional support and resilience*. *AIDS and Behavior*, 25(1), 9-17.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). *Development and initial validation of the COVID Stress Scales*. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232.
- Ten Berge, J.M.F., & Kiers, H.A.L. (1991). A numerical approach to the exact and the approximate minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika*, 56, 309-315. [doi:10.1007/bf02294464](https://doi.org/10.1007/bf02294464)
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. [doi:10.1037/a0023353](https://doi.org/10.1037/a0023353)
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). *Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection*. *Journal of personality and social psychology*, 76(2), 284.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Rumination reconsidered: A psychometric analysis*. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.

- Trifiletti, E., Shamloo, S. E., Faccini, M., & Zaka, A. (2022). Psychological predictors of protective behaviours during the Covid-19 pandemic: Theory of planned behaviour and risk perception. *Journal of community & applied social psychology*, 32(3), 382-397.
- UNICEF (2023, 31 de janeiro). *COVID-19 & stigma: How to prevent and address social stigma in your community*. Recuperado de: www.unicef.org/sudan/covid-19-stigma-how-prevent-and-address-social-stigma-your-community
- Velicer, W. F. (1976). *Determining the number of components from the matrix of partial correlations*. *Psychometrika*, 41(3), 321-327.
- Velicer, W. F., Eaton, C. A., & Fava, J. L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: A review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components. In R. D. Goffin & E. Helmes (Orgs.), *Problems and solutions in human assessment: Honoring Douglas N. Jackson at Seventy*. (pp. 41-71). Boston: Kluwer.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). *Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese*. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109.
- Wang, J., Wang, Z., Liu, X., Yang, X., Zheng, M., & Bai, X. (2021). *The impacts of a COVID-19 epidemic focus and general belief in a just world on individual emotions*. *Personality and Individual Differences*, 168, 110349.
- Watkins, E. R. (2008). *Constructive and unconstructive repetitive thought*. *Psychological bulletin*, 134(2), 163.
- Whitmer, A. J., & Gotlib, I. H. (2013). *An attentional scope model of rumination*. *Psychological bulletin*, 139(5), 1036.
- Wolff, C. S., Minella, L. S., Lago, M. C. D. S., & Ramos, T. R. O. (2020). *Pandemia na necroeconomia neoliberal/Pandemic in neoliberal necroeconomics*. *Revista Estudo*

<https://link.gale.com/apps/doc/A628853297/AONE?u=cap&sid=bookmark-AONE&xid=a5abe2a1>

World Health Organization (2020a). *Novel Coronavirus (2019-nCoV). situation report - 13.*

Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>

World Health Organization. (2020b). *A guide to preventing and addressing social stigma.*

Recuperado de: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf>

World Health Organization. (2021, 15 de maio). *WHO Timeline - COVID-19.* Recuperado de

<https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Ye, B., Zhou, X., Im, H., Liu, M., Wang, X. Q., & Yang, Q. (2020). Epidemic rumination and resilience on college students' depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: the mediating role of fatigue. *Frontiers in Public Health*, 8, 560983.

Yıldırım, M., Akgül, Ö., & Geçer, E. (2021). *The effect of COVID-19 anxiety on general health: The role of COVID-19 coping.* International Journal of Mental Health and Addiction, 1-12.

Yıldırım, M., & Güler, A. (2022). Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death studies*, 46(5), 1065-1072.

ANEXOS

ANEXO A. *COVID 19 RUMINATION SCALE* (C-19RS; Nikolova, 2021)

Leia cada uma das seguintes afirmações e escolha uma resposta que melhor o descreva, usando a escala de resposta a seguir:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

- 1- Estou preocupado com o coronavírus (COVID-19)
- 2- Eu percebo que penso no coronavírus (COVID - 19) várias vezes ao dia
- 3- Acho difícil esvaziar minha cabeça de pensamentos sobre o coronavírus (COVID - 19) durante meu trabalho
- 4- Mesmo quando estou envolvido em uma atividade recreativa (por exemplo, hobby. esportes) eu penso no coronavírus (COVID-19)
- 5- Pensamentos sobre o coronavírus (COVID-19) perturbam meu sono
- 6- Tenho medo de infecção por coronavírus (COVID - 19) em mim e na minha família

ANEXO B. *COVID-19 PERCEIVED RISK SCALE* (CPRS) - (Yıldırım, M., & Güler, A. (2020)

Instruções: Leia cada uma das seguintes afirmações e escolha uma resposta que melhor o descreva.

1	2	3	4	5
Insignificante	Baixo	Médio	Alto	Muito alto

1. Qual a probabilidade de você contrair (“pegar”) a COVID19?
2. Qual é a probabilidade de você adquirir a COVID-19, em comparação com outras pessoas?
3. Qual é a probabilidade de você pegar outras doenças (por exemplo, diabetes / asma)?
4. Qual é a probabilidade de você morrer da COVID-19?
5. Qual o seu nível de preocupação com a possibilidade de contrair (“pegar”) a COVID-19?
6. Qual o seu nível de preocupação com a probabilidade que um membro de sua família contraia (“pegue”) a COVID-19?
7. Qual o seu nível de preocupação com a ocorrência de casos da COVID-19 em sua região?

8. Qual o seu nível de preocupação com o surgimento da COVID-19 como um problema de saúde?

ANEXO C. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade

2. Você reside em qual Cidade/Estado? _____

3. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino 3 Prefiro não opinar

4. Estado civil:

1 Solteiro (a) 2 Casado (a)/ União Estável 3 Separado/Divorciado 4 Viúvo 5 Outro:

5. Orientação sexual: 1 Heterossexual 2 Homossexual 3 Bissexual 4
Outro: _____

6. Religião: 1 Católico 2 Evangélico 3 Espírita 4 Não possui 5 Outro

7 Qual seu grau de escolaridade?

1 Ensino Fundamental Incompleto 2 Ensino Fundamental 3 Ensino Médio Incompleto 4
Ensino médio completo 5 Ensino superior incompleto 6 Ensino superior completo 7 Pós –
graduação incompleta 8 Pós-graduação completa

8. Como você considera que está a qualidade do seu sono?

1 Muito boa 2. Boa 3. Ruim 4 Muito ruim

09. Tem feito atividade física durante a pandemia da COVID 19? Se sim, com qual
frequência? (Frequência semana)

1- (1 a 2 dias por semana) 2- (3 a 4 dias por semana) 3- (5 a 6 dias por semana) 4- Todos os
dias 5- Não tenho praticado atividade física durante a pandemia

10. Caso seja profissional da área da saúde, trabalha na linha de frente do COVID-19?

1= sim 2= não 3 não trabalho na área da saúde

11- Caso esteja inserido no mercado de trabalho, onde você trabalha, é fornecido
equipamentos de proteção? (máscaras, álcool, lavatório, papel toalha)

1= sim 2= não 3- Às vezes 4- Não estou inserido no mercado de trabalho

12- Qual seu cargo de ocupação?

13- Durante o período de Pandemia, a equipe teve treinamento preventivo ?

1= sim 2= não 3- Não se aplica a mim

14. Você tem diabetes, doença pulmonar ou doença cardíaca?

1= sim 2= não

15. Alguém de seu núcleo familiar tem diabetes, doença pulmonar ou cardíaca?

1= Sim 2= Não

16- Você já foi diagnosticado ou apresentou sintomas relacionados ao coronavírus (COVID – 19)?

1= sim 2= não

17- Alguém em seu ambiente próximo (familiar ou amigo) está (ou esteve) infectado com o coronavírus (COVID - 19)?

1= sim 2= não

18- Alguém em seu ambiente próximo (familiar ou amigo) está gravemente doente no momento por causa do coronavírus (COVID - 19)?

1= sim 2= não

19- Alguém em seu ambiente próximo (familiar ou amigo) faleceu por conta de infecção por coronavírus (COVID - 19)?

1= sim 2= não

20. Algumas pessoas perderam renda por causa da pandemia de coronavírus (COVID-19), por exemplo, porque não conseguiram trabalhar tanto ou porque os seus contratos de trabalho foram cancelados ou atrasados. Por favor, indique se sua família foi afetada dessa maneira.

1= Minha família perdeu renda por causa da pandemia do COVID-19

2= Minha família não perdeu renda por causa da pandemia do COVID-19

3= Não sei se minha família perdeu renda por causa da pandemia do COVID-19

21. Para entender a sua realidade, queremos saber sobre as suas experiências nas últimas duas semanas. Quantas vezes você saiu de casa/ residência nas últimas duas semanas?

22. Quais as razões para você ter saído da sua casa/ residência nas últimas duas semanas? Você pode responder quantas alternativas achar necessário.

() Ir a uma clínica, farmácia ou hospital

() Ir ao trabalho

() Ir ao supermercado ou comprar comida

() realizar atividades não essenciais, como ir ao salão de beleza e comprar roupas.

() Visitar amigos e/ou família que residem em outra casa

() Outros

() Eu não saí da minha residência

23. Com que frequência usou uma máscara de proteção facial, nas últimas duas semanas, ao sair de casa?

() Sempre

() A maioria das vezes

() Algumas vezes

() Nunca

() Eu não saí da minha residência nas últimas duas semanas

24- Atualmente você está inserido no mercado de trabalho? Em qualquer setor, função ou cargo.

1 Sim 2 Não

25- Você já foi vacinado contra a COVID-19?

1= Sim 2 =Não

ANEXO D. ESCALA DE COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DE INFECÇÃO POR COVID-19 (Chang et al., 2020)

Instruções: Leia cada uma das seguintes afirmações e escolha uma resposta que melhor o descreva.

1	2	3	4	5
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Regularmente	Quase sempre

01. Com que frequência você limpa regularmente e completamente suas mãos com álcool em gel?

02. Com que frequência você limpa regularmente e completamente lava suas mãos com água e sabão?

03. Com que frequência você evita tocar seus olhos, nariz e boca?

04. Com que frequência você cobre sua boca e nariz com o seu cotovelo dobrado ou lenço quando você tosse ou espirra?

05. Com que frequência você mantém pelo menos 1 metro de distância entre você e outra pessoa?

06. Com que frequência você fica em casa quando não se sente bem?

ANEXO E. ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS- 21; Lovibond &, 2004)

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto cada afirmação se aplicou a você *durante a última semana*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir <u>exageradamente</u> em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava utilizando muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer papel ridículo.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Me dei conta que estava agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade <u>em</u> relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo.	0	1	2	3
15. Senti-me quase entrando em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

ANEXO F. ESCALA DE MEDO DA COVID-19 (Ahorsu et al., 2020; Medeiros et al., 2021)

Instruções: Por favor, escolha o número que melhor represente o grau de sua concordância com as afirmações abaixo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

01. Eu tenho muito medo da COVID-19.
02. Me sinto desconfortável ao pensar na COVID-19.
03. Minhas mãos ficam suadas quando penso na COVID-19.
04. Tenho medo de perder minha vida por causa da COVID-19.
05. Quando assisto notícias e histórias sobre a COVID-19 nas mídias sociais, fico nervoso e ansioso.
06. Não consigo dormir porque estou preocupado em contrair COVID-19.
07. Meu coração dispara ou palpita quando penso em contrair COVID-19.

ANEXO G. ESCALA DE ANSIEDADE AO CORONAVÍRUS (Lee, 2020; Padovan-Neto, 2021)

Com que frequência você experimentou as seguintes atividades nas 2 últimas semanas?

0	1	2	3	4
De modo nenhum	Raro, menos que 1 ou 2 dias	Muitos dias	Mais que 7 dias	Quase todos os dias nas últimas 2 semanas

1. Fiquei tonto(a), atordoado(a) ou fraco(a) quando li ou ouvi notícias sobre o coronavírus.
2. Tive dificuldade para adormecer ou ficar dormindo porque estava pensando no coronavírus.
3. Fiquei paralisado ou congelado quando pensei ou fui exposto(a) a informações sobre o coronavírus.
4. Perdi o apetite quando pensei ou fui exposto(a) a informações sobre o coronavírus.
5. Senti náuseas ou tive problemas estomacais quando pensei ou fui exposto(a) a informações sobre o coronavírus.

ANEXO H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



Prezado(a) Colaborador(a),

Estamos interessados em como a Pandemia de COVID-19 tem afetado nossas vidas, e gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário.

Por favor, leia atentamente as instruções deste questionário e marque a resposta que mais se aproxima do que você pensa, sente e/ou faz, sem deixar qualquer das questões em branco. Para que você possa respondê-lo com a máxima sinceridade e liberdade, queremos lhe garantir o caráter anônimo e confidencial de todas as suas respostas.

Contudo, antes de prosseguir, de acordo com o disposto nas resoluções 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

1. Natureza da pesquisa: Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, com o propósito de conhecer possíveis fatores contribuintes para a explicação de comportamentos relacionados a pandemia.
2. Envolvimento na pesquisa: Você preencherá um questionário com perguntas sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos sobre a pandemia do COVID-19. O preenchimento é individual e com base em sua opinião, sendo previstos 15 minutos para a finalização do questionário. Você tem liberdade para se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Contudo, solicitamos sua colaboração respondendo todo o questionário, garantindo avanços do conhecimento sobre variáveis psicológicas durante a pandemia.
4. Riscos e desconfortos: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, oferecendo, riscos mínimos aos participantes, talvez, apenas, algum constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resoluções 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Entretanto, os pesquisadores se responsabilizam em indenizar o participante, no caso de eventuais danos, efetivamente decorrentes da participação na pesquisa.
5. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores responsáveis terão conhecimento de suas respostas e nos comprometemos a mantê-las em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

6. Benefícios: ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a pandemia, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa fornecer dados importantes acerca da temática, no qual o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

7. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação, já que esta deve ser feita de forma voluntária.

8. Ressarcimento ou indenização: Não será disponível nenhuma compensação financeira aos participantes da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Por fim, estamos a sua inteira disposição nos e-mails abaixo para esclarecer qualquer dúvida que necessite.

Emerson Diógenes de Medeiros (Coordenador), e-mail: emersondiogenes@gmail.com; Cleiton Uchôa de Melo, e-mail: cleitonmelopsi@gmail.com.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Local e data: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável