

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A saúde mental em tempos de COVID-19: 1º
confinamento vs 2º confinamento

Ana Teresa Alves Aguiar n.º de aluna 31556

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Alice Freitas Pereira

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Neves

Novembro de 2022



Agradecimentos

Após vários anos de trabalho e esforço, parece que chegou ao fim meu percurso como estudante de Psicologia. Foram anos longos, acompanhados por um turbilhão de emoções e aprendizagens. Para a conclusão deste capítulo da minha vida, foram necessários apoios e incentivos de pessoas nas quais estarei eternamente grata.

À Professora Doutora Alice Pereira, um enorme obrigada pela orientação constante, pelo acompanhamento e motivação irreverente durante todo o meu percurso anual, pela total disponibilidade demonstrada e principalmente por todas as aprendizagens que me proporcionou.

À Professora Doutora Ana Sofia Neves, um muitíssimo obrigado pelo acompanhamento e partilha do seu conhecimento.

Às verdadeiras e incríveis amigadas que o ISMAI me presenteou, em particular à Alexandra Paiva e à Catarina Vila, obrigada pelo vosso companheirismo ao longo destes últimos anos. Não consigo imaginar esta etapa sem vocês.

Por último, mas não menos importante, quero mostrar o meu enorme agradecimento à minha família, que sem ela nada disto seria possível. Aos meus pais por todo o apoio incondicional, e por me terem proporcionado a oportunidade de ser mestre em Psicologia Clínica. Ao meu namorado, pelo amor, amizade e paciência durante todos estes meus anos como estudante. E como não podia faltar ao meu filho, que mesmo sem se aperceber foi o meu maior apoio para conseguir chegar ao fim desta etapa.

A todos vocês, um enorme obrigada!

Resumo

A pandemia por COVID-19 foi um grande desafio para toda a população, uma vez que gerou a aplicação de medidas drásticas e extremas para um maior controlo da propagação do vírus. O confinamento social foi uma das medidas adotadas por todos os países que, consoante a literatura, trouxe mais implicações no que diz respeito ao bem-estar psicológico. Esta dissertação procurou avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stress, considerando os dois confinamentos em Portugal, através de um estudo quantitativo, e tendo em conta as variáveis sexo, parentalidade e estado civil. Para isso, foi utilizada uma amostra com 70 participantes com idades entre os 18 e 81 ($M=38.26$ $DP= 13.55$) anos e sendo, na sua maioria, mulheres. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS Pais-Ribeiro et al., 2004) em dois momentos distintos: após o 1º e 2º confinamento. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões associadas à Saúde Mental entre os dois confinamentos nem comparativamente a estudos pré-pandemia. Quando os resultados foram analisados por sexo, identificaram-se diferenças entre o 1º e o 2º confinamento, mas apenas nas mulheres. As mulheres com filhos/as revelaram níveis mais elevados de stress e Ansiedade, no 2º confinamento, do que as que não tinham filhos. Os homens solteiros (incluindo divorciados e viúvos) apresentaram níveis mais elevados de Depressão, no 1º confinamento, do que os homens casados (ou em união de facto). Apesar do estudo não ter demonstrado um elevado impacto psicológico, considera-se importante continuar a explorar as implicações do COVID-19 e da pandemia na saúde mental, para que futuramente se possa prevenir e diminuir os sintomas descritos, tendo em conta um contexto semelhante ao que foi vivido no decorrer dos anos 2020 e 2021.

Palavras Chave: Pandemia, COVID-19, Confinamento Ansiedade, Depressão, Stress.

Abstract

The covid pandemic was a great challenge for the entire population, as it generated drastic and extreme measures to better control the spread of the virus. Social confinement was one of the measures adopted by all countries, which according to today's literature brought more implications with regard to psychological well-being. This dissertation sought to evaluate the levels of anxiety, depression and stress, and the difference between the first and the second confinement in Portugal, through a quantitative study. For this purpose, a sample of 70 participants aged between 18 and 81 years ($M=38.26$ $DP= 13.55$), and mostly women, was used. A sociodemographic questionnaire and the anxiety, depression and stress scale (EADS- Pais-Ribeiro et al., 2004) were applied at two different times: after the 1st and 2nd confinement. No statistically significant differences were identified in the dimensions associated with Mental Health between the two confinements, nor compared

to pre-pandemic studies. When the results were analyzed by sex, differences were identified between the 1st and 2nd confinement, but only in women. Women with children showed higher levels of stress and anxiety, in the 2nd confinement, than those without children. Single men (including divorced and widowed) showed higher levels of Depression, in the 1st confinement, than men married (in fact union). Although the study did not demonstrate a high psychological impact, it is considered important to continue exploring the implications of COVID-19 and the pandemic on mental health, so that the symptoms described can be prevented and reduced in the future, taking into account a context similar to that of that was experienced during the years 2020 and 2021.

Keywords: Pandemic, COVID-19, Confinement, Anxiety, Depression, Stress.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Introdução.....	1
Capítulo I – Saúde Mental em tempos de COVID-19.....	4
1.1 Saúde mental e Modelos interpretativos.....	4
1.1.1 Modelo Biomédico	5
1.1.2 Modelo Biopsicossocial.....	5
1.1.3 Modelo tripartido	7
1.1.3.1 Ansiedade.....	8
1.1.3.2 Depressão.....	11
1.1.3.3 Stress.....	13
1.2 Pandemia por Covid-19.....	14
1.2.1 Infecção por Covid-19	15
1.2.2 Pandemia e isolamento social	18
1.2.3 Perturbações psicológicas associadas ao confinamento	19
2.2 Metodologia	29
2.2.1 – Participantes.....	29
2.2.2 – Instrumentos e medidas	32
2.2.2.1- Questionário Sociodemográfico	32

2.2.2.2- EADS.....	32
2.2.3 – Procedimentos.....	Erro! Marcador não definido.
2.3 Apresentação dos resultados	35
2.3.1 EADS e Saúde Mental	35
2.4 Discussão dos resultados	41
Conclusão	46
Referências.....	49

Lista de abreviaturas

APA- American Psychological Association

COVID-19- Coronavírus Disease 2019

SARS-CoV- severe acute respiratory syndrome coronavirus

SARS-CoV2- severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

MERS-CoV- Middle East respiratory syndrome-related coronavirus

ADN- Ácido desoxirribonucleico

OMS-Organização mundial da saúde

EADS-21- Escala de ansiedade, depressão e stress

DASS-41- Depression Anxiety and Stress Scale

POC- Perturbação obsessivo-compulsiva

PSPT- Perturbação de stress pós-traumático

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

Índice de tabelas

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas gerais, estatística descritiva.....	30
Tabela2: EADS - Estatísticas Descritivas: Caracterização da amostra (1º e 2º confinamento, N=70)	35
Tabela 3: EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre o 1º e o 2º confinamento, por sexo – t-Student (amostras emparelhadas)	36
Tabela 4: EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre mulheres que não tem filhos (n=25) e mulheres que tem filhos (n=29), por confinamento –t student ou U de Mann-Whitney.....	37
Tabela 5: EADS- Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre pessoas solteiras/viúvas/separadas/divorciadas (n= 38) e pessoas casadas/em união de facto (n=32), por confinamento - t-student	38
Tabela 6: EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre homens solteiros/viúvos/separados/divorciados) e homens casados/em união de facto (n=10), por confinamento - U de Mann-Whitney	39

Introdução

A saúde mental é essencial para o indivíduo uma vez que afeta o seu desenvolvimento pessoal, não sendo apenas a ausência de dor ou de doença. A saúde mental é definida como um estado de bem-estar físico, social, mental e total no qual o indivíduo é capaz de realizar as suas próprias escolhas, lidar com as dificuldades do dia-a-dia e atuar de forma produtiva nas tarefas profissionais, o que contribui positivamente para a sociedade (Segre, 1997). A resiliência e a estabilidade do indivíduo são fatores que permitem uma boa saúde mental (Palha & Palha, 2018) e, de acordo com Viner (1999), um dos maiores condicionantes da qualidade da saúde mental é o stress, que está diariamente presente na vida das pessoas, mas que se tem vindo a agravar ao longo dos últimos dois anos, principalmente devido à existência da pandemia mundial.

As pandemias acompanham a sociedade há séculos, são doenças ultra infecciosas que alcançam uma grande parte do mundo (Fogaça et al., 2021). A COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma doença infetocontagiosa que surgiu no final de 2019 e rapidamente se propagou pelo mundo inteiro. Esta doença trouxe implicações à maioria dos subsistemas e, devido ao seu alto risco de contágio, vários países viram-se obrigados a ativar medidas pouco habituais, como o encerramento das escolas, empresas, locais públicos e diversos postos de trabalho (Brito et al., 2020; Kim et al., 2020).

A 19 de Março de 2020, Portugal entrou em estado de emergência nacional e confinamento obrigatório. A par da implementação desta medida surgiram também medidas excecionais de modo a prevenir e proteger toda a população do contágio. Foram restringidos diversos direitos civis como, por exemplo, a circulação na via pública e em espaços fechados. Ainda, passou a ser obrigatório o uso de máscara e a desinfeção constante das mãos, objetos e todos os espaços públicos ainda abertos. Estas medidas causaram alterações na organização e na rotina de todas as famílias, nos hábitos de

maioria da população e, em consequência, surgiu um aumento severo da insegurança e medos relativamente às repercussões financeiras e sociais que a pandemia pudesse causar a curto-longo prazo (Patrão et al., 2020).

Wang et al. (2020), afirmam que, a par com o impacto económico, surgiu também um impacto psicológico classificado como moderado/grave. Intensas reações e emoções foram relatadas, desde ansiedade, medo, solidão, raiva, tédio, insónia. Para além dos infetados, da população em isolamento, ou dos grupos com alto risco de infeção, como idosos e doentes oncológicos, é também importante salientar o papel de todos os profissionais de saúde.

A atenção e os estudos sobre as consequências de uma pandemia na sociedade têm aumentado significativamente. No entanto, existe ainda pouca literatura associada à população portuguesa no que diz respeito ao aumento das perturbações mentais na sociedade em geral após a pandemia. Estes estudos são importantes pois permitem prevenir alguns problemas futuros, criando providências baseadas nas investigações e na literatura existente. Por este motivo, este estudo teve como objetivo perceber o impacto da pandemia na saúde mental, nomeadamente nos sintomas de ansiedade, depressão e stress, no final do 1º e do 2º confinamento junto de população portuguesa. O protocolo de investigação incluiu uma avaliação segundo a escala de ansiedade, depressão e stress - EADS (Pais-Ribeiro et al., 2004), que avalia a saúde mental geral dos indivíduos.

Este estudo é constituído por 2 partes – na primeira parte, é feita uma revisão de literatura relativamente à saúde mental, abordando alguns conceitos que lhe estão associados, bem como o modelo tripartido que servirá de base para o estudo empírico (ansiedade, depressão e stress). Posteriormente é abordada a pandemia por COVID-19 e o impacto psicossocial que esta acarretou, nomeadamente as principais perturbações psicológicas que lhe podem estar associadas. A segunda parte deste estudo corresponde

ao presente estudo empírico que aborda a apresentação de objetivos, metodologia, resultados, análise de resultados e discussão. Na última parte é realizada uma breve conclusão da investigação, onde são nomeadas as limitações do estudo e quais as possíveis estratégias de prevenção e promoção da saúde mental num próximo contexto semelhante.

Capítulo I – Saúde Mental em tempos de COVID-19

O presente capítulo tem como principal objetivo contextualizar o tema que será objeto de estudo ao longo da investigação. Através da pesquisa e revisão bibliográfica atual e relevante, serão apresentados e definidos os principais conceitos que se relacionam com o estudo, sustentados através das ideias defendidas pelos vários autores. Em primeiro lugar, será feita uma breve apresentação de alguns modelos interpretativos da saúde, e serão definidas e contextualizadas as perturbações associadas ao estudo: ansiedade, depressão e stress. De modo a concluir este capítulo, será feita uma revisão e contextualização acerca da pandemia do COVID-19, relacionando-a, posteriormente com potenciais perturbações psicológicas.

1.1 Saúde mental e Modelos interpretativos

A saúde mental é vista como um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de lidar com as suas próprias capacidades, tensões comuns da vida e, ao mesmo tempo, trabalhar de forma produtiva, contribuindo construtivamente para a sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2004). Segundo a OMS (2013), a depressão representa 4,3% da carga global de todas as doenças (Sniadach et al., 2020). Dos vários modelos explicativos da Saúde Mental, serão apresentados os modelos biomédico, modelo biopsicossocial e, finalmente, o modelo tripartido (Pais-Ribeiro et al., 2004).

1.1.1 Modelo Biomédico

O Modelo Biomédico ou mecanicista é um modelo aplicado à medicina, surgindo entre o século XVIII e o século XIX. Inspirado na visão mecanicista do ser humano, este modelo considera que saúde é apenas a ausência de doença e de anomalias anatómicas ou fisiológicas, e o corpo é apenas uma máquina, onde ocorrem “avarias”. De acordo com esta perspectiva, o indivíduo tem um papel passivo no controlo do seu bem-estar, ou seja, não é responsável pela sua doença, ele é considerado vítima de agentes externos que provocam disfunções internas e malformações internas incontrolláveis. Assim sendo, a pessoa afetada limita-se a procurar um técnico que imediatamente se responsabiliza pela “cura” dos aspetos biológicos da sua saúde, através da cirurgia ou de fármacos. Neste contexto, não existe espaço para o papel do/a psicólogo/a, atribuindo-se o tratamento aos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, não sendo valorizado o comportamento do indivíduo, mas apenas a componente fisiológica. Este modelo respondeu bem às necessidades numa época em que havia um predomínio de mortes por doenças infecciosas, no entanto, com a evolução da ciência, foram levantadas diversas limitações ao modelo biomédico (Reis, 2005). Este modelo foi acusado de ser reducionista, uma vez que reduz fenómenos complexos a uma causa simples, orgânica levando à construção de um modelo mais abrangente e completo (Engel, 1977).

1.1.2 Modelo Biopsicossocial

O modelo biopsicossocial proposto por Engel (1980) é um modelo mais compreensivo que reconhece que a saúde é determinada também por fatores sociais e psicológicos. O modelo biopsicossocial afirma que, apesar da doença necessitar de um

maior foco atencional num determinado nível, esta também afeta outros níveis do sistema. Os fatores psicológicos influenciam os processos biológicos que, por sua vez influenciam o sistema social do indivíduo dando, assim, a oportunidade aos profissionais das ciências sociais e humanas (psicologia, sociologia, antropologia...) de colaborarem no processo de tratamento. Deste modo, destaca-se a importância da integração de psicólogos/as com outros profissionais da área da saúde, visto que são diversos os fatores relacionados no processo saúde-doença (Calvetti et al., 2007).

Keefe e Blumenthal (2004) afirmam que o futuro da Psicologia da Saúde está em ampliar o desenvolvimento do modelo biopsicossocial, uma vez que os fatores psicossociais têm vindo a estar cada vez presentes nas intervenções. Tendo em conta o modelo aqui referido, Cohen et al. (1997) referem que o stress é um processo mediante o qual ações ambientais sobrecarregam ou excedem a capacidade adaptativa do organismo, causando alterações psicológicas e biológicas, que aumentam o risco de doença. Ao mesmo tempo, Feitosa (2014) afirma que o stress está associado à etiologia ou agravamento das manifestações depressivas, e este é influenciado por fatores de risco como a personalidade do indivíduo, a predisposição genética, acontecimentos de vida e conflitos interpessoais. Simultaneamente, o suporte social e habilidades sociais interferem na presença da depressão e do stress, atuando como fatores de proteção.

Deste modo, conclui-se que de acordo com o modelo biopsicossocial qualquer alteração ou sintomas de doença (e.g., stress, perda de energia, dificuldade de concentração) maioritariamente levam ao comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional (Sadock & Sadock, 2007).

1.1.3 Modelo tripartido

O modelo tripartido surgiu com o intuito de melhorar a discriminação entre a ansiedade e a depressão. Estes construtos tendem a manifestar uma forte associação entre si (citação?). Na psicopatologia, a ansiedade, a depressão e o stress são constituintes de um vasto leque de perturbações mentais (Pais-Ribeiro et al., 2004). Fenomenologicamente e conceitualmente, a ansiedade e a depressão são manifestamente distintas. No entanto, essa distinção é particularmente difícil em termos clínicos e empíricos pelo efeito de vários fatores como, por exemplo, a forte associação entre os sintomas de ansiedade e os sintomas da depressão (Pais-Ribeiro et al., 2004) e a elevada comorbilidade (Brown et al., 1997, Brown et al., 1998; Clark & Watson, 1991). Estes fatores trazem problemas aos instrumentos de avaliação associados, tornando as medidas fortemente correlacionadas e moderadamente discriminativas (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Watson et al., 1995).

Posto isso, este modelo assume que a depressão e a ansiedade se dividem em três dimensões básicas: O afeto negativo ou *distress*, o afeto positivo e a excitação somática ou hiperexcitação fisiológica.

O Afeto Positivo representa um envolvimento prazeroso e entusiasta com a vida, com sintomas como o orgulho, prazer e energia. O Afeto Negativo está associado a

sintomas como a insónia, irritação, culpa, medo, tristeza e preocupação. Estes são denominados como sintomas inespecíficos uma vez que, tanto podem ser vivenciados por pessoas deprimidas, como por pessoas ansiosas, esclarecendo a comorbilidade e a forte associação das duas perturbações (Clark & Watson, 1991; Anderson & Hope, 2008; Pinto et al., 2015)

A Excitação Somática ou Hiperexcitação Fisiológica refere-se a sintomas mais ligados à ansiedade como, a falta de ar, tonturas, boca seca e tensão.

Clark e Watson (1991) acreditam que, apesar das semelhanças a depressão e a ansiedade, é possível diferenciá-las através destes três construtos. As pessoas com sintomas de depressão tendem a apresentar baixos níveis de afeto positivo (ex: cansaço, falta de energia e excitação) e altos níveis de afeto negativo, enquanto pessoas com sintomas de ansiedade tendem a apresentar altos níveis excitação somática e também altos níveis de afetos negativos.

A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas como a Depression Anxiety Stress Scale (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995). Esta escala propõe-se a preencher a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão. Para além destas, os autores sugerem os itens menos discriminativos destas dimensões como a dimensão “stress” (Pais-Ribeiro et al., 2004).

1.1.3.1 Ansiedade

Segundo a Associação Americana de Psicologia (2014), a ansiedade é um estado de humor direcionado para os possíveis acontecimentos negativos no futuro, em que o medo surge como resposta ao perigo real, presente ou percebido pela pessoa. Esta é uma resposta adaptativa do nosso organismo que ocorre quando o indivíduo está em estado de

alerta face a algum perigo ou ameaça, ocorrendo um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas. Contudo, a ansiedade pode deixar de adaptativa e tornar-se desadaptativa e, conseqüentemente, numa doença mental. Isto ocorre quando há consecutivas ativações do medo, sem motivo ou perigo real ou quando as respostas de ativação fisiológica face ao medo são desproporcionais face a situação sucedida (Pinto et., 2015; Associação Americana de Psicologia, 2014).

As perturbações da Ansiedade são várias, designadamente: a Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação de Fobia Específica, Perturbação de Ansiedade Social, Perturbação de Pânico, Agorafobia e Perturbação de Ansiedade generalizada. Estas perturbações tendem a ter uma grande comorbilidade entre si, mas podem ser distinguidas através de uma avaliação atenta e rigorosa das situações evitadas pelo individuo, dos seus pensamentos e das suas crenças. Cada uma das perturbações, apenas é diagnosticada quando os sintomas não advêm de efeitos fisiológicos, ou do uso de substâncias ou medicamentos (Mangolini et al., 2019; Dalgallarondo, 2019; APA, 2014).

A Perturbação de Ansiedade de Separação, é definida sobretudo pelo medo ou ansiedade excessiva, de separação ou abandono das figuras de vinculação ou do seu lar. As pessoas com esta perturbação preocupam-se com acontecimentos adversos que possam acontecer a si mesmos e às suas figuras de vinculação, como por exemplo, medo de ser raptado, medo de se perder, medo de acidentes, medo da morte, ou seja, acontecimentos que possam impossibilitar estar com as suas figuras de vinculação. No caso das crianças, estas tendem a demonstrar um medo anormal de estar sozinhos e elevada dificuldade para adormecer sem a figura de vinculação por perto (APA, 2014; Mangolini et al., 2019).

A Perturbação de Fobia Especifica tem, como característica principal, o medo e/ou ansiedade de um acontecimento ou de um objeto específico, que é designado por

estímulo fóbico. Para uma pessoa ser diagnosticada com esta perturbação é necessária a presença do medo, de forma persistente, intensa e grave e sempre que esta tem o mínimo de contacto com o estímulo fóbico. Nestes casos, o medo ou a ansiedade pode causar ataques de pânico (Mangolini et al., 2019).

A Perturbação de Ansiedade Social, é marcada pelo elevado medo de exposição social e de situações em que a pessoa possa ser observada e criticada negativamente, que pode variar de intensidade de acordo com as diferentes situações. Quando uma pessoa com perturbação de Ansiedade Social é obrigada ou submetida a um ambiente social, esta tende a ter reações associadas à ansiedade, como por exemplo, corar, tremer e suar, acabando por evitar certos costumes sociais, como cumprimentar o outro, comer, beber e urinar. No entanto, uma pessoa que fique ansiosa ocasionalmente por algum evento social, não deve ser diagnosticada com Perturbação de Ansiedade Social (Dalgallarondo, 2019; Rolim et al., 2020)

A Perturbação de Pânico refere-se aos ataques de pânico recorrentes incomuns, isto é, que não demonstram qualquer indício que irá ocorrer. Um ataque de pânico é um período de medo de tal gravidade que pode ser acompanhado de uma extensa lista de sintomas cognitivos e físicos, tais como suores, palpitações, náuseas, tonturas, parestesias (sensação de formigueiro), medo de perder o controlo, medo de morrer, sensação de falta de ar, dor no peito, tremores, sensação térmica de muito frio ou muito calor e desrealização (sensação de irrealidade) (APA, 2014; Rolim et al., 2020).

A Agorafobia assenta na presença de medo ou ansiedade de níveis elevados, desencadeados por uma exposição de um acontecimento real ou a antecipação do mesmo. O acontecimento tem de pertencer a uma lista de situações específicas tais como a utilização de transportes públicos, estar em espaços fechados, estar em espaços abertos (parques de estacionamento, pontes, feiras), estar fora de casa sozinho estar numa fila ou

multidão. Nesta perturbação, quando o indivíduo não consegue evitar estas situações e é submetido a experienciá-las, tem pensamentos negativos e sintomas de ataques de pânico (Mangolini et al., 2019; APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada, refere-se à preocupação exagerada sobre diversos acontecimentos e atividades, como por exemplo o desempenho escolar ou laboral, responsabilidades, rotinas diárias, vida económica, saúde. Nesta perturbação a pessoa demonstra dificuldade no funcionamento psicossocial e uma grande dificuldade de controlo da ansiedade e preocupação, causando pelo menos três destes sintomas: fadiga, agitação, falta de concentração, irritabilidade, perturbações do sono e tensão muscular (Rolim et al., 2020; Dalgallarondo, 2019).

1.1.3.2 Depressão

A OMS (2016) caracteriza a depressão através da existência de sintomas como a tristeza, fadiga, alterações no sono, sentimentos de culpa e baixa autoestima. Enquanto que para Del Porto (1999) a depressão pode ser entendida enquanto estado afetivo, sintoma e síndrome.

Considerando a Depressão como um estado afetivo, esta é caracterizada como uma tristeza regular. Dentro dos padrões normativos da vida psíquica, quando a tristeza ocorre com demasiada frequência é encarada como um sinal de alerta para o desenvolvimento de um possível estado de depressão. Enquanto sintoma, a depressão é reconhecida como um indício de outras perturbações físicas ou mentais. Quando entendido como síndrome, a depressão é definida por alterações de humor, como a presença de irritabilidade, falta de empatia, tristeza, lentificação dos movimentos e sentimentos de vazio (APA, 2014; Pinto et., 2015;).

Dentro das perturbações depressivas, podemos encontrar a Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo, a Perturbação Major, a Perturbação Depressiva Persistente e a Perturbação Disfórica Pré-menstrual (APA, 2013).

A Perturbação de Humor Disruptivo tem como principal característica a presença consistente de irritabilidade que se manifesta de forma verbal ou comportamental. Para além destes sintomas, uma pessoa diagnosticada com esta perturbação, tende a ter humor irritável durante a maior parte do dia (Dalgallarondo, 2019).

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas, pelo menos durante 2 semanas consecutivas: humor deprimido quase todo o dia, forte diminuição de interesse em quase todas as atividades diárias, perda de peso sem motivo, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação motora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou excesso de culpa, falta de concentração e de foco no pensamento, pensamentos de morte constantes, incluindo ideação suicida. No caso das crianças ou jovens, existe maior predominância de humor irritável, em vez do humor deprimido (APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

Em semelhança com a anterior, a Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) tem como sintoma principal a presença de humor deprimido durante praticamente todo o dia. No entanto, estas diferem-se pelo tempo que os sintomas permanecem. Enquanto na Perturbação Depressiva Major os sintomas manifestam-se, pelo menos durante duas semanas consecutivas, nesta os sintomas decorrem no mínimo durante dois anos (Dalgallarondo, 2019).

Por última, a Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, ocorre durante a fase pré-menstrual ou dias depois do ciclo menstrual feminino ocorrer. Esta perturbação tem sintomas comportamentais e/ou físicos, tais como: labilidade afetiva, raiva, humor

deprimido, tensão, fadiga, perturbações do sono, alterações do apetite, dificuldades de concentração, ansiedade e hipersensibilidade (APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

1.1.3.3 Stress

O stress é uma resposta orgânica que causa alterações cognitivas, fisiológicas e do comportamento, dependentes da percepção da pessoa sobre o fator stressante e como esta lida com o mesmo. Segundo Selye (1951), resposta orgânica é denominada de Síndrome de Adaptação Geral e divide-se em três fases: alerta, resistência e exaustão.

Na fase de alerta, a pessoa atinge um alto nível de energia, em função da produção de adrenalina, de forma a garantir a sua sobrevivência; A fase da resistência, é quando a pessoa encara e lida com os fatores stressores. Na fase de exaustão, o stress mantém-se de forma persistente e cansativa, levando à quebra da resistência. Esta é a fase mais dramática, pois pode ocorrer e/ou levar a perturbações físicas e mentais, como um enfarte e depressão.

Concluindo, níveis ligeiros de stress ajudam a pessoa a lidar com acontecimentos destoantes e situações de mudança, possibilitando uma melhor percepção tanto da situação como das consequências que a mesma acarreta, e uma reação rápida perante o problema. Contudo, quando estes assumem níveis elevados, causam graves consequências no bem-estar físico e mental (Pinto et al., 2015).

Nas perturbações mentais associadas ao stress estão incluídas a perturbação de stress-pós-traumático, a perturbação aguda de stress e as perturbações de ajustamento.

A perturbação de stress-pós-traumático é caracterizada por um conjunto de sintomas específicos que ocorrem após a exposição ou observação de um acontecimento traumático, por exemplo, situações de guerra, ataques físicos e abusos sexuais. Nestes

casos, as pessoas diagnosticadas com esta perturbação, tendem a evitar pensamentos, memórias, diálogos e objetos associados ao acontecimento traumático, ou que possam levar à lembrança do mesmo e sofrem um ou mais destes sintomas: pesadelos, lembranças do acontecimento, flashbacks, mal-estar psicológico e reações fisiológicas. Para além destes a pessoa pode perder o interesse em atividades que anteriormente seriam satisfatórias, maior irritabilidade, maior sensibilidade a potenciais ameaças, maior reação a estímulos abruptos, comportamentos mais agressivos, perturbações do sono e dificuldade de concentração em tarefas quotidianas (APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

A perturbação aguda de stress implica a presença de sintomas específicos semelhantes aos anteriores, no intervalo de tempo de 3 a 30 dias, após o acontecimento traumático (APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

As Perturbações de Ajustamento definem-se pelo desenvolvimento de sintomas, após um ou mais fatores stressantes identificáveis, como por exemplo, problemas no trabalho, problemas conjugais, problemas financeiros. Estes fatos tanto podem afetar apenas uma pessoa como um grupo, ou uma família. Uma pessoa só deve ser diagnosticada com esta perturbação quando o stress e os sintomas de stress já ultrapassam o que é expectável normalmente (APA, 2013; Dalgallarondo, 2019).

1.2 Pandemia por Covid-19

O ser humano é totalmente sociável e a interação com o outro é essencial para o seu desenvolvimento pessoal, uma vez que é a partir desta interação que o mesmo se desenvolve, aprende, ensina, cria vínculos, incrementa-se e constrói novos conceitos (Mello & Teixeira, 2012). Em 2020 vimos esta socialização a ser travada por um vírus mortal que colocou o mundo em isolamento social. Esta experiência social causou uma maior predominância dos sintomas associados às perturbações anteriormente

mencionadas (Nascimento et al., 2020). Seguidamente, serão desenvolvidos os pontos que relacionam as perturbações de ansiedade, depressão e ansiedade com a mais recente pandemia mundial, a fim de notar o impacto social e psicológico que esta trouxe para a sociedade.

1.2.1 Infecção por Covid-19

Os Coronavírus são agentes etiológicos das doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas que podem infectar seres humanos e diversas espécies de animais (Patrão et al., 2020). Beaudette e Hudson (1937) (como citado em Patrão et al., 2020) referem que o primeiro coronavírus terá surgido em 1937, em embriões de galinhas, não havendo registo de danos em seres humanos. Apenas os animais eram infetados por este vírus, causando principal preocupação aos agricultores. Em 1960 surgiu o primeiro caso de coronavírus em humanos, mas era apenas caracterizada por sintomas semelhantes a uma constipação comum (Phan., et, 2018). Em 2003, é diagnosticada, pela primeira vez, a síndrome respiratória Grave (SARS-CoV) na China, que provocou 11% vítimas mortais, do número de casos diagnosticados (Patrão et al., 2020). Esta doença pode apresentar uma variedade de sintomas que variam entre leves a graves. Febre, tosse e falta de ar são os principais sintomas deste vírus. Quando estes sintomas se agravam, os pacientes desenvolvem pneumonia ou, no pior dos cenários, síndrome do desconforto respiratório agudo, que pode evoluir rapidamente e causar morte por falência múltipla dos órgãos (Ciotti et al., 2020; Cucinotta & Vanelli, 2020). No final do ano de 2019 surge um novo coronavírus identificado como SARS-CoV-2, conhecido por “pneumonia de

etiologia desconhecida”. Os primeiros relatos surgiram de hospitais locais da China, mas que rapidamente se propagou pelo mundo inteiro, e ficou conhecido como COVID-19. Este vírus altamente contagioso, ficou reconhecido pela OMS como uma emergência de saúde pública, ou seja, uma pandemia mundial (Li et al., 2020; Patrão et al., 2020).

Uma pandemia é semelhante a uma epidemia, mas de grandes proporções. Uma pandemia, é capaz de se espalhar pelo mundo inteiro, chegando aos 5 continentes. Como um bom exemplo de pandemia, para além de COVID-19, pode-se também destacar a “gripe espanhola”, que surgiu na primeira guerra mundial e afetou todo o mundo, causando 20 milhões de vítimas mortais (Rezende, 1998).

A COVID-19 propaga-se por gotículas, secreções e contacto físico direto com alguém infetado por o vírus. Alguns estudos comprovam que o vírus SARS-CoV-2 mantém-se ativo e contagioso em superfícies 3h horas depois deste já ter sido extinto do ambiente, contudo a durabilidade de sobrevivência do vírus varia conforme as características das superfícies (Patrão et al., 2020; Cucinotta & Vanelli, 2020).

Tendo em conta a gravidade da situação em que o mundo se encontrava no início de 2020, foram aplicadas diferentes restrições nos diversos países do mundo, baseando-se no número de casos e de vítimas mortais que a pandemia causava. Estas restrições variaram conforme a gravidade, no caso de Portugal vão desde o estado de contingência, ao estado de calamidade e, por fim, o mais grave, o estado de emergência (Patrão et al., 2020). Em Portugal surgiram os dois primeiros casos a 2 de março de 2020 que rapidamente aumentou para 59 casos no espaço de uma semana. Posto isto, o Governo Português decide avançar com a suspensão de todas as atividades letivas presenciais, assim como o encerramento de restaurantes, bares e discotecas (Monteiro & Cebola 2021). Com o aumento de infeções por COVID-19 para 359 casos, é decretado pelo Presidente da República o estado nacional de emergência a 18 de março de 2020 (Decreto

lei nº 14-A/2020, 2020). Este foi regido por um conjunto de medidas preventivas, como o uso obrigatório de máscara em locais fechados, distanciamento social, o teletrabalho, ensino à distância e encerramento de estabelecimentos e instituições não essenciais. No final de abril, o Governo aprovou a transição do estado de emergência para estado de calamidade, onde houve um abandono gradual de medidas, que durou até 15 de setembro de 2020. Nesta data o país passa finalmente para o estado de contingência (Monteiro & Cebola, 2021; Decreto lei nº74/2020, 2020). Em outubro de 2020, o número de novos casos voltou a aumentar. No final de dezembro de 2020, surge uma nova variante ainda mais contagiosa, designada por variante Alfa que causou uma enorme pressão sobre o sistema nacional de saúde (SNS) (Direção-Geral da Saúde, 2020) A 13 de janeiro 2021, foi declarado o novo Estado de Emergência, acompanhado por um conjunto de novas medidas restritivas (Decreto lei nº nº6-B/2021, 2021). Após a entrada no estado de emergência, seguiram-se quatro semanas rigorosas do ponto de vista epidemiológico em que se verificaram valores de mortalidade nunca antes registado no século XXI em Portugal (Cádima, 2021). A partir de fevereiro de 2021, o plano de vacinação entrou em vigor e juntamente com as medidas preventivas notou-se uma significativa redução de novos casos, internamentos e mortes (Direção-Geral da Saúde 2021). Apesar desta melhoria a saúde pública de Portugal volta a cair e os números de novos casos voltam a aumentar pelo que, a 2 de março, o país entra novamente no 12º estado de emergência, que se prolongou até dia 30 de abril de 2021 (Direção-Geral da Saúde, 2021). Ao todo foi declarado 15 vezes pelo Presidente da República o estado de emergência, durou 173 dias consecutivos e teve 11 renovações (Ferreira da Silva et al., 2022)

1.2.2 Pandemia e isolamento social

A quarentena e isolamento social, são cruciais para a mitigação e maior controlo das doenças contagiosas, principalmente quando estas ainda não têm tratamento.

Nos últimos três anos, tem sido um conceito amplamente usado e presente no nosso quotidiano. No entanto, segundo Nascimento et al. (2020), foi uma estratégia já usada no passado, sempre que necessário, desde o século XIV. Esta experiência social não é a mais agradável e traz consigo algumas consequências físicas e mentais, nomeadamente a perda da liberdade, o aumento de horas sedentárias, a falta de convivência, a separação de alguns familiares e amigos, mas, sobretudo, o medo da doença. Em geral, o isolamento social, leva a uma predominância de sintomas associados à ansiedade, insónia ou hipersónia, baixa autoestima e angústia. Julga-se que as consequências do confinamento, podem vir a contribuir para um maior risco de saúde mental a longo prazo (Nascimento et al., 2020).

Portugal, passou por dois confinamentos entre os anos de 2020 e 2021. O primeiro foi decretado pelo Presidente da República a 18 de março de 2020 e o segundo a 15 de janeiro de 2021 (Decreto lei nº 14-A/2020, 2020, 2020; Decreto lei nº nº6-B/2021, 2021). Esta medida tomada pelo Governo Português veio priorizar o combate e o controlo da pandemia, assim como salvaguardar a vida de todos os cidadãos. Para isto, foi necessário restringir alguns direitos civis, como a circulação na via pública. As pessoas apenas se podiam deslocar à rua por motivos de saúde, de assistência de pessoas vulneráveis, aquisição de bens essenciais, desempenho de atividades profissionais (apenas daquelas que não possam ser realizadas através de casa), deslocações de curta duração para atividade física ou fruição de períodos ao ar livre de forma individual, deslocações de curta duração para o passeio de animais domésticos. Decretou-se, ainda, o encerramento da generalidade dos estabelecimentos, assim como a suspensão de

atividades de comércio e retalho. Apenas se mantiveram abertos aqueles que disponibilizassem bens essenciais, como supermercados, bombas da gasolina e farmácias (Decreto lei nº 14-A/2020, 2020; Monteiro & Cebola, 2021).

1.2.3 Perturbações psicológicas associadas ao confinamento

Embora o isolamento social seja uma das medidas mais eficazes para travar a propagação de um vírus e epidemia, este está associado simultaneamente à deterioração da saúde mental e do bem-estar da sociedade, relacionando-se com o aumento de perturbações psicológicas ou sintomas de stress pós-traumático, depressão e ansiedade (Brooks et al., 2020).

Em 2015 surgiu o surto coreano MERS-CoV, tendo o seu tratamento consistido em criar ambientes isolados. As vítimas do vírus relataram valores mais baixos de cálcio, fósforo, hematócrito e ADN genómico, que são os principais indicadores de stress. Também em 2003 em Taiwan, surge o vírus SARS-CoV que provocou perturbação de stress pós-traumático (PSPT) na maioria dos funcionários de emergência e da ala psiquiátrica (Torales et al., 2020). Com a chegada da SARS-CoV2, o vírus mundial mais recentemente sentido pela sociedade, surge também uma preocupação com a saúde mental (Patrão et al., 2020; Faro et al., 2020). Este é um momento de grande fragilidade emocional para toda a população, uma vez que sentimentos como medo, stress e ansiedade prevalecem diariamente na sociedade (Lipp & Lipp, 2020). Houve um aumento das emoções negativas, e das perturbações acima mencionadas como: a ansiedade, a depressão, o stress e a ausência de emoções positivas (Patrão et al., 2020; Faro et al., 2020). É comum que haja um declínio da saúde mental, quando a sociedade se depara com doenças epidemiológicas. (Torales et al., 2020). Lipp e Lipp (2020), realizaram um estudo no terceiro mês de isolamento social no Brasil, onde se verificou

resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito à prevalência de ansiedade e stress na pandemia. Em concordância com este estudo também Kar et al. (2020) desenvolveram um estudo que tem como objetivo avaliar o stress, a ansiedade, e a depressão e durante a pandemia de COVID-19. Os autores verificaram que 21.2% dos participantes apresentaram ansiedade moderada a severa e 15.0% depressão moderada a severa.

Tandon (2020), afirma que estamos perante um “tsunami de doenças psiquiátricas”, que pode contribuir para uma grave crise de saúde mental. No entanto, estima-se que este impacto psicológico não afetou da mesma maneira a toda a população. A maioria dos profissionais de saúde, não são treinados para lidar com este tipo de acontecimentos. Kang et al., (2020) realizaram um estudo que comprovam que médicos e enfermeiros em particular, são os que sofrem mais sintomas de ansiedade e depressão durante e após uma pandemia (Stuijzand et al., 2020). Estas condições podem facilmente evoluir para perturbações psicológicas, como Perturbação de Stress-Pós-Traumático, Perturbações de ansiedade e Perturbações depressivas (Kang et al., 2020; Ornell et al., 2020; Wang et al., 2020;).

Em semelhança com os resultados encontrados nos estudos com profissionais de saúde, também Pires et al., (2021) referem a existência de um risco mais elevado de suscetibilidade psicossocial, para os doentes com perturbações mentais graves, principalmente para aqueles que dispõem de doenças mentais, como a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de stress-pós-traumático (Lima et al., 2020). Davide et al. (2020) procurou avaliar o impacto do covid-19 nos doentes com Perturbação obsessivo-compulsiva (POC), e concluiu que houve um aumento severo de sintomas obsessivo-compulsivos com a chegada do COVID-19 até mesmo nos doentes que se encontravam em remissão e controlo dos sintomas da doença.

Este aumento está associado a diversos fatores, como por exemplo a excessiva divulgação de informação. Durante esta pandemia, fomos diariamente confrontados com atualizações de informação, desde o número de novos casos e mortes, desde a descoberta de mais sinais e sintomas provocados pelo vírus, até à procura infundável da cura (Talevi, 2020). Segundo o estudo de Shuja, (2020), a divulgação excessiva de informação referente a medidas de prevenção e proteção individual, afeta sobretudo os doentes com perturbação obsessivo-compulsiva (POC), onde o foco passa pela desinfeção e limpeza.

Esta informação excessiva pode causar a chamada síndrome “*Headline Stress Disorder*”, que se refere a uma resposta emocional de stress e ansiedade (Dong, 2020).

A inexistência de tratamento precoce destes sintomas pode causar sintomas mais graves e posterior evolução para doença mental como, perturbação de stress pós-traumático

(PSPT) a longo prazo (Jeong H, 2016). Bo HX et al. (2021) encontrou, no seu estudo, uma percentagem considerável (96.2%) de pessoas com COVID-19, que apresentam sintomas de stress. De acordo com Chamberlain., et al.2021), sintomas como imagens intrusivas dos acontecimentos traumáticos foram os mais prevalentes nos doentes internados na unidade de cuidados intensivos.

Para além dos estudos anteriores, foram também encontrados estudos associados às perturbações de ansiedade em época pandémica. De acordo com o estudo de Andriote, (2012), (como citado em Cardoso, 2020) a perturbação de adaptação é a mais comum, no entanto existem outros tipos de perturbações, como a agorafobia, a fobia social e perturbação de ansiedade generalizada. Sendo que esta última foi observada em 15,8% das pessoas HIV positivas, em comparação com apenas 2,1% na população geral (Cardoso, 2021).

No entanto, não são só os doentes mentais que são potenciais vítimas da degradação da saúde mental. A pandemia gerou incertezas a vários níveis prejudicando também aqueles que têm uma menor estabilidade económica e laboral. De acordo com Matias et al., 2020 para estes grupos mais vulneráveis da sociedade, o contágio ou a infeção da doença não são os únicos motivos para os sintomas de ansiedade.

A falta de rotinas, a incerteza do futuro laboral e a perda de rendimentos devido ao confinamento, poderão também estar associados ao aumento da morbidade psicológica (Pires et al., 2021; Nascimento et al., 2020). O género é também um fator sociodemográfico bastante presente na literatura, quando se aborda a prevalência de sintomas, de ansiedade, depressão e stress durante o COVID-19 e consequente isolamento social. Em vários estudos as mulheres mostram-se mais vulneráveis e suscetíveis à degradação da saúde mental, que facilmente se traduz em sintomas de ansiedade, depressão e stress (da Silva Barreto et al., 2021; Elbay et al., 2020; Filgueiras, & Stults-Kolehmainen, 2020; Patrão et al., 2020; Mazza et al., 2020; Ausín et al., 2020). O estudo de Patrão et al., (2020) conclui que as mulheres relatam sentir-se mais deprimidas, ansiosas e exaustas, referindo, ainda, que sentem que o seu sono foi perturbado e têm necessidade de apoio psicológico.

Vindegaard e Benros (2020), sugerem que estes níveis mais elevados de stress e ansiedade se devem à necessidade de enfrentar diferentes papéis e tarefas em simultâneo, como as responsabilidades profissionais, responsabilidades parentais, prestação de cuidados aos filhos e/ou progenitores, autocuidado. O confinamento e distanciamento social desta crise, suportam o surgimento e aumento de circunstâncias anteriores potencialmente geradoras de stress parental, e a redução dos recursos disponíveis para os cuidadores parentais lidarem com ele (da Silva Barreto et al., 2021). Neste contexto é exigida, uma conciliação do trabalho, para várias famílias realizado remotamente em

casa, com o aumento das tarefas domésticas e das tarefas relacionadas com o cuidar das crianças, nomeadamente a preocupação e dever acrescido de assegurar as condições necessárias e exigidas para o ensino em casa (Gaspar, 2020). Em conformidade com estes dados, Vindegaard e Benros (2020); Arruda., et al. (2021) afirmam que efetivamente existem valores mais elevados de stress e ansiedade no sexo feminino quando estes são comparados com o sexo masculino. Alguns estudos como o de Franzoi et al., 2020; Alho et al., 2020; Ausín et al, 2020) também relacionam o facto de ter filhos ou não como um fator de risco para a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e stress em época pandemia. O estudo de Alho et al., 2020 revela diferentes resultados relativamente à prevalência destes sintomas visto que, os participantes que não têm filhos demonstram níveis de stress e depressão mais elevados. Ao contrário dos níveis de ansiedade que são mais reduzidos do que os participantes que têm filhos. Em adição aos estudos anteriores, Guillard et al. (2022) enfatiza não só a parentalidade, como também o estado civil, os autores referem que ser mulher, solteira, não ter filhos, ter comorbidades médicas e histórico de cuidados com a saúde mental foram fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão no decorrer da pandemia. Em semelhança com este estudo também Barbosa afirma que os solteiros demonstram um maior risco de prevalência de sintomas ansiógenas, depressivos e stressantes.

Para além dos fatores anteriormente mencionados, é importante considerar que uma pandemia é acompanhada pela perda e o luto em grande escala, não só de vidas humanas, mas também da vida social, profissional e pessoal. A vivência do processo de luto, nas mais diversas formas e singularidades é importante do ponto de vista de saúde mental (Giamtney et al., 2021; Oliveira et al., 2020). O não cumprimento destes rituais específicos de cada cultura, pode causar situações indesejadas e prejudiciais ao equilíbrio

do grupo, sobretudo relacionados com os aspetos psicoemocionais (Giamtney et al., 2021).

Para além do luto, também a solidão, os medos da perda, da morte e das prováveis consequências da infeção por COVID-19, contribuem para a degradação da saúde mental (Oliveira et al., 2021). De acordo com o estudo de Oliveira et al., (2021), a faixa etária mais idosa, sofreu graves problemas mentais, nomeadamente crises de ansiedade, depressão, ideação suicida e o suicídio. Este agravamento da saúde mental, está associado ao medo e fragilidade do sistema imunológico, por serem vítimas de outras doenças físicas, à perda de autonomia, ao avanço da idade, e a dificuldade de comunicação com os seus parentes. Deste modo entende-se que são diversas as consequências do isolamento social prolongado, e as mesmas podem gerar impactos mentais futuros (da Silva Santos et al., 2020)

Estas informações são muito importantes pois mostram que a existência de fatores externos ao acontecimento elementar, provoca efeitos que influenciam o aumento ou degradação da saúde mental (Lakhan, 2020). Estes problemas advêm não só do isolamento social e da alteração das rotinas, mas também das preocupações financeiras e de saúde inerentes a esta crise de saúde pública e vivência do luto (Tendais & Ribeiro, 2020).

Capítulo II – Estudo Empírico

O presente capítulo apresenta o objetivo do estudo e as hipóteses de investigação (com base na revisão de literatura efetuada), a metodologia, os resultados e a sua discussão.

2.1- Objetivos e questões de investigação

O presente estudo tem como finalidade perceber se existiram alterações da saúde mental entre os dois confinamentos, nomeadamente ao nível da ansiedade, depressão e o stress. Assim, e tendo como ponto de partida a revisão de literatura efetuada, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar se os índices de ansiedade, depressão e stress apresentam variação entre o 1º e 2º confinamento. Pretende-se, ainda saber se estes resultados apresentam diferenças associadas ao sexo, à parentalidade (ter ou não ter filhos) e ao estado civil.

Os objetivos específicos, passam por:

1. Caracterizar a amostra tendo em conta as principais variáveis do estudo, nomeadamente, as características sociodemográficas, e avaliação da saúde mental, através da aplicação da EADS.
2. Verificar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associadas ao sexo, em cada um dos confinamentos.
3. Verificar se existem diferenças significativas, relativamente a ansiedade, depressão e stress entre os dois confinamentos.
4. Verificar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress, em cada um dos sexos, associadas ao momento de confinamento
5. Verificar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associadas à parentalidade (ter/não ter filhos)
6. Verificar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress, em cada um dos sexos associadas à parentalidade
7. Verificar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associados ao estado civil

8. Verificar se existem diferenças significativas, em cada um dos sexos, nos níveis de ansiedade, depressão e stress associados ao estado civil

Tendo por base os objetivos de estudo apresentados e revisão de literatura efetuada, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associados ao sexo em cada um dos confinamentos, sendo que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados do que o sexo masculino.

O sexo é um fator a considerar quando se aborda a prevalência de sintomas, de ansiedade, depressão e stress em época de COVID-19. Vários estudos, evidenciam uma maior prevalência de sintomatologia de stress, ansiedade e depressão na população feminina durante a pandemia da COVID-19, em comparação com o sexo masculino (Arruda., et al 2021; Patrão et al., 2020; Souza, 2020; Vindegaard e Benros 2020;). No estudo de Mazza et al., (2020), este grupo é considerado o grupo de maior risco para resultados psicológicos adversos durante uma crise de saúde pública.

H2: Existem diferenças significativas a nível da Ansiedade, Depressão e Stress associadas ao momento em que os confinamentos ocorreram. As pessoas apresentam níveis de ansiedade, depressão e stress mais elevados no 2º confinamento.

Diversos estudos referem existir um aumento significativo no nível de ansiedade, associados à presença da pandemia por COVID-19 (da Silva Barreto et al., 2021; Elbay et al., 2020; Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020 Kang et al., 2020, Lipp &Lipp, 2020; Patrão et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020). À semelhança dos anteriores, também Patrão et al., (2020) sublinham o impacto emocional negativo associado ao período isolamento social, devido à pandemia por COVID-19. Tendo identificado uma

percentagem expressiva de participantes que relatam sentir-se mais deprimidos, ansiosos e exaustos.

Em concordância, Dong (2020) explica conceito da síndrome “*Headline Stress Disorder*”, como uma resposta emocional de stress e ansiedade e associa-o ao contexto pandémico. Segundo o autor, esta resposta de stress pode advir da excessiva informação acerca da pandemia, desde o número de novos casos, mortes e internados. Bo HX et al., 2021 encontraram, no seu estudo uma percentagem significativa de participantes com sintomas de stress associados ao COVID-19.

H3: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress, no sexo feminino, associadas ao momento de confinamento (1º/2º). O sexo feminino apresenta níveis de ansiedade, depressão e stress mais elevados no segundo confinamento.

Patrão et al. (2020) realizou um estudo durante o primeiro confinamento em Portugal, tendo verificado que as mulheres relatam sentir-se mais deprimidas, ansiosas e exaustas. Tendo em conta a falta de literatura que compare os dois confinamentos, não nos é permitido afirmar que existem diferenças nas dimensões de ansiedade, depressão e stress, mas considerando a repetição, num espaço de um ano, de uma situação potencialmente stressante, esperamos que haja um aumento destas dimensões da saúde mental.

H4: Não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress no sexo masculino entre o 1º e 2º confinamento. No segundo confinamento, os homens apresentam valores de ansiedade, depressão e stress semelhantes ao primeiro.

No estudo de Moreira et al., (2022), os resultados obtidos apontaram que os o sexo masculino apresenta baixos níveis de ansiedade (6,5%), depressão (6,5%) e stress (7%), após o 1º confinamento. Assim sendo, espera-se que o mesmo se verifique no 2º confinamento.

H5: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associadas à parentalidade (ter ou não ter filhos) em cada um dos confinamentos. Os participantes que têm filhos demonstram mais sintomas de ansiedade.

Franzoi et al., 2021 destaca como um dos fatores de risco para o detrimento da saúde mental o facto de não ter filhos. Em semelhança com o presente estudo, também Alho, (2021) recorreu à escala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) para avaliar os níveis de ansiedade na época de pandemia. O estudo revela que os participantes que não têm filhos, demonstram níveis de stress e depressão são mais elevados dos que têm filhos, no entanto esta não é uma diferença estatisticamente significativa. Pelo contrário, H6: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress nas participantes, associadas à parentalidade. , no 1º e no 2º confinamento. As mulheres com filhos apresentam níveis de ansiedade, depressão e stress mais elevados nos dois confinamentos.

Especialmente a parentalidade a solo é um tema sensível e preocupante na pandemia. O cenário de sobrecarga das mães, foi agravado durante o distanciamento social, pelo acréscimo de vários fatores stressantes, como a falta da rede de apoio ao longo da educação dos seus filhos, desde creches, cuidadores, escola, vizinhos e pessoas da família, a extrema preocupação com a perda do trabalho, a divisão de tarefas domésticas com as tarefas parentais (Domingos, 2021). Todos os estes fatores, contribuem para um aumento de sintomas de ansiedade, depressão e stress. Tendo em conta este tema da parentalidade, e revisão de literatura efetuada, onde fundamenta que o sexo feminino é um grupo de risco de degradação de saúde mental, acreditamos que há diferenças significativas das dimensões de ansiedade, depressão e stress nas mães e comparação com os pais.

H7: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress associadas ao estado civil em cada um dos confinamentos. As pessoas solteiras/divorciadas/viúvas apresentam níveis de depressão mais elevados do que as pessoas casadas/em união de facto

Num estudo realizado por Barbosa et al. (2021) foi possível observar uma maior prevalência de sintomas de depressão nos participantes solteiros.

H8: Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress em cada um dos sexos, associadas ao estado civil. A mulher solteira tem níveis mais elevados de ansiedade. Os homens mantem valores semelhantes entre os dois grupos.

Guilland et al. (2022) referem que ser mulher, solteira, não ter filhos, ter comorbidades médicas e histórico de cuidados com a saúde mental foram fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão.

2.2 Metodologia

Para uma melhor compreensão da metodologia utilizada, irá ser caracterizada a amostra e serão referidos os instrumentos de investigação utilizados e descritos os procedimentos adotados

2.2.1 – Participantes

A amostra é constituída por 70 participantes, de nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal. Como aparece representado pela Tabela 1, a amostra conta com 54 indivíduos do sexo feminino (77.1%) e 16 do sexo masculino (22.9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos ($M = 38.26$, $D P= 13.55$). A maioria dos

participantes possui o 12º ano de escolaridade (n = 26;37,1%) e apresenta o estado civil de casado/a ou em união de facto (n = 32;46.7%). A maior parte dos participantes reside no litoral (n = 59, 84.3%), na zona norte (n = 56, 80%) e em zona urbana (n = 52, 74.3%) e mais de metade dos participantes têm filhos (n = 40, 57.1%). Tendo em conta a Classificação Portuguesa das profissões (Instituto Nacional de estatística, 2010), a área profissional mais representada está relacionada com as atividades intelectuais profissional (n = 17, 24,3. %).

Tabela 1.

Variáveis sociodemográficas gerais – Estatísticas descritivas

	N	%
Sexo		
Feminino	54	77.1
Masculino	16	22.9
Habilitações Literárias		
9º ano	5	7.1
11º ano	4	5.7
12º ano	26	37.1
Bacharelato	1	1.4
Licenciatura	20	28.6
Mestrado	11	15.7
Estado Civil		
Solteiro(a)	28	40.0
Casado(a) ou em União de Facto	32	45.7
Divorciado(a)/Separado(a)	10	14.3
Zona de residência - Portugal		
Norte/Centro/Sul		
Norte	56	80.0
Centro	3	4.6
Sul	6	9.2
Litoral/Interior		
Litoral	59	84.3
Interior	6	9.2
Urbana /Rural		
Urbana	52	74.3
Rural	17	24.6
Parentalidade		
Sim	40	57.1
Profissão		
Poder legislativo	5	7.1
Atividades intelectuais	17	24.3
Técnico nível intermédio	10	14.3
Proteção/Segurança	5	7.1
Pessoal administrativo	5	7.1
Trabalhadores qualificados indústria	5	7.1
Operadores de instalações/máquinas	2	2.9

% - Percentagem da moda da distribuição das respostas a negrito

2.2.2 – Instrumentos e medidas

Para a recolha dos dados deste estudo (que fez parte de um estudo mais abrangente), para além do consentimento informado, foram utilizados 2 instrumentos: O questionário sociodemográfico e a EADS (Pais-Ribeiro et al., 2004)

2.2.2.1- Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado para o estudo, tendo em conta os objetivos delineados. Inclui questões como a idade, o sexo, a nacionalidade, o estado civil, as habilitações literárias, a zona de residência (norte/ centro/ sul/, litoral/ interior, zona rural, zona urbana), parentalidade (tem ou não filhos) e profissão (de acordo com a classificação Portuguesa das profissões, INE, 2011).

2.2.2.2- EADS

Foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS, de Pais-Ribeiro et al. 2004). Este é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens, cotados numa escala tipo Likert, de quatro pontos, correspondentes a (0= Não se aplica a mim; 1=Aplicou-se a mim algumas vezes; 2=Aplicou-se a mim muitas vezes 3=Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), que avalia sintomas emocionais negativos, incluindo 3 dimensões específicas, a ansiedade, a depressão e o stress. Todos os itens são cotados de igual modo, podendo a pontuação total de cada subescala variar entre 0 e 21.

A subescala que avalia a depressão é constituída por sete itens (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) que analisam a disforia, o desânimo, a desvalorização da vida, a auto-depreciação,

a falta de interesse/ envolvimento, anedonia e inércia. A subescala da ansiedade é composta por sete itens (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) que aferem a excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. A subescala de avaliação do stress engloba os restantes 7 itens (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) que avaliam as dificuldades em relaxar, a excitação nervosa, facilidade em ficar agitado/chateado, irritação ou reação exagerada e impaciência. Todos estes sintomas questionados, ao longo do questionário devem ser considerados apenas se aconteceram na última semana.

Esta medida surge da tradução e adaptação à população portuguesa, da original *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-42, Lovibond & Lovibond, 1993). Na versão original a consistência interna, foi verificada através do Alfa de Cronbach e apresenta valores de .91 para a Depressão .84 para a Ansiedade e .90 para o stress. Na versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004), a consistência interna também foi verificada com recurso ao Alfa de Cronbach e apresentou uma boa consistência interna com valores de .85 (depressão) 0.74 (ansiedade) e .81 (stress).

Em semelhança com a versão portuguesa, o presente estudo apresenta bons valores de consistência interna, para a depressão ($\alpha = 0.93$), ansiedade ($\alpha = 0.86$), e para o stress ($\alpha = 0.90$).

2.2.3 – Procedimentos

Este estudo teve como ponto de partida um estudo mais vasto, que incluiu os trabalhos de Pelayo (2021) Ramos (2021) e Pereira (2021) que pretendia avaliar o impacto de algumas variáveis, na saúde mental das pessoas e que começou a ser planeado em

janeiro de 2020. Com o surgimento da pandemia, o objetivo deste estudo centrou-se na recolha informação sobre saúde mental durante o 1º confinamento. Nesta primeira recolha de dados foi dada a opção de incluir um endereço de e-mail que permitisse a devolução dos resultados. Aquando da devolução de resultados (cujo processo não fez parte do presente estudo), em inícios de maio de 2021, as pessoas foram convidadas a participar no 2º momento de avaliação, relativo ao 2º confinamento. A amostra do presente estudo foi, assim, constituída pelas pessoas que responderam ao questionário em maio de 2020 e em maio de 2021.

Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ter capacidade de compreensão da língua portuguesa, aceitar participar no estudo e ter respondido ao inquérito em maio de 2020 e em maio de 2021.

Primeiramente, foi elaborado um inquérito online, na plataforma Lyme Survey, constituído por 2 questionários. O questionário sociodemográfico (construído para o estudo, tendo em conta os objetivos da investigação) e a EADS (Ribeiro et al., 2014). Depois de informados sobre os objetivos do estudo, foram garantidas todas as condições éticas relativas à investigação em Psicologia, nomeadamente, a livre e voluntária participação e desistência, a inexistência de quaisquer incentivos nem contrapartidas financeiras, os riscos de participação, garantia de privacidade e confidencialidade, assim como a possibilidade de devolução dos resultados obtidos. Era dada a hipótese de passar ao inquérito propriamente dito (dando o seu consentimento informado) ou de desistir de participar. A divulgação da possibilidade de participação no estudo, no final do 1º confinamento (maio de 2020) foi feita através da publicação do link de acesso, através das redes sociais Facebook e Instagram. No final do 2ºconfinamento (maio de 2021 foi

enviado novo convite e link de participação, aquando da devolução dos resultados do 1º confinamento.

Para a posterior análise dos dados recolhidos foi usado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - 28), usando estatísticas descritivas e inferenciais, que permitissem responder às questões de investigação

2.3 Apresentação dos resultados

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados do estudo, que posteriormente serão discutidos de modo a responder aos objetivos de investigação previamente propostos.

2.3.1 EADS e Saúde Mental

Análises Descritivas das Variáveis em Estudo

Tal como se pode verificar na tabela 2, foi possível observar que os valores médios das dimensões da EADS variam entre 3.41 ($DP = 3.90$) e 7.24 ($DP = 4.93$) Estes resultados são semelhantes a um estudo do estudo de (Pinto et al., 2015) que avalia dimensões psicológicas semelhantes, anos antes da pandemia, visto que não diferenças estatisticamente significativas, nos dois momentos de avaliação (1/2º confinamentos). A análise caracterização diferenciada por sexo pode ser consultada, também na tabela 2.

Tabela 2.

EADS - Estatísticas Descritivas: Caracterização da amostra (1º e 2º confinamento, N=70)

Sub-Escalas	1º Confinamento			2º Confinamento		
	Tot. (N=70)	Fem. (n=54)	Masc. (n=16)	Tot. (N=70)	Fem. (n=54)	Masc. (n=16)
	<i>M(D)</i>	<i>M(D)</i>	<i>M(D)</i>	<i>M(D)</i>	<i>M(D)</i>	<i>M(D)</i>
Ansiedade	3.41 (3.90)	3.57 (3.78)	2.88 (4.33)	3.66(4.70)	4.13(4.93)	2.06 (3.49)
Depressão	4.51 (4.71)	4.52 (4.74)	4.50 (4.80)	5.01(4.50)	5.09 (4.30)	4.75 (5.25)
Stress	6.77 (4.06)	6.85 (3.96)	6.50 (4.49)	7.24(4.93)	7.70 (4.81)	5.69 (5.16)

Saúde mental – diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, no 1º e no 2º confinamento

Apesar de o número de participantes masculinos ser inferior a 30, a distribuição das dimensões de ansiedade, depressão e stress, os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk a revelaram serem distribuições normais. Assim sendo, foi utilizado o teste t-student, para amostras independentes, para explorar possíveis diferenças ao nível da ansiedade, depressão e stress, associadas ao sexo nos dois confinamentos. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, em nenhuma das dimensões associadas ao sexo, tanto no primeiro confinamento, como no segundo.

Saúde mental – diferenças entre o 1º e o 2º confinamento (amostra total e por sexos)

Foi realizado o teste-t para amostras emparelhadas para explorar eventuais diferenças nas dimensões avaliadas, entre o primeiro e o segundo confinamento, sendo que os resultados não demonstram diferenças estatisticamente significativas.

De seguida, foi novamente utilizado o teste-t para amostras emparelhadas para explorar eventuais diferenças nas dimensões da ansiedade, depressão e stress entre o 1º e o 2º confinamento, associadas ao sexo (ver tabela 3). Apesar de os homens não apresentarem diferenças, em qualquer das dimensões, nos dois confinamentos, as mulheres apresentaram níveis médios de stress mais elevados em relação no 2º confinamento do que no 1º ($M = 7.70$, $DP = 4.81$, comparativamente a $M = 6.85$, $DP = 3.96$, $t(53) = -1.803$, $p < 0.001$).

Tabela 3

EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre o 1º e o 2º confinamento, por sexo – t-Student (amostras emparelhadas).

Sub-Escalas	Feminino (n=54)			Masculino (n=16)		
	1º Conf. <i>M(D)</i>	2º Conf. <i>M(D)</i>	<i>t(53)</i>	1º Conf. <i>M(D)</i>	2º Conf. <i>M(D)</i>	<i>t(15)</i>
Ansiedade	3.57(3.78)	4.13(4.93)	-1.080 ^{ns}	2.88 (4.33)	2.06(3.49)	1.062 ^{ns}
Depressão	4.52(4.73)	5.09 (4.30)	-1.338 ^{ns}	4.50 (4.80)	4.75(5.25)	-0.389 ^{ns}
Stress	6.85(3.96)	7.70 (4.81)	-1.803 [*]	6.50 (4.49)	5.69(5.16)	0.948 ^{ns}

* $p < .05$

Saúde mental – diferenças entre quem tem filhos e quem não tem filhos (amostra total e por sexos)

Para verificar eventuais diferenças entre os participantes com filhos/as e os participantes sem filhos/as, nos dois confinamentos, foi utilizado o teste t-Student para

amostras independentes. Nos dois momentos, não se verificaram diferenças estaticamente significativas na amostra total.

Para a análise dos resultados, tendo em conta o sexo, quando comparados os homens com e sem filhos/as, quer no 1º, quer no 2º confinamento, foi verificada a normalidade da distribuição das dimensões Depressão, Ansiedade e Stress. Não sendo a distribuição das variáveis normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, que revelou não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens com filhos/as e homens sem filhos/as, em ambos os confinamentos.

No caso das mulheres a distribuição das variáveis ansiedade (1º e 2º confinamento), depressão (1º e 2º confinamento) e stress (1º confinamento) não cumpriam os pressupostos de normalidade, pelo que foi realizado o teste de Mann-Whitney para explorar eventuais diferenças quando comparadas as mulheres com filhos/as e sem filhos/as nos dois confinamentos. Já para a variável Stress, no 2º confinamento, foi possível utilizar o teste t-student, já que a distribuição desta variável era normal.

No primeiro confinamento, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com e sem filhos/as. No segundo confinamento, as mulheres com filhos demonstraram níveis médios de ansiedade ($M= 5.69$ $DP= 5.56$) e de stress ($M = 8.83$, $DP= 5.50$) mais elevados comparativamente às mulheres sem filhos ($M = 2.32$, $DP = 3.35$ e $M = 5.52$, $DP = 4.89$, respetivamente), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($U = 3239.50$, $p<0.028$ para a ansiedade e $t(48.31) = -1.953$, $p<0.005$, para o stress). (ver tabela 4).

Tabela 4

EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre mulheres que não tem filhos (n=25) e mulheres que tem filhos (n=29), por confinamento - t-student ou U de Mann-Whitney

	1º confinamento			2º confinamento		
	S/ filhos/as (n=25)	C/ filhos/as (n=29)	U	S/ filhos/as (n=25)	C/ filhos/as (n=29)	t(gl) ou U
Sub-Escalas	M(D)	M(D)		M(D)	M(D)	
Ansiedade	3.00(3.16)	4.07(4.23)	-1.037	2.32(3.35)	5.69(5.56)	U = 202.50**
Depressão	4.00(3.98)	4.97(5.34)	-0.744	4.60(3.54)	5.52(4.89)	U =336.00
Stress	6.12(3.46)	7.48(4.31)	-1.268	6.40(3.54)	8.83(5.50)	t=-1.953(48.31)*

* p<.050; ** p<.010

Saúde mental – diferenças entre as pessoas casadas/ em união de facto e pessoas solteiras/viúvas/separadas/divorciadas (amostra total e por sexos)

Um teste-t para amostras independentes foi realizado para verificar eventuais diferenças entre os/as participantes casados/as+ (casados/as e união de facto) e os/as participantes solteiros/as+ (solteiros/as, viúvos/as, divorciados/as), quer no primeiro confinamento, quer no segundo (tabela 5). Esta análise permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas apenas no 1º confinamento, e apenas a nível da dimensão Depressão, com as pessoas solteiras+ a apresentarem valores mais elevados em relação participantes às pessoas casados/as+ ($M = 5.42$ $DP = 5.36$, comparativamente a $M = 3.44$, $DP = 3.61$, $t(68) = 1.78$, $p = 0.04$).

Tabela 5

EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre pessoas solteiras/viúvas/separadas/divorciadas (n= 38) e pessoas casadas/em união de facto (n=32), por confinamento - t-student

Sub-Escalas	1º confinamento			2º confinamento		
	Solteiras+	Casadas+	t(52)	Solteiras+	Casadas+	t(gl)
	(n=38)	(n=32)		(n=38)	(n=32)	
M(D)	M(D)		M(D)	M(D)		
Ansiedade	3.97(4.70)	2.75(2.55)	1.38(58.85) ^{ns}	4.00(5.28)	3.25(3.94)	0.662(68) ^{ns}
Depressão	5.42(5.36)	3.44(3.61)	1.78(68)*	5.82(5.05)	4.06(3.58)	1.645(68) ^{ns}
Stress	7.26(4.61)	6.19(3.25)	1.108(68) ^{ns}	7.95(5.51)	6.41(4.07)	1.31(68) ^{ns}

*p<.05

Para verificar se estas diferenças encontradas estavam associadas ao sexo, foram de novo testadas as diferenças existentes, mas desta vez analisando separadamente o sexo feminino e o masculino. Como as amostras a considerar tinham um número de participantes inferior a 30, foram utilizados os testes Kolmogorov-Smirnov e Sahpiro-Wilks para testar a normalidade das variáveis a analisar. Como nenhuma das variáveis, quer no caso dos homens, quer no caso das mulheres, apresentou distribuição normal, foi utilizado o teste de Mann_Whitney para testar a diferenças, a nível das dimensões da saúde mental, em cada um dos confinamentos e para cada um dos sexos, entre pessoas Solteiras+ e Casadas +. Este teste permitiu-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, no sexo feminino. Relativamente ao sexo masculino, apenas foram encontradas diferenças significativas no 1º confinamento e relativamente à dimensão Depressão. Os homens solteiros+ (ver tabela 6) apresentaram níveis médios de

de depressão mais elevados do que os homens casados+ ($M=7.50$, $DP= 6.50$), comparativamente a $M = 2.70$. $DP = 2.31$, $U = 10.50$, $p=0.031$),

Tabela 6

EADS – Estatísticas Inferenciais: Diferenças entre homens solteiros/viúvos/separados/divorciados) e homens casados/em união de facto (n=10), por confinamento - U de Mann-Whitney

Sub-Escalas	1º confinamento			2º confinamento		
	HSolteiros+ (n=6) M(D)	HCasados+ (n=10) M(D)	U	HSolteiros+ (n=6) M(D)	HCasados+ (n=10) M(D)	U
Ansiedade	5.33 (6.50)	1.40 (1.17)	14.00	3.83 (5.27)	1.00 (1.25)	24.00 ^{ns}
Depressão	7.50 (6.50)	2.70 (2.31)	10.50*	7.33 (7.69)	3.20 (2.44)	20.00 ^{ns}
Stress	8.83 (6.01)	5.10 (2.77)	17.50	7.67 (7.84)	4.50 (2.46)	28.00 ^{ns}

* $p<.05$

2.4 Discussão dos resultados

O presente estudo examinou o impacto da pandemia mundial resultante do covid-19 e dos consequentes confinamentos na saúde mental da população portuguesa através da aplicação da EADS-21 (versão adaptada para a população portuguesa) (Pais-Ribeiro et al. 2004). Os objetivos desta investigação passaram por perceber de que modo é que a ansiedade, a depressão e o stress afetaram as pessoas, tendo em o momento de confinamento (1/2º) e tendo em conta diferentes variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o sexo, o estado civil e a parentalidade. Os resultados da escala não revelaram diferenças estaticamente significativas nas dimensões avaliadas, no que se refere à amostra total, quando comparados o primeiro e o segundo confinamento. Tais

resultados pareceram indicar que não houve um aumento severo dos sintomas de ansiedade, depressão e stress entre os momentos de avaliação. A comparação dos resultados obtidos nesta investigação, com os resultados obtidos com uma população semelhante, em momentos pré-pandemia, não revelou, também, diferenças significativas. Estes resultados não são congruentes com a literatura, uma vez que vários estudos (p.e. Lipp & Lipp, 2020, e Kar et al., 2020), que encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à prevalência de ansiedade e stress na pandemia. Também Fernandes et al., (2021) referem a existência de um maior desgaste emocional e psicológico no segundo confinamento, evidenciando um maior relato de sentimentos negativos como “nervosismo, ansiedade, preocupação, irritabilidade, impaciência, transtorno, tristeza e tensão” e uma menor demonstração de sentimentos saudáveis como “segurança, dinamismo, serenidade, ativação”. Ainda que o estudo não avalie diretamente as perturbações de ansiedade, depressão e stress, este demonstrou um aumento de sintomas associados as perturbações mencionadas.

Quanto às diferenças, entre homens e mulheres entre os níveis de ansiedade, depressão e stress nos dois confinamentos percebemos que não existiram diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados não só não vão ao encontro da hipótese de investigação delineada, como também não corroboram com a maior parte da literatura encontrada. Patrão et al., (2020) sustenta que as mulheres relatam sentir-se mais deprimidas, ansiosas e exaustas, e têm necessidade de apoio psicológico. Rajkumar (2020) atesta que, em contexto pandémico, o facto de se ser do sexo feminino parece estar associado a maiores níveis de ansiedade, tal como se pode confirmar vários outros estudos, tais como os estudos realizados por da Silva Barreto et al., (2021) Elbay et al.(2020) Filgueiras, & Stults-Kolehmainen (2020) Patrão et al. (2020); Mazza et al. (2020) e Ausín et al.(2020).

Outro objetivo de investigação passou por perceber as diferenças a nível de ansiedade, depressão e stress entre os dois confinamentos, analisando a variável sexo separadamente. Assim como era esperado pela nossa hipótese, as mulheres demonstram um aumento significativo, mas apenas ao nível do stress, entre o primeiro e o segundo confinamento. Estes resultados podem não ser fundamentados de forma real pela falta de literatura, mas podem ser justificados pela eventual necessidade de as mulheres terem a necessidade de enfrentar diferentes papéis e tarefas em simultâneo, como as responsabilidades profissionais, responsabilidades parentais, prestação de cuidados aos filhos e/ou progenitores, autocuidado (da Silva Barreto et al., 2021). Os resultados seguintes vieram confirmar também a hipótese associada, que afirma que o sexo masculino não obteve diferenças estatisticamente significativas. Seguramente, as características sociodemográficas, como o sexo, a parentalidade e o estado civil são preditores dos níveis de ansiedade, depressão e stress, quando avaliados em contextos semelhantes aos de uma pandemia (Domingos, 2021).

Um outro objetivo deste estudo foi perceber de que forma a parentalidade diferencia a pontuação obtida a nível das dimensões de saúde mental estudadas. Inicialmente foram comparados os resultados a nível das dimensões de saúde mental estudadas, as entre pessoas que tinham filhos/as e as que não tinham, de em cada um dos confinamentos. Os resultados obtidos não indicaram diferenças estatisticamente significativas no total da amostra, em nenhum dos dois confinamentos contrariando as hipóteses de investigação levantadas, e a literatura. Destacando o estudo de Franzoi et al., (2021) que demonstrou que um dos fatores de risco para o detrimento da saúde mental é não ter filhos.

Ainda relativamente à análise dos resultados relativos às dimensões de Saúde mental, tendo em conta a parentalidade, a análise por sexos permitiu verificar que, no 2º

confinamento, , as participantes que tinham filhos apresentaram valores mais elevados de de ansiedade e stressdo que as mulheres sem filhos. Estes resultados corroboram com a literatura encontrada, que suporta a ideia de que a prevalência destes sintomas pode ser explicada, pela sobrecarga que o confinamento exige, por exemplo uma mãe solteira, que perde de forma temporária a sua rede de apoio, como infantário, avós, cuidadores temporários, e ainda enfrentar diferentes papéis e tarefas em simultâneo (Domingo, 2021; da Silva Barreto et al., 2021). Estes dados talvez ajudem a explicar os resultados obtidos nesta pesquisa, uma vez que os sintomas de ansiedade, depressão e stress foram avaliados por um instrumento de autorrelato.

Este estudo pretendeu, ainda, verificar se houve diferenças entre as pessoas casados/as (incluindo as que vivem em união de facto) e as pessoas solteiras (incluindo, também, as divorciadas e viúvas) no que se refere à prevalência dos sintomas de ansiedade, depressão e stress em ambos os confinamentos. Os resultados obtidos revelaram que, no primeiro momento de confinamento as pessoas solteiras+ revelaram valores mais elevados na dimensão Depressão do que as pessoas casadas. Estes resultados não só corroboram a hipótese de investigação do nosso estudo como também vão ao encontro dos resultados deBarbosa et al. (2021), que revelam que as pessoas solteiras apresentam níveis de depressão, ansiedade e stress

Como último objetivo do estudo, pretendeu-se verificar se o sexo pode influenciar as eventuais diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress associadas ao estado civil. Ao contrário do que era esperado, os resultados demonstraram que as diferenças entre pessoas solteiras+ e casadas+ se fez sentir unicamente nos homens e apenas no 1º confinamento, o que não vai ao encontro da nossa hipótese de investigação. Apesar da inexistência de literatura que justifique estes resultados, poderemos referir a da teoria de Stern, 1985; 1992,citado em Diniz & Koller, 2010) que refere que todo o ser

humano necessita de alguém para se desenvolver, tendo como base a estimulação mútua de sentimentos, afetos e experiências. A simples presença de uma pessoa pode servir para diminuir a nossa percepção de angústia e isolamento social (Almeida, 2020).

Conclusão

O foco na proteção da saúde pública, e no controlo da transmissão e propagação do vírus mundialmente, debilitou a atenção nas restantes consequências que uma pandemia pode causar à sociedade, nomeadamente as consequências psicossociais. Os problemas de saúde mental provenientes deste evento global, tendem a tornar-se problemas duradouros, principalmente devido ao medo, vulnerabilidade entre a sociedade e ao isolamento social que a população se obrigou a viver (Lima et al., 2020).

A literatura do estudo fundamenta de forma substancial, o impacto do COVID-19 na saúde mental da sociedade, demonstrando as principais repercussões emocionais e psicológicas. Estes efeitos devem-se essencialmente ao isolamento social, conseqüente suspensão das atividades quotidianas, como a escola, trabalho, convívio e lazer. Ao deparar-se com estas restrições a população careceu de uma adaptação e reorganização das dinâmicas anteriormente mencionadas (Lima et al., 2020; Fogaça et al., 2021).

Ao contrário do que era esperado, os resultados do estudo não só não corroboram o grosso da literatura, como também são semelhantes aos resultados de um estudo realizado 5 anos antes da pandemia de Pinto et al. 2015. Esta discrepância entre o presente estudo e a literatura envolvida, poderá dever-se ao método de seleção e tamanho da amostra. o presente estudo apenas se refere aos dados relativos aos dois confinamentos em Portugal. Assim, consideramos que será importante medir os níveis de ansiedade, depressão e stress atualmente, (cerca de dois anos e meio depois do final do primeiro confinamento em Portugal).

Como limitações deste estudo, gostaria de ressaltar a disparidade elevada entre o número de mulheres e o número de homens, que pode ter influenciado as análises comparativas entre os dois sexos. Uma outra limitação encontrada no decorrer da investigação, foi o facto de nem todos os participantes do primeiro momento aceitarem

responder ao segundo momento do estudo, e por este motivo deixarem de poder fazer parte da amostra tornando-a mais reduzida. Por fim, considero que o facto de a divulgação do estudo ter sido apenas via online, limitou o alcance do estudo a todas as pessoas, podendo participar apenas indivíduos com acesso à internet e tecnologia. Apesar das limitações referidas considero que este estudo foi pertinente, uma vez que permitiu clarificar e perceber o impacto que uma pandemia mundial tem na saúde mental da sociedade e simultaneamente examinar o estado mental da amostra utilizada. Esta investigação permitiu perceber o impacto psicológico que o COVID-19, trouxe para a sociedade, e deste modo, ter mais conhecimento para um possível acontecimento futuro com características semelhantes e estarmos mais preparados a nível da saúde mental, para que esta não apresente os mesmos resultados negativos. Neste caso, Moreno et al., (2020) acreditam que é necessário apostar mais na prevenção da perturbação mental, para que esta não se agrave e complique, pois os custos e objeções serão também mais elevado. Algumas estratégias de prevenção passam pela implementação de políticas públicas de saúde mental em conjunto com estratégias de resposta durante e após o episódio pandémico, que incluía profissionais de saúde mental (Ornell et al., 2020), dedicando especial atenção à educação, ao autocuidado e ao apoio à família, incluindo um apoio multiinstitucional que incluía vários serviços sociais. Como complementação seria também importante o apoio de setores de saúde mental. Estas áreas de saber e atuação devem-se mobilizar e trabalhar em conjunto com as comunidades locais, na população em geral, mas dando especial atenção a pessoas mais fragilizadas, de modo a prestar os serviços necessários, desde a habitação, a escola, o autocuidado, o apoio familiar e apoio à saúde mental. Para além destas estratégias, seria importante a criação de programas de saúde mental, como reuniões virtuais de apoio mútuo e comunicação (Behbahani et al., 2020;

Fisher et al., 2020), e de organizações voluntárias que atuem entre os membros mais vulneráveis da sociedade (Bartels et al., 2020; Dyer, 2020; Mahase, 2020).

Referências

- Alho, L. J. N. D. S. (2021). *Pandemia COVID-19: bem-estar e saúde mental de profissionais da saúde e da educação* (Doctoral dissertation).
- Almeida, T. D. (2020). Solidão, solidude e a pandemia da COVID-19. *Pensando familias*, 24(2), 3-14.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical psychology review*, 28(2), 275-287. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.004
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V* (5.^aed.). Artmed.
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2020). Gender related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30, 29-38. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>
- Barbosa, L. N. F., Melo, M. C. B. D., Cunha, M. D. C. V. D., Albuquerque, E. N., Costa, J. M., & Silva, E. F. F. D. (2021). Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 413-419. <https://doi.org/10.1590/18069304202100S200005>
- Bartels, S. J., Baggett, T.P. & Freudenreich, O. (2020). Case study of Massachusetts COVID-emergency policy reforms to support community-based behavioral health and reduce mortality of people with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2020. assets/journals/ps/homepage/Case%20Study%20of%20Massachusetts%20C

VID19%20Emergency%20Policy%20Reforms%20to%20Support%20Comm
 nitybased%20Behavioral%20Health%20and%20Reduce%20Mortality%20of
 20People%20with%20Serious%20Mental%20Illness.pdf

Behbahani, S., Smith, C. A., Carvalho, M., Warren, C. J., Gregory, M., & Silva, N. A. (2020). Vulnerable Immigrant Populations in the New York Metropolitan Area and COVID-19: Lessons Learned in the Epicenter of the Crisis. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *95*(12), 1827–1830. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003518>

Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*, *51*(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>

Brito, S. B. P., Braga, I. O., Cunha, C. C., Palácio, M. A. V., & Takenami, I. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilância sanitária em debate*, *8*(2), 54-63. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01531>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. Doi: 10.1016/ S0140-6736(20)30460-8

Brown, T, Chorpita, B. & Barlow, D. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-- IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *107* (2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021843X.107.2.179>

- Brown, T, Chorpita, B., Korotitsch, W. & Barlow, D. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinica samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89. [https://doi.org/10.1016/s00057967\(96\)00068-x](https://doi.org/10.1016/s00057967(96)00068-x)
- Cádima, F. R. (2021). COVID-19 em Portugal. *Perspectivas multidisciplinares da comunicação em contexto de pandemia* 1(1), 6-29. <https://doi.org/10.34619/tt2y-r684>
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspetivas e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, 27, 706-717. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400011>
- Cardoso, M. S. C. M. D. S. (2021). *O impacto das pandemias na saúde mental: uma revisão histórica*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/52553/1/MafaldaSCardoso.pdf>
- Chamberlain, S., Grant, J., Trender, W., Hellyer, P., & Hampshire, A. (2021). Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors: Online population survey. *BJPsych Open*, 7(2), E47. doi:10.1192/bjo.2021.3
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Ciotti, M., Angeletti, S., Minieri, M., Giovannetti, M., Benvenuto, D., Pascarella, S., & Ciccozzi, M. (2020). Surto de COVID-19: uma visão geral. *Quimioterapia*, 64 (5-6), 215-223. <https://doi.org/10.1159/000507423>
- comCucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). A OMS declara o COVID-19 uma pandemia. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91 (1), 157. <https://doi.org/10.23750%2Ffabm.v91i1.9397>

da Silva Barreto, M., Oliveira de Arruda, G., Silva Marcon, S., Pedroso da Silva Correia, L., Dutra Queruz, A. L., Karina Rissardo, L., & Correa Pereira, E. L. (2022). Estresse e burnout entre profissionais de saúde de pronto atendimento durante a pandemia da covid/Stress and burnout among healthcare professionals of the emergency room during the covid-19 pandemic. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 20.

<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.60841>

da Silva Santos, S., Brandão, G. C. G., & Araújo, K. M. D. F. A. (2020). Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID 19. *Research, Society and Development*, 9(7), e392974244-e392974244.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4244>

Dalgallarondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (3.ed.) Porto Alegre: Artmed.

Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D., & Mario, A. (2020). O impacto da pandemia de COVID-19 em pacientes com TOC: Efeitos dos sintomas de contaminação e estado de remissão antes da quarentena em um estudo naturalístico preliminar. *Pesquisa em psiquiatria*, 291, 113213.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>

Decreto lei nº 14-A/2020 de 18 de março. Diário da República: nº 55/2020- Série I. Lisboa: Presidente da República Portuguesa. <https://dre.pt/web/guest/home/dre/130399862/details/maximized>

Decreto lei nº74/2020 de 15 de abril. Diário da República: nº 16/2020- I Série. Lisboa: Presidente da República Portuguesa. <https://data.dre.pt/eli/dec/lei/16/2020/04/15/p/dre/pt/html>

Decreto lei nº6-B/2021 de 14 de janeiro. Diário da República: nº 9/2021-I Série. Lisboa:

Presidente da República Portuguesa.

<https://data.dre.pt/eli/dec/3a/2021/01/14/p/dre/pt/html>

de Oliveira, V. V., de Oliveira, L. V., Rocha, M. R., Leite, I. A., Lisboa, R. S., & de

Andrade, K. C. L. (2021). Impactos do isolamento social na saúde mental de

idosos durante a pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health*

Review, 4(1), 3718-3727. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294>

Dyer, C. (2020). Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told, “Your NHS needs

you”. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 368. DOI:10.1136/bmj.m1152

Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. Depressão. *Revista Brasileira de*

Psiquiatria, 21, 6-11. Doi: 10.1590/S1516 44461999000500003

Direção-Geral da Saúde. (2021, fevereiro 9). *Relatório de situação epidemiológica em*

Portugal - 9 de fevereiro de 2021. [https://covid19.min-saude.pt/wp](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/344_DGS_boletim_20210209_pdf-288kb.pdf)

[content/uploads/2022/03/344_DGS_boletim_20210209_pdf-288kb.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/344_DGS_boletim_20210209_pdf-288kb.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2020, dezembro 14). *Relatório de situação epidemiológica em*

Portugal – 14 de dezembro de 2020. <https://covid19.min-saude.pt/wp>

Domingos, L. I. D. R. (2021). *Influência de fatores parentais em sintomas de ansiedade*

e depressão em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID

19 [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati-

Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa

- Dong, M. &. (2020). Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expectations*, 259–260. <https://doi.org/10.1111%2Fhex.13055>
- Eisner, E. W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative and the enhancement of educational practice* (1ed.). New York: Teachers College Press. http://mehrmoammadi.ir/wp-content/uploads/2019/07/The-Enlightened-Eye_Qualitativ-Elliot-W.-Eisner.pdf
- Elbay, RY, Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depressão, ansiedade, níveis de estresse dos médicos e fatores associados nas pandemias de Covid 19. *Pesquisa em psiquiatria*, 290, 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the bio - psychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137,535-544. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>
- Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de psicologia Campinas*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: ciência e profissão*, 34, 488-499. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000992013>
- Fernandes, C. P., Pintão, M., Ventura, M. I., Carreiro, M., & Oliveira, J. (2021). Estudo sobre o impacto do confinamento. Ciências universidade de Lisboa. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

- Ferreira da Silva, R., Macedo, M., & Conceição, J. (2022). A pandemia de COVID 19 em Portugal: Evolução, Vacinação e Farmacovigilância. *Revista Multidisciplinar*, 4(2), 135-154. <https://doi.org/10.23882/rmd.22090>
- Fisher, E. B., Miller, S. M., Evans, M., Luu, S. L., Tang, P. Y., Dreyer Valovcin, D., & Castellano, C. (2020). COVID-19, stress, trauma, and peer support observations from the field. *Translational behavioral medicine*, 10(3), 503-505. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa056>
- Filgueiras, A., & Stults-Kolehmainen, M. (2020). The Relationship Between Behavioural and Psychosocial Factors Among Brazilians in Quarantine Due to COVID-19. *Lancet Preprint*. doi: 10.2139/ssrn.3566245
- Fogaça, P. C., Arossi, G. A., & Hirdes, A. (2021). Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(4), e52010414411. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14411>
- Franzoi, I. G., Granieri, A., Sauta, M. D., Agnesone, M., Gonella, M., Cavallo, R., Lochner, P., Bragazzi, N. L., & Naldi, A. (2021). Anxiety, post-traumatic stress, and burnout in health professionals during the COVID-19 pandemic: comparing mental health professionals and other healthcare workers. *Healthcare*, 9(6), 1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060635>
- Gaspar, M. F. (2020). Parentalidade. In José Reis (coord.). *Palavras para lá da pandemia: cem lados de uma crise* 76. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
- Giamattey, M. E. P., Frutuoso, J. T., Bellaguarda, M. L. D. R., & Luna, I. J. (2021). Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis

reverberações. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN2021-0208>

Guilland, R., Klokner, S. G. M., Knapik, J., Croce-Carlotto, P. A., Ródio-Trevisan, K. R., Zimath, S. C., & Cruz, R. M. (2022). Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00186169. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs00186

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010*. Instituto nacional de estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>.

Jeong H, Y. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*.38: e2016048. doi: 10.4178/epih.e2016048. PMID: 28196409; PMCID: PMC5177805.

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen M., Yang C., Yang B.X., et al. (data) The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*,7(3). <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>

Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2020). Stress and coping during COVID-19 pandemic: result of an online survey. *Psychiatry Research*, 295, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113598>

Kim, U., Bhullar, N., & Debra, J. (2020). A vida na pandemia: Isolamento social e saúde mental *Journal of Clinical Nursing* 29(16), 2731-3108. http://pu.edu.pk/MHH_COVID-19/Articles/Article21.pdf

Ladeia, D. N., Silva A. F. da, Gonçalves B. B. S., Damasceno C. M. C., Vieira J. P. G., Silva J.A. L., Lopes L. M. de M., Queiroz N. O., & Lopes A. G. (2020). Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de

- Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e3925.
<https://doi.org/10.25248/reas.e3925.2020>
- Lakhan, R., Agrawal, A., & Sharma, M. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress during COVID-19 pandemic. *Journal of neurosciences in rural practice*, 11(04), 519-525. DOI: 10.1055/s-0040-1716442
- Li, X., Wang, W., Zhao, X., Zai, J., Zhao, Q., Li, Y., & Chaillon, A. (2020). Dinâmica de transmissão e história evolutiva de 2019-nCoV. *Journal of medical virology*, 92 (5), 501-511.
<https://doi.org/10.1002/jmv.25701>
- Lima S. O., Silva M. A., Santos, M. L. D., Moura, A. M. M., Sales, L. G. D., Menezes, L. H. S. de, Nascimento, G. H. B., Oliveira, C. C. da C., Reis, F. P., & Jesus, C. V. F. (2020). Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4006.
<https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>
- Lipp, Marilda Emmanuel Novaes, & Lipp, Louis Mario Novaes. (2020). Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(99), 180-191.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n99/a03v40n99.pdf>
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). *Escalas de Ansiedade e stress de Depressão (DASS-42)* [Registro do banco de dados]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t39835-000>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e stress em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37.
<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

- Mahase, E. (2020). Covid-19: medical students to be employed by NHS as part of epidemic response. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 368. DOI:10.1136/bmj.m1156
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., & Wang, Y.-P. (2019). Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista De Medicina*, 98(6),415-422.<http://dx.doi.org/10.11606/issn.16799836.v98i6p415-422>
- Matias, K., Kawat, M., Philip, S. & Grills, N. (2020). “We’ve got through hard times before: acute mental distress and coping among disadvantaged groups during COVID-19 lockdown in North India - a qualitative study”. *International Journal for Equity in Health*, 19, 224 <https://doi.org/10.1186/s12939-02001345-7>
- Mazza, C.; Ricci, E.; Biondi, S.; Colasanti, M.; Ferracuti, S.; Nápoles, C.; Roma, P.(2020). Uma pesquisa nacional de sofrimento psicológico entre os italianos durante a pandemia de COVID-19: respostas psicológicas imediatas e fatores associados. *Revista internacional de pesquisa ambiental e Saúde Pública* 2020, 17, 3165. doi:10.3390/ijerph17093165
- Mello E. F. F; Teixeira, A. C. (2012). A interação social descrita por Vigotsky e sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das Tecnologias de Rede. *IX ANPED, Seminário de Pesquisa em educação da região Sul*. <http://ojs.sector3.com.br/index.php/wie/article/view/1988/1747>
- Monteiro, S. S., & Cebola, C. M. (2021). A Pandemia internacional ocasionada pela doença COVID-19 e o estado de emergência em Portugal: Incursão nos efeitos do confinamento *Revista Prâksis*, 2,06–35. <https://doi.org/10.25112/rpr.v2i0.2478>

- Moreira, P. S., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernandez, M., Raposo-Lima, C., Sousa, N., PicoPerez, M., & Morgado, P. (2020). Protective elements of mental health status during the COVID-19 outbreak in the Portuguese population. *Front Psychiatry*, *11*, 565698. <https://doi.org/10.1101/2020.04.28.20080671>.
- Moreira, KA., Melo, AG., & Jorgetto, GV. (2022). Prevalência de depressão, ansiedade e stress na população universitária em tempos de pandemia. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, *11* (5), e7911527731. <https://doi.org/10.33448/rsdv11i5.27731>.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S. et al., (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, *7*(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Morgado, P. (2020). Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19: uma perspetiva da Medicina. In Martins, M., Rodrigues, E., A, *Universidade do Minho em tempos de pandemia: Tomo II: (Re)Ações*. UMinho Editora.: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.24.1>
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, *6*(2), 67–76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>
- Oliveira, E. N., Neto, F. R. G. X., Moreira, R. M. M., Lima, G. F., dos Santos, F. D., Freire, M. A., ... & Campos, M. P. (2020). “Aquele adeus, não pude dar”: luto

e sofrimento em tempos de COVID-19. *Enfermagem em Foco*, 11 (ESP).

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4203/984>

Organização Mundial da Saúde (2013). *Plano de Ação de Saúde Mental 2013 2020*. OMS: Genebra, Suíça, .

Organização Mundial da Saúde (2016). Programa de ação mundial para reduzir as lacunas em saúde mental. *Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde*. Genebra:OMS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096>

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates Em Psiquiatria*, 10(2), 12–16. <https://doi.org/10.25118/2236-918X10-2-2>

Paiva, E. V., Yamane, F. de O., & Paiva, P. M. H. (2022). COVID-19: Qualidade de vida dos profissionais de saúde em tempo de pandemia. *Recisatec- Revista Científica Saúde e Tecnologia*, 2(6), e26141. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i6.141>

Palha, J., & Palha, F. (2018). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3(2). <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>

Patrão, I., Araújo, A., Romano, A., Enes-Pinheiro, B., Figueiredo, C., Lobo, G., ... & Pimenta, F. (2020). Impacto psicossocial do vírus covid-19: Emoções, preocupações necessidades numa amostra portuguesa. *Psicologia, Saúde Doenças*, 21,541-557.<http://dx.doi.org/10.15309/20psd210301>

Pereira A. F. (2021). Importância da relação com animais de estimação na Saúde Mental, em tempos de Covid-19. Base de dados não publicada.

- Pelayo, L. S. (2021). *Ter/não ter Animais em tempos de Confinamento: Saúde Mental e Percepção de Benefícios em Jovens Adultos* [Dissertação de mestrado não editada]. Universidade na Maia, Maia. [://hdl.handle.net/10400.24/1475](http://hdl.handle.net/10400.24/1475)
- Phan, M. V. T., Tri, T. N., Anh, P. H., Baker, S., Kellam, P., & Cotten, M., (2018). Identification and characterization of coronaviridae genomes from Vietnamese bats and rats based on conserved protein domains. *Virus Evolution*, 4(2), 1-12. <https://doi.org/10.1093/ve/vey035>
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stress: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2),148-163. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128002>
- Pires, M., Fonseca, C., João, R., & Santos, M. (2021). Covid-19, confinamento e teletrabalho: Estudo qualitativo do impacto e adaptação psicológica em dois estados de emergência. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 26-34. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ramos, A. M. (2021). *Animais de estimação & Saúde Mental de adultos e idosos em tempo de Covid-19* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.24/1442>
- .Rezende, J.M. (1998). Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. *Revista de Patologia Tropical* 27 (1). https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=.Rezende%2C+J.M.+%281998%29.+Epidemia%2C+

ndemia%2C+pandemia%2C+epidemiologia.+Revista+de%09Patologia+Tropi
al%2FJournal+of+Tropical+Pathology+%2C+27+%281%29.&btnG=

Rolim, J.A., Oliveira, A.D., & Batista, E.C. (2020). Manejo da preocupação no enfrentamento da Covid-19. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*, 5 (1), 64-74.

https://www.researchgate.net/profile/JosianeRolim/publication/343678426_Manejo_da_Ansiedade_no_Enfrentamento_da_Covid19_Managing_Anxiety_in_Coping_with_Covid-19/links/5f3827be299bf13404c8490a/Manejo-da-Ansiedade-no-Enfrentamento-da-Covid-19-Managing-Anxiety-in-Coping-with-Covid-19.pdf

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.

<http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Pais-Ribeiro, J. L., & Marques, T. M. P. F. S. (2009). A avaliação do stress: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress. *Psicologia, Saúde & doenças*, 10(2), 237-248.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20916/2/85023.pdf>

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Compêndio de psiquiatria* (9a ed., C.O. Dorneles, C. Monteiro, I.S. Ortiz & R.C. Cataldo, trad.). Artmed

<https://books.google.com.br/books?hl=pt>

PT&lr=lang_es|lang_en|lang_pt&id=tQiRDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq
Sadock,+B.J,+%26+Sadock,+V.A.+(2007).+Comp%C3%AAndio+de+psiquiar

ia+&ots=Xut55KtShO&sig=HOPgXPmE68pcv2kMB9KW8Hh4NjM#v=onea
ge&q=doi&f=false

Santos, P.I., Saraiva.J.R., Mesquita. E, & Silva, M. (2020). O impacto da Covid-19 na saúde mental da população portuguesa. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Porto.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_e_saaod_mental.pdf

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31, 538-542.

Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327-342. doi: 10.1146/annurev.me.02.020151.001551

Shuja, K. H. (2020). Covid-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatria Danubina*, 32-35.

<https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32>

Śniadach, J., Szymkowiak, S., Osip, P., & Waszkiewicz, N. (2021). Aumento das perturbações de depressão e ansiedade durante a pandemia de COVID-19 em crianças e adolescentes: uma revisão de literatura. *Vida*, 11 (11), 1188.

<https://doi.org/10.3390/life11111188>

Souza, A. S. R., Souza, G. F. D. A., & Praciano, G. D. A. F. (2020). A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 659-661. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300001>

Stuijzfand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, CT, Jaques, C., Elmers, J., & Horsch, A. (2020). Impacto psicológico de uma epidemia/pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde: uma revisão rápida. *BMC saúde pública*, 20 (1), 1-18.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>

- Talevi, D. S. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic Gli esiti di salute mentale della pandemia di Covid-19. *Riv Psichiatr*, 55(3).
doi 10.1708/3382.33569
- Tandon, R. (2020). COVID-19 e saúde mental: preservando a humanidade, mantendo a sanidade e promovendo a saúde. *Jornal asiático de psiquiatria*, 51, 102256.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.ajp.2020.102256>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., & Ventriglio, A. (2020). O surto de coronavírus COVID-19 e seu impacto na saúde mental global. *Revista Internacional de Psiquiatria Social*, 66 (4), 317-320.
DOI: 10.1177/0020764020915212
- Tendais, I., & Ribeiro, A.I. (2020). Espaços verdes urbanos e saúde mental durante o confinamento causado pela Covid-19. *Finisterra-Revista Portuguesa de Geografia* , 55 (115), 183-188. Doi: 10.18055/Finis20184
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Viner, R. (1999). Putting Stress in Life. *Social Studies of Science*, 29(3), 391– 410.
Doi: 10.1177/030631299029003003
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., et al. (data). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease(covid -19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6-17(5). pii: E1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Staruss, M. & McCormick, R.
(1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and
discriminant validity of anxiety and depression symptom scales.
Journal of Abnormal Psychology, 104 (1), 3-14. Doi:
10.1037//0021-843x.104.1.3