



**Em Portugal, de quarentena: Impactos sobre o bem-estar
e a saúde mental nos estudantes universitários**

Bohdan Havrylyuk

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor António Gonzalez

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

—

2019/2020

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do
Prof. Doutor António Gonzalez, apresentada no ISPA –
Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais
e da Vida, para obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia Clínica.

Resumo

Objetivo: Vários países tiveram de entrar em quarentena devido à pandemia do COVID-19, sendo que diferentes estudos sugerem que esta medida tem impactos negativos para o funcionamento psicológico. Visto que a pandemia trouxe alterações súbitas ao quotidiano, muitos estudos sobre a saúde mental estão limitados a reportar taxas de prevalência. Pretende-se descrever os impactos da quarentena de 2020, comparando os dados de um conjunto de sujeitos portugueses ao nível do bem-estar, da ansiedade e da depressão durante a quarentena, com os que foram reportados num período prévio à pandemia chegar a Portugal.

Método: Recorreu-se a uma amostra de conveniência de 103 estudantes universitários portugueses (81.6% do sexo feminino) com uma média de idades de 22.58 ($DP = 7.04$) anos. Foi utilizado um delineamento quantitativo, que inclui análises comparativas transversais e longitudinais, bem como análises correlacionais. As escalas WEMWBS e PHQ-4 foram utilizadas nas suas versões traduzidas para português para se compreender os níveis de bem-estar e de ansiedade e depressão, respetivamente.

Resultados: Em média, houve uma deterioração nos níveis de bem-estar e um aumento dos sintomas de depressão, mas não de ansiedade. Ao nível sintomatológico, os estudantes do sexo feminino foram mais impactados do que os do sexo masculino. Estes resultados vão ao encontro de estudos prévios. Foram também identificados alguns factores significativamente correlacionados com as escalas de saúde mental.

Palavras-Chave: ansiedade, bem-estar, estudantes universitários, depressão, quarentena, PHQ-4, WEMWBS

Abstract

Objective: The COVID-19 pandemic has led many countries to engage in quarantine. Different studies have shown that such measure can be harmful to psychological functioning. Given the abrupt changes in daily life caused by the pandemic, many studies about mental health are limited to reports of prevalence rates. Thus, we aim to describe the impacts of the quarantine of 2020 by comparing the data surveyed with Portuguese participants on measures of well-being, anxiety and depression during the period of isolation with the reports collected before the pandemic had reached Portugal. **Method:** A convenience sample of 103 portuguese college students (81.6% female) was used, with a mean age of 22.58 ($SD = 7.04$). Our methodology is quantitative in nature. We employ transversal and longitudinal comparisons, as well as correlational analyses. The portuguese translated versions of the WEMWBS and the PHQ-4 scales were used to assess well being and symptoms of depression and anxiety, respectively. **Results:** On average, well-being decreased whilst symptoms of depression, but not of anxiety, increased. Females were more affected than males on measures of symptomatology. These results are in line with previous studies. Additionally, we identified some factors that were significantly correlated with mental health measures during the quarantine.

Keywords: anxiety, college students, depression, PHQ-4, quarantine, well-being, WEMWBS

Índice

1. Introdução	1
2. Método	9
2.1 Amostra	9
2.2 Instrumentos	9
2.3 Procedimento	11
3. Resultados	13
4. Discussão	24
5. Referências	34
6. Anexos	41

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas para a variável WEMWBS ($n = 103$)	14
Tabela 2. Estatísticas descritivas da variável bem-estar antes e durante a quarentena, em função do sexo	15
Tabela 3. Estatísticas descritivas para a variável ansiedade ($n = 103$)	16
Tabela 4. Estatísticas descritivas da variável ansiedade antes e durante a quarentena, em função do sexo	17
Tabela 5. Estatísticas descritivas para a variável depressão ($n=103$)	18
Tabela 6. Estatísticas descritivas da variável depressão antes e durante a quarentena, em função do sexo	19
Tabela 7. Tabela de Correlações (rho de Spearman) entre as pontuações nas escalas de saúde mental durante a quarentena (t_2) e as restantes variáveis ($n = 103$).	21

Lista de Figuras

Figura 1. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Bem-Estar Agrupados por Momento de Estudo	14
Figura 2. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Bem-Estar Agrupados por Sexo	16
Figura 3. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Ansiedade, Agrupados por Momento de Estudo	17
Figura 4. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Ansiedade Agrupados por Sexo	18
Figura 5. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Depressão Agrupados por Momento de Estudo	19
Figura 6. Médias e Resultados do Teste de T-student com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) da Variável Ansiedade Agrupados por Sexo	20

Introdução

Certos acontecimentos podem ter um impacto tremendo sobre a humanidade, sendo, naturalmente, registados enquanto um marco histórico da nossa existência no mundo. O ano de 2020 será inscrito nos livros de História devido ao surto de um novo coronavírus, que teve impactos diretos e indiretos sobre o mundo inteiro. Será recordado por muitos como uma experiência chocante, visto que o estilo de vida que até então se conhecia ficou drasticamente comprometido.

No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Coronavírus de 2019 (COVID-19) uma pandemia, uma vez que este rapidamente se expandiu pelo mundo fora, afetando diferentes países. Os primeiros casos começaram a surgir na província de Wuhan, na China, perto do final do ano de 2019. Durante os primeiros meses de 2020 houve uma progressiva expansão do vírus para o resto do mundo, sendo que até à data acima referida a OMS registou globalmente um total acumulado de 118319 casos confirmados e de 4292 mortes por COVID-19 (World Health Organization, março de 2020). Este panorama, que continuava a piorar, contribuiu para a sobrecarga dos sistemas de saúde em vários países, dificultando a gestão dos recursos disponíveis e colocando os profissionais de saúde sob grandes pressões (Tsamakis et al., 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020).

De forma a responder a estas dificuldades os diferentes países foram impondo restrições à circulação das pessoas, reconhecendo-se que seria importante reduzir o risco de transmissão do agente infeccioso (Devine, Stewart & Benade, 2020; Moreira et al., 2020). Ainda assim, o número de casos de COVID-19 continuou a aumentar, tornando-se necessário recorrer ao encerramento das fronteiras entre os países e à imposição de quarentenas dentro dos mesmos. Este conceito, que é sinónimo do confinamento, refere-se a um protocolo preventivo e/ou remediativo que temporariamente impede as pessoas de circularem livremente em diferentes espaços. No seu extremo, uma quarentena (total) pode significar a restrição ao espaço onde a pessoa se encontra no momento, não sendo permitidas novas entradas ou saídas (Otu, Charles & Yaya, 2020; Wilder-Smith & Freedman, 2020). É relevante mencionar que no presente século XXI houve outras situações virológicas (*e.g.*, a Influenza A de subtipo N1H1 e a Ébola) que levaram à necessidade de se fazer quarentenas locais, delimitadas (Devine, Stewart & Benade, 2020). Porém, o presente caso é único, na medida em que praticamente todo o mundo ficou sujeito a este coronavírus, forçando cidades e países inteiros a entrar em quarentena (Brooks et al, 2020; Otu, Charles & Yaya, 2020).

Especificamente em Portugal, os casos de COVID-19 tornaram-se manifestos nos inícios do mês de Março. Isto levou à discussão sobre as normas de distanciamento social, e alguns indivíduos procederam ao confinamento voluntário. No dia 19 de Março de 2020 o governo português declarou o Estado de Emergência, tornando a quarentena obrigatória (Moreira et al., 2020). Para minimizar as aglomerações, vários estabelecimentos tiveram de fechar, incluindo as escolas, apenas permanecendo abertos aqueles que forneciam os bens e os serviços considerados essenciais, como, por exemplo, os hospitais, os bancos e os supermercados. As condições desta quarentena impunham aos cidadãos o dever de se isolarem em casa, saindo à rua por pequenos períodos de tempo e apenas quando necessário (*i.e.*, por motivos de alimentação ou de saúde). Aos empregadores e aos trabalhadores era imposto praticar a sua função a partir de casa (*e.g.*, online), sempre que possível. Importa mencionar que apesar de se pretender restringir as saídas à rua apenas para os actos considerados como essenciais, havia algumas excepções, sendo permitido os passeios para desfrutar o ar livre (*e.g.*, para a prática de atividade física) ou para passear os animais de estimação. Contudo, estes deviam ser realizados por curtos períodos de tempo e perto do local de habitação, para além de ser obrigatório salvaguardar o distanciamento social de pelo menos dois metros entre as pessoas (<https://dre.pt/application/conteudo/130473161>). Tal como o que aconteceu em outros países, estas limitações trouxeram alterações e disrupções abruptas para o estilo de vida que até então era considerado ser o normal. De facto, a transição súbita e obrigatória para uma quarentena generalizada terá sido para muitos acompanhada por uma sensação de confusão, de receio e de incerteza perante o futuro (Aymerich-Franch, 2020; Devine, Stewart & Benade, 2020).

Das quarentenas anteriormente estudadas, sabe-se que são uma medida eficiente para enfrentar os surtos epidemiológicos (Wilder-Smith & Freedman, 2020), mas podem trazer riscos para a saúde mental. Brooks e colaboradores (2020) realizaram uma breve revisão da literatura com 24 artigos sobre os impactos psicológicos que uma quarentena pode ter, tendo incluindo estudos quantitativos e qualitativos. Foi frequentemente identificado algum tipo de impacto psicológico negativo, sendo de ressaltar a presença de sintomatologia depressiva e de sintomas de Stress pós-Traumático (SPT) (Brooks et al., 2020). Um estudo com 129 sujeitos adultos que estiveram em quarentena durante o surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) verificou que 28.9% e 31.2% dos sujeitos apresentaram níveis clinicamente alarmantes de sintomatologia depressiva e de SPT, respetivamente. Também se observou que aqueles que estiveram em quarentena por 10 ou mais dias revelaram ter sido impactados de forma mais intensa (Hawryluck et al., 2004). Já Reynolds e colaboradores (2008) verificaram

uma prevalência de 14.6% (n=1057) de níveis de SPT clinicamente significativos durante a quarentena do mesmo surto. Num outro estudo, 398 participantes reportaram retrospectivamente os níveis de SPT que sentiram durante os surtos ocorridos até 2013. Verificou-se que aqueles que passaram por algum tipo de confinamento (n=99) reportaram níveis significativamente mais elevados de SPT face aos restantes (n=299). Estes dados reforçam que as quarentenas podem ser experienciadas como situações traumáticas (Sprang & Silman, 2013). Contudo, um estudo comparativo com 419 estudantes universitários não encontrou diferenças significativas numa medida de saúde mental geral, nem numa medida de SPT entre os sujeitos que estiveram em quarentena por 7 dias (n=176) e os que não estiveram (Wang et al., 2011). Em conjunto, estes dados sugerem que o confinamento está relacionado com o aumento dos níveis de depressão e do SPT, mas os resultados não são inequívocos. Para além disso, deve-se reconhecer que mesmo os estudos que verificam uma associação entre as variáveis não permitem estabelecer uma relação de causalidade devido às limitações dos delineamentos usados (Brooks et al., 2020).

Outros indicadores psicológicos têm sido observados nos estudos sobre quarentenas prévias, ainda que tenham registado uma menor prevalência. Estes incluem os sentimentos de tédio, a solidão, a frustração, a irritabilidade, os sentimentos de raiva (Brooks et al., 2020; Reynolds et al., 2008), o medo e o pânico, a desregulação emocional (Hawryluck et al., 2004; Usher, Bhullar & Jackson, 2020) e as insónias (Desclaux, Badgi, Ndione & Sow, 2017). Igualmente, numa revisão sobre revisões da literatura (*umbrella review*) sobre os impactos da quarentena, Hossain, Sultana e Purohit (2020) identificaram que o aumento da ansiedade foi um sintoma discutido em todas as revisões analisadas (n=8). Um outro aspeto relevante é que alguns dos impactos psicológicos e comportamentais podem permanecer por meses após a quarentena terminar (Brooks et al., 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Por exemplo, durante o surto da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (SRMO), foi feito um estudo que comparou os níveis de sentimentos de raiva e de ansiedade de 1692 sujeitos adultos em dois momentos de tempo diferentes. O primeiro registo foi feito durante o período de quarentena e o segundo passados entre 4 a 6 meses. Durante o confinamento a prevalência da ansiedade na amostra foi de 7.6% e a prevalência de sentimentos de raiva foi de 16.6%, sendo inferiores no segundo momento. Contudo, verificou-se que 62 participantes permaneceram com níveis clinicamente alarmantes de ansiedade, e o mesmo ocorreu com 93 sujeitos face aos sentimentos de raiva (Jeong et al., 2016). Tal sugere que, para além dos efeitos psicológicos mais imediatos já referidos, o confinamento pode ter efeitos mais duradouros em alguns casos. Porém, isto deve ser tomado com precaução, pois são escassos os estudos que utilizam

uma metodologia que permite compreender os efeitos psicológicos a longo-prazo (Brooks et al., 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020).

Em suma, os dados de diferentes estudos feitos até ao presente ano sugerem que a quarentena está associada à deterioração da saúde mental. Porém, importa considerar que grande parte da investigação teve o seu foco na sintomatologia experienciada (Brooks et al., 2020; Hossain, Sultana & Purohit, 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020), mas esta não expressa a saúde mental na sua íntegra (Eklund, Dowdy, Jones & Furlong, 2010; Fonte, Ferreira & Alves, 2017). Existe uma outra faceta deste domínio que se prende com o conceito de saúde mental positiva ou de bem-estar (Keyes, 2006), que por adiante serão utilizados de forma alternada. De acordo com Dodge, Daly, Huyton e Sanders (2012), o bem-estar pode ser definido como um nível de funcionamento equilibrado do sujeito humano, onde os recursos físicos, psicológicos e sociais à sua disposição permitem contrabalançar os desafios naturais da vida, sejam eles físicos, sociais ou psicológicos. Para mais, a investigação empírica tem sugerido que se trata de um conceito multidimensional (Keyes, 2006), isto é, há diferentes componentes que contribuem para o estado de bem-estar, que remetem para duas vertentes, a hedónica e a eudaimónica. Da perspectiva da primeira, o bem-estar está relacionado com as experiências de prazer, a satisfação com a vida e a predominância dos afetos positivos sobre os negativos (Dodge et al., 2012; Keyes, 2006; Machado & Bandeira, 2012). Por outro lado, o bem-estar eudaimónico remete para aspetos como a autorrealização, o sentido para a vida, o funcionamento psicológico positivo e o desenvolvimento nos domínios pessoal e social (Dodge et al., 2012; Eklund et al., 2010; Machado & Bandeira, 2012). Neste sentido, a OMS propõe que a saúde mental na sua íntegra se deve refletir não só pela ausência de doenças psiquiátricas e de sintomas psicológicos, mas em conjunto com um estado de funcionamento psicológico positivo e satisfatório (World Health Organization, março de 2018). Esta definição está em linha com o que se tem verificado na literatura: a psicopatologia e o bem-estar são indicadores independentes da saúde mental, porém, quando são contempladas ambas as perspectivas, é possível ter uma melhor compreensão do funcionamento mental adaptativo e dos seus correlatos (Eklund et al., 2010; Lamers, Westerhof, Glas & Bohlmeijer, 2015; Monte, Fonte & Alves, 2017). Neste sentido, perante os estudos já feitos sobre a quarentena de 2020, optou-se por dar foco àqueles que analisaram os impactos psicológicos tanto ao nível dos sintomas como ao nível do bem-estar.

De um ponto de vista geral, pode-se dizer que a quarentena de 2020 revela estar associada com impactos psicológicos similares aos que se evidenciaram nas suas antecedentes. Por exemplo, Fernández, Crivelli, Guimet, Allegri e Pedreira (2020)

investigaram um conjunto de 4408 sujeitos adultos que no momento do estudo tinham estado de quarentena em média por 21 dias. Foi verificado que 41% revelaram ter níveis clinicamente significativos de sintomatologia, observando-se um efeito mais acentuado nos mais jovens (18-29 anos). Algo similar foi verificado num estudo feito 14 dias depois do início da quarentena, onde dos 949 participantes praticamente metade (50.6%) revelaram ter sintomas com níveis clinicamente significativos em pelo menos uma das 5 categorias psicopatológicas avaliadas (Munk, Schmidt, Alexander, Henkel & Hennig, 2020). Já no estudo de Aymerich-Franch (2020) com 584 participantes adultos entre o 32º e o 42º dia de quarentena, foram encontradas elevadas prevalências (entre 28.5% a 69.1%) de sentimentos de nervosismo, de irritabilidade, de medo, de hostilidade, de enclausuramento, de falta de entusiasmo e de *distress*, sendo que o impacto foi mais marcado nos mais jovens (18-25 anos). Num outro estudo, também se verificou que houve um aumento significativo do número de sujeitos com níveis de insónias clinicamente alarmantes e uma fraca qualidade do sono (Marelli et al., 2020) e, tal como no estudo de Fernández e colaboradores (2020), as disrupções no sono foram mais significativas nos mais jovens (<29 anos). Em paralelo, diferentes estudos têm verificado uma tendência para os impactos sintomatológicos serem mais demarcados nas mulheres do que nos homens (Elmer, Mepham & Stadtfeld, 2020; Fernandez et al., 2020; Jacques-Aviñó et al., 2020; Moreira et al., 2020; Patsali et al., 2020; Pier, Budimir & Probst, 2020). Este panorama está em linha com o que se tem verificado sobre os impactos das quarentenas durante os surtos anteriores. Para mais, torna-se saliente que as mulheres e os jovens-adultos, sobretudo na faixa etária correspondente aos estudantes universitários, manifestam-se como grupos de risco durante a presente quarentena.

Do mesmo modo, os níveis de ansiedade e de depressão clinicamente alarmantes têm registado elevadas prevalências durante a quarentena resultante do COVID-19, sendo que vários estudos têm verificado esta tendência (Fernández et al., 2020; Grover, 2020; Marelli et al., 2020; Ojewale, 2020; Pancani, Marinucci, Aureli & Riva, 2020; Pieh, Budimir & Probst, 2020). Em particular, Munk e colaboradores (2020) identificaram uma prevalência de sintomatologia depressiva em 35.3% e de ansiedade generalizada em 12% da sua amostra ($n = 949$). Após compararem as prevalências com os dados da população geral correspondente recolhidos ao longo do ano de 2014, concluiu-se que estas elevações eram significativas. Contrariamente, Zhu e colaboradores (2020) avaliaram estas mesmas variáveis num estudo que envolveu sujeitos que estiveram de quarentena por mais de dez dias ($n = 1443$) e sujeitos que não estiveram sujeitos à mesma ($n = 836$) durante este período de tempo. Segundo os autores, houve impactos significativos no dia-a-dia dos participantes relacionados com as

disrupções que a COVID-19 causou, mas estes impactos não estiveram relacionados com a experiência de confinamento *per se*. Contudo, outras investigações que tiveram o seu foco especificamente nos estudantes universitários têm sustentado a existência de uma associação entre estes sintomas e o confinamento. Num estudo com 1535 estudantes, 30.96% e 67.33% dos sujeitos reportaram que sentiram que os seus níveis de depressividade e de ansiedade, respetivamente, “aumentaram muito” durante a quarentena. Paralelamente, foram identificados níveis de depressão clinicamente severos em 12.43% dos estudantes (Patsali et al., 2020). Um outro estudo comparou os níveis de ansiedade, de depressão, de stress e de solidão/isolamento de 212 estudantes universitários na segunda semana de quarentena com os dados de outros 54 estudantes do ano anterior. Revelou-se que na coorte do presente ano houve um agravamento significativo de cada grupo sintomatológico (Elmer, Mepham & Stadtfeld, 2020). Concluindo, os dados empíricos revistos sugerem que a quarentena de 2020 está relacionada com sintomas de depressividade e de ansiedade, logo com uma deterioração da saúde mental. Apenas um estudo não sustentou este achado (Zhu et al., 2020), sendo que, entre outros factores, o número de dias de quarentena foi inferior ao dos restantes casos.

Já no que se refere à relação do confinamento do COVID-19 com a saúde mental positiva, verifica-se uma maior escassez de estudos. Ainda assim, a investigação sugere que o confinamento pode ser desorganizador, criando novos desafios ou exacerbando aqueles já existentes, afetando, por isso, o bem-estar. Por exemplo, entrevistas feitas com 129 participantes (16-25 anos) com disfunção alimentar revelaram ser comum as rotinas ficarem perturbadas, ser mais difícil exercer o autocontrolo e haver um comprometimento nas redes de suporte. Este estudo foi realizado após duas semanas de quarentena, sendo também reportados níveis médios de bem-estar reduzidos na amostra total, enquanto 108 sujeitos revelaram que se sentiam pelo menos "um pouco" mais isolados (Branley-Bell & Talbolt, 2020). Mesmo nos participantes sem diagnóstico prévio de psicopatologia, podem ser verificados comprometimentos no funcionamento psicológico. No estudo de Grover e colaboradores (2020), feito entre o 11º e o 21º dia de quarentena, 71.7% dos sujeitos da amostra (n=1685) revelaram ter indicadores de baixa saúde mental positiva. O mesmo aconteceu em 51.9% dos sujeitos (n=1404) num outro estudo feito ao longo das primeiras duas semanas de quarentena, observando-se igualmente que, em média, as mulheres tiveram deteriorações mais demarcadas que os homens (Ali, Ahsan, Khan, Khan & Hossain, 2020). Já no estudo de Pieh, Budimir e Probst (2020) foram avaliados os níveis autorrelatados de bem-estar e de qualidade de vida de 1005 participantes adultos passadas 4 semanas do início da quarentena. Verificou-se que durante o confinamento os níveis de bem-estar foram mais

baixos que numa outra amostra (pré-COVID-19) e os níveis da qualidade de vida foram significativamente mais baixos que num recenseamento feito em 2014 para a mesma população. Ressaltou ainda que as deteriorações foram mais significativas na faixa etária dos 18 aos 24 anos do que nas restantes, bem como nas mulheres. Este achados também se verificaram no estudo de Haesebaert, Haesebaert, Zante e Franck (2020) com 11391 participantes adultos, feito durante a primeira semana de quarentena, sendo que os níveis médios de bem-estar foram mais baixos nas mulheres e nos sujeitos com uma idade entre os 16 e os 29 anos, bem como no grupo dos estudantes. Esta tendência também se evidenciou num estudo feito ainda antes da quarentena ser obrigatória. Observou-se que numa amostra de 932 sujeitos adultos que, em média, se auto-isolaram por 9 dias, os níveis mais baixos autorrelatados de bem-estar corresponderam, de novo, ao grupo dos mais jovens (18-24 anos) e das mulheres (Smith et al., 2020). Neste sentido, tal como aconteceu ao nível dos sintomas, existem indicadores que mostraram que os impactos sobre o bem-estar e a qualidade de vida tenderam a ser mais manifestos nas mulheres e nos mais jovens.

Por outro lado, nem sempre se verifica uma associação negativa entre a quarentena e o bem-estar. Por exemplo, Sibley e colaboradores (2020) recorreram à correspondência dos escores de propensão dos sujeitos de um *pool* de dados, de forma a poder assimilar um estudo comparativo entre os inquéritos preenchidos pré-COVID-19 e durante os primeiros 18 dias de quarentena. Comparando as respostas emparelhadas de 1003 participantes sobre diferentes itens referentes ao bem-estar e satisfação com a vida, não foram evidenciadas alterações significativas de um momento para o segundo. Contrariamente, num outro estudo, que se iniciou após duas semanas de quarentena, foi observado que houve um aumento dos níveis de saúde mental e de bem-estar por comparação aos anos anteriores (Recchi et al., 2020), porém esta conclusão baseou-se apenas nas análises descritivas, não sendo claro se as diferenças foram significativas. Concluindo, ainda que na maioria dos estudos se verifique uma associação negativa entre a quarentena e o bem-estar, há variantes que devem ser melhor compreendidas. Em parte, estes equívocos poderão estar relacionados com as metodologias utilizadas, pelo que os dados até aqui revistos ficariam mais completos com outro tipo de delineamentos (sendo que em muitos casos não é possível), nomeadamente os comparativos e os longitudinais.

Assim, esta investigação surge como uma tentativa de alargar o conhecimento em relação aos impactos psicológicos associados à quarentena de 2020, nomeadamente na população portuguesa, onde ainda são escassos os estudos. Como referido anteriormente, diferentes análises têm focado esta questão do ponto de vista sintomatológico, sendo notória

uma tendência para o aumento da sua prevalência. Menos claro está o impacto sobre o bem-estar, uma vez que este domínio está sub-representado nos estudos e nem todos os dados apontam no mesmo sentido. Pretende-se descrever a forma como a quarentena foi experienciada por um conjunto de estudantes portugueses, comparando os seus níveis de bem-estar e de sintomatologia durante o confinamento com os seus níveis de saúde mental verificados num momento prévio. Adicionalmente, pretende-se explorar que tipo de alterações nas rotinas e que aspetos sociodemográficos e habitacionais estão relacionadas com medidas de saúde mental durante a quarentena.

Método

Amostra

Este estudo foi realizado com uma amostra de conveniência com 103 estudantes universitários. Os dados foram recolhidos em duas faculdades da zona de Lisboa, o ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e a Faculdade de Motricidade Humana (FMH). Na sua maioria, os participantes eram do sexo feminino (n=84, 81.6%) e do ISPA (n=95, 92.2%). A média das idades foi 22.58 (DP=7.04) anos, estando 85.4% dos sujeitos na categoria dos 18 aos 25 anos, e a média de habilitações académicas completas até ao momento do estudo foi de 13.17 (DP=1.65) anos. Quanto à situação profissional, 87 (84.5%) sujeitos indicaram ser estudantes e 5 (4.9%) estudantes-trabalhadores, enquanto 11 (10.7%) identificaram-se como estando empregados. Por fim, 95 (92.2%) indivíduos estavam solteiros, 4 (3.9%) estavam casados/em união de facto e 4 (3.9%) estavam divorciados/separados.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Foi contruído um questionário de modo a contemplar as seguintes variáveis: faculdade, sexo, idade, estado civil, situação profissional e as habilitações literárias completas. Adicionalmente, a equipa de investigadores desenvolveu um conjunto de questões específicas referentes à pandemia e à quarentena. Estas referiam-se à estrutura do agregado familiar e ao número de pessoas em casa, aos dias passados em confinamento, às particularidades espaciais da casa e ao impacto provocado pela situação actual sobre alguns hábitos de prática física e sobre o vencimento. O formato de resposta variou entre as questões, sendo algumas de resposta direta (em número), outras apresentavam diferentes categorias de resposta e outras eram baseadas em escalas tipo Likert (Anexo A).

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Foi também aplicada a escala WEMWBS (Tennant et al., 2007) na sua versão traduzida para português. Trata-se de uma medida de autorrelato de saúde mental positiva que integra o bem-estar hedónico (e.g., item 14 - "Tenho-me sentido alegre") e eudaimónico (e.g., item 1 - "Tenho-me sentido optimista em relação ao futuro"). O instrumento é constituído por 14 afirmações formuladas na positiva e referentes às últimas duas semanas, sendo pedido aos participantes que as avaliem com recurso a uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 - "nunca" até 5 - "sempre"). A pontuação final

varia entre 14 e 70 pontos, havendo correspondência entre pontuações mais elevadas e maiores níveis de saúde mental positiva (Stewart-Brown & Janmohamed, 2008). Não existe um ponto de corte definido, pelo que os resultados devem ser interpretados por referência aos valores normativos para a população. Como em Portugal ainda não existe uma base de referência, o presente estudo irá analisar os resultados por comparação aos da literatura internacional e a um estudo feito em Portugal com estudantes universitários (18-30 anos). No estudo em questão, verificou-se uma média de pontuações na amostra de 51.35 (DP=10.49) valores (Fonte, Ferreira & Alves, 2017). A escala tem demonstrado uma boa validade em diferentes populações e contextos (Fonte, Ferreira & Alves, 2017; Stewart-Brown & Janmohamed, 2008; Tennant et al., 2007). Na presente amostra verificou-se uma consistência interna muito boa tanto na primeira aplicação ($\alpha=0.898$), como na aplicação durante a quarentena ($\alpha=0.903$).

Patient Health Questionnaire (PHQ-4): Por fim, foi utilizado o PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2009) para fazer o levantamento sintomatológico da ansiedade e da depressão. Este é um instrumento de autorrelato que resulta da combinação da escala PHQ-2 (Kroeke, Spitzer & Williams, 2003) com a escala de dois itens de Generalized Anxiety Disorder (GAD-2; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Lowe, 2007). Ambas estas escalas são versões reduzidas da PHQ-9 (Kroenke & Spitzer, 2002), validada em Portugal por Monteiro, Torres, Pereira, Albuquerque e Morgadinho (2013), e da GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006), adaptada para a população portuguesa por Sousa e colaboradores (2015). Como tal, neste estudo recorreu-se às versões em português para se seleccionar os itens correspondentes à PHQ-4. O instrumento pressupõe que os participantes avaliem a frequência com que sentiram um conjunto de estados disposicionais ao longo das últimas duas semanas, tendo por base uma escala do tipo Likert de 4 pontos (0 - "nunca" a 3 - "quase todos os dias"). A pontuação total varia entre 0 e 12 valores, sendo que pontuações de 6 pontos ou superiores sugerem a existência de níveis significativos de prejuízo para o funcionamento psicológico. As sub-escalas ansiedade e depressão são independentes entre si, pelo que as pontuações iguais ou superiores a 3 pontos (num total de 6) remetem para sintomas moderados a graves na dimensão correspondente. Para este ponto de corte, o PHQ-2 revelou ter uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 92% (Kroeke, Spitzer & Williams, 2003) e a GAD-2 demonstrou ter uma sensibilidade de 65% e uma especificidade de 88%. No estudo original a escala demonstrou ter boas propriedades psicométricas, e o mesmo se verificou para as sub-escalas (Kroenke et al., 2009). Na presente amostra a escala

demonstrou ter uma boa confiabilidade, sendo o alfa de Cronbach de 0.818 na primeira aplicação e de 0.858 na segunda. O mesmo se verificou ao nível das sub-escalas, tanto na primeira aplicação ($\alpha_{ansiedade} = 0.738$; $\alpha_{depressão} = 0.815$) como no levantamento de dados feito durante a quarentena ($\alpha_{ansiedade} = 0.828$; $\alpha_{depressão} = 0.786$).

Procedimento

O presente estudo enquadra-se numa investigação mais alargada feita em colaboração com uma equipa de investigadores do ISPA e da FMH com o intuito de perceber os efeitos da quarentena de 2020 sobre o funcionamento psicológico. Foi utilizada uma metodologia comparativa (longitudinal e transversal) e correlacional, tendo por base um processo não-probabilístico de amostragem por conveniência para a recolha dos dados.

Antes da pandemia chegar a Portugal, a equipa de investigadores estava a realizar um estudo interventivo, envolvendo um grupo de controlo que seria utilizado para fins comparativos. Este foi obtido através de um processo de amostragem por conveniência e envolveu 248 sujeitos. Os dados deste grupo foram recolhidos no espaço das salas de aula do ISPA e da FMH, sendo proporcionado aos participantes um *link* de acesso para um inquérito previamente elaborado pelos investigadores através da *Google Forms*. Este inquérito, que foi preenchido nos aparelhos dos próprios participantes, envolvia questões sociodemográficas e um conjunto de escalas psicológicas, sendo antecedido por uma descrição dos objetivos do estudo e por um consentimento informado (Anexo B). Este processo foi realizado entre 20 de fevereiro e 5 de março, pelo que antecedeu a entrada no Estado de Emergência em Portugal. Contudo, não foi possível dar uso a estes dados, uma vez que o estudo interventivo ficou comprometido devido ao COVID-19. De tal forma, os dados ficaram temporariamente armazenados nas bases dos investigadores, com o intuito de serem reaproveitados para efeitos de comparação num estudo sobre a pandemia.

Durante o período de confinamento recorreu-se à *Google Forms* para se construir um inquérito, similar ao anterior, com questões sociodemográficas, questões específicas associadas às condições que se estavam a experienciar face à pandemia/confinamento e um conjunto de medidas de funcionamento psicológico, envolvendo escalas de bem-estar e de sintomas. De seguida, os investigadores recorreram ao e-mail para enviar o *link* de acesso a um conjunto de estudantes do ISPA e da FMH, sendo que entre 16 de abril e 12 de maio se obteve um total de 281 submissões, que resultaram de um processo de amostragem por conveniência.

O presente estudo procurou emparelhar os dados registados antes da quarentena (tempo 1, t1) com os dados registados durante a mesma (tempo 2, t2). Apenas foram consideradas as submissões feitas até dia 3 de maio, que corresponde à data do fim da quarentena, tendo durado cerca de 45 dias. Durante os dois momentos de recolha de dados, foi pedido aos participantes que gerassem um código baseado na combinação de determinados dados pessoais. Este processo permitiu salvaguardar o anonimato dos sujeitos em estudo e ao mesmo tempo estabelecer uma correspondência entre os dados recolhidos. Esta foi feita através de uma folha de cálculo Excel, combinando-se as respostas obtidas no ISPA e as respostas obtidas na FMH no primeiro momento com as respostas obtidas em ambas as faculdades no segundo momento. Através da correspondência dos códigos, foi possível emparelhar os dados de 103 sujeitos. Todos os participantes envolvidos deram o seu consentimento informado. Este foi obtido durante o preenchimento dos inquéritos, onde era apresentada uma explicação dos objetivos da investigação, assegurado que os dados seriam utilizados apenas para fins académicos e/ou científicos e indicado que a participação era de carácter voluntário e anónimo. De modo a aceder às questões do inquérito, era necessário assinalar que se aceitava participar no estudo.

Após o emparelhamento, os dados foram passados para o *Software* SPSS (IBM® *Statistics*), versão 26. Foram feitas análises de frequências, descritivas e exploratórias de modo a compreender as particularidades dos dados da amostra. As comparações foram feitas com testes de T-student com *bootstrapping* ($k = 10000$) de modo a haver uma maior robustez perante as violações dos pressupostos paramétricos (Ahad, Abdullah, Heng & Ali, 2012). A dimensão do efeito foi calculado através do d de Cohen, interpretado em função dos limiares 0.2, 0.5 e 0.8 como correspondentes a um efeito reduzido, moderado e grande, respetivamente (Akoglu, 2018). Para compreender a força de associação entre as escalas e as questões feitas através dos inquéritos, foram analisados os Coeficientes de Correlação de Spearman. Todas as análises foram feitas em função de intervalos de confiança a 95% ($\alpha = 0.05$).

Resultados

O presente estudo visa descrever os impactos da quarentena de 2020 sobre a saúde mental. Uma primeira análise das frequências e das medidas de tendência central revelou que os nossos participantes passaram, em média, 36.87 ($DP = 7.29$) dias em quarentena. À exceção de um sujeito que indicou ter passado 0 dias em quarentena, houve sempre pelo menos 15 dias de confinamento, até ao máximo de 60 dias. Relativamente ao número de pessoas por casa, a média foi de 3.20 pessoas ($DP = 1.28$). Adicionalmente, 72.8% ($n = 75$) dos sujeitos passaram a quarentena no meio urbano, 8.7% ($n = 9$) no meio rural e 18.4% ($n = 19$) num contexto misto. Por fim, 32% dos estudantes ($n = 31$) não tiveram acesso a algum tipo de espaço exterior (Anexo C).

De seguida, procurou-se averiguar se houve diferenças significativas entre os dois momentos de estudo (t1 e t2) ao nível do bem-estar e da sintomatologia experienciados, bem como se houve diferenças entre homens e mulheres dentro de cada momento. Posteriormente, foram estudadas as correlações entre estas medidas e as questões específicas referentes ao estilo de vida dos participantes durante a quarentena. Na sua maioria, as análises foram feitas com variáveis contínuas, havendo alguns casos que incluíram variáveis ordinais e nominais (e.g., sexo). Foi considerado haver significância estatística quando os *p-values* foram inferiores a 0.05.

Todos os testes de comparação foram realizados com duas extremidades (*two-tailed*), sendo sempre antecidos pelo estudo dos seus pressupostos. O pressuposto da normalidade foi analisado através dos testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) com correção de Lilliefors e de Shapiro-Wilk ($n < 30$), dependendo do número de observações nos grupos em estudo. Sublinha-se que este pressuposto foi testado para as diferenças entre t1 e t2 quando se tinha em vista comparar dados emparelhados (Field, 2009). Adicionalmente, para as comparações entre grupos independentes foi também utilizado o teste de Levene para averiguar o pressuposto da homocedasticidade. Este foi apurado com base na média quando se verificou uma distribuição tendencialmente normal e com base na mediana quando tal não foi o caso (Field, 2009). As comparações das médias amostrais entre o momento precedente à quarentena (t1) e o período da quarentena (t2) foram feitas através do teste de T-student para amostras emparelhadas. Para estudar as diferenças entre sexos, tanto em t1 como em t2, foram feitos testes de T-student de grupos independentes para cada momento. Nos casos em que houve *outliers* e/ou os pressupostos não foram verificados, optou-se pela alternativa não-paramétrica dos mesmos testes, recorrendo-se a um *bootstrap* simples, com

reposição/substituição (Anexos D, E, F, G, H e I). Este processo é considerado uma alternativa robusta aos testes paramétricos e recorre à técnica de reamostragem com reposição, servindo-se da distribuição dos dados verificada na amostra em estudo para inferir parâmetros estatísticos para uma população (Field, 2009). De tal forma, para cada Teste de T-student foi feito um *bootstrap* que gerou 10000 amostras, com os intervalos de confiança a 95% com Viés Corrigido Acelerado (BCa).

Começou-se por estudar a variável bem-estar. A tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas relevantes para estudar as diferenças entre t1 e t2, em conjunto com a pontuação mínima e máxima obtidas.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para a variável WEMWBS ($n = 103$).

	Média	DP	Mínimo	Máximo
WEMWBS (t1)	49.34	7.97	33	67
WEMWBS (t2)	47.26	8.52	27	69

De acordo com o teste de K-S, as diferenças entre as pontuações em t1 e em t2 apresentaram uma distribuição tendencialmente normal, $D_{(103)} = 0.08$, $p = 0.099$, mas houve alguns *outliers*, pelo que se optou por realizar um *bootstrap*. Em média, verificou-se que em t1 os níveis de bem-estar foram significativamente mais elevados ($M = 49.34$; $DP = 7.97$) do que em t2 ($M = 47.26$; $DP = 8.52$), $t_{(102)} = 2.69$, $p < 0.01$, $d_{medidas-repetidas} = 0.27$. Este resultado foi sustentado pelo método de *bootstrapping*, IC a 95% [0.58, 3.59], $p = 0.009$ (figura 1).

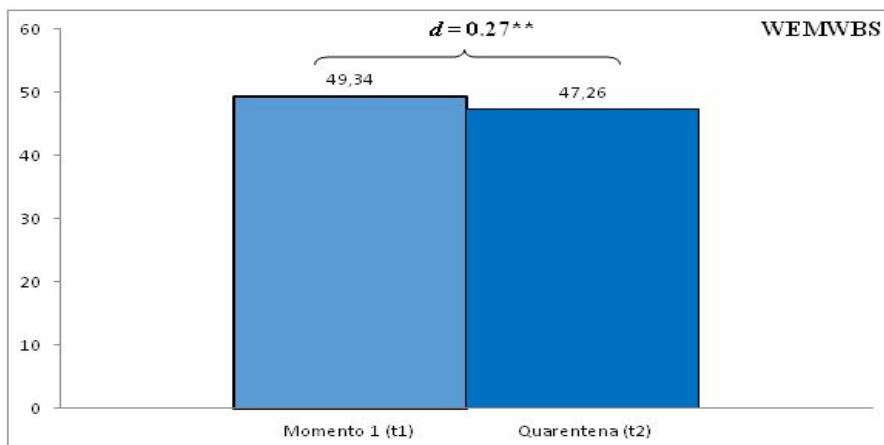


Figura 1. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Bem-Estar Agrupados por Momento de Estudo. d : dimensão do efeito com d de

Cohen para medidas repetidas; **: $p < 0.01$; WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well Being Scale.

De seguida, procurou-se compreender se houve diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo feminino tanto em t1 como em t2. A tabela 2 apresenta o número de participantes por grupo e as médias e desvios-padrão em cada momento para a variável bem-estar.

Tabela 2. Estatísticas descritivas da variável bem-estar antes e durante a quarentena, em função do sexo.

	n	Média (t1)	DP (t1)	Média (t2)	DP (t2)
Masculino	19	49.84	5.84	49.89	6.62
Feminino	84	49.23	8.40	46.67	8.82

Começou-se por estudar os pressupostos para as distribuições em t1. Apesar de ambos os grupos terem uma distribuição tendencialmente normal, $W_{(19)} = 0.95$, $p = 0.345$ e $D_{(84)} = 0.96$, $p = 0.056$, não se verificou a homogeneidade das variâncias, $F_{(1, 101)} = 4.09$, $p = 0.05$ (arredondado). O teste de T-student revelou que não houve diferenças significativas, $t_{(37)} = 0.38$, $p = 0.707$, $d_{g-Hedges} = -0.08$, entre as médias dos grupos masculino ($M = 49.84$; $DP = 5.84$) e feminino ($M = 49.23$; $DP = 8.40$). O método de *bootstrapping* corroborou os resultados anteriores, IC a 95% [-2.59, 3.76], *n.s.*

Já em t2, apesar de se verificar o pressuposto da homocedasticidade, $F_{(1, 98)} = 2.149$, *n.s.*, e o pressuposto da normalidade, $D_{(84)} = 0.06$, $p = 0.200$, no grupo do sexo feminino, o mesmo não aconteceu no caso do grupo do sexo masculino, $W_{(19)} = 0.85$, $p = 0.007$, sendo também identificado um *outlier*. De tal forma, foi feito um teste T-student com *bootstrap*. Em média, o grupo masculino ($M = 49.89$; $DP = 6.62$) apresentou níveis de bem-estar mais elevados durante a quarentena do que o grupo feminino ($M = 46.67$; $DP = 8.82$). Contudo, estas diferenças não foram significativas, $t_{(101)} = 1.50$, $p = 0.137$, $d_{g-Hedges} = -0.38$. O método não-paramétrico de *bootstrapping* corroborou este resultado através do intervalo de confiança obtido a 95% [-0.54, 6.66], *n.s.* (figura 2).

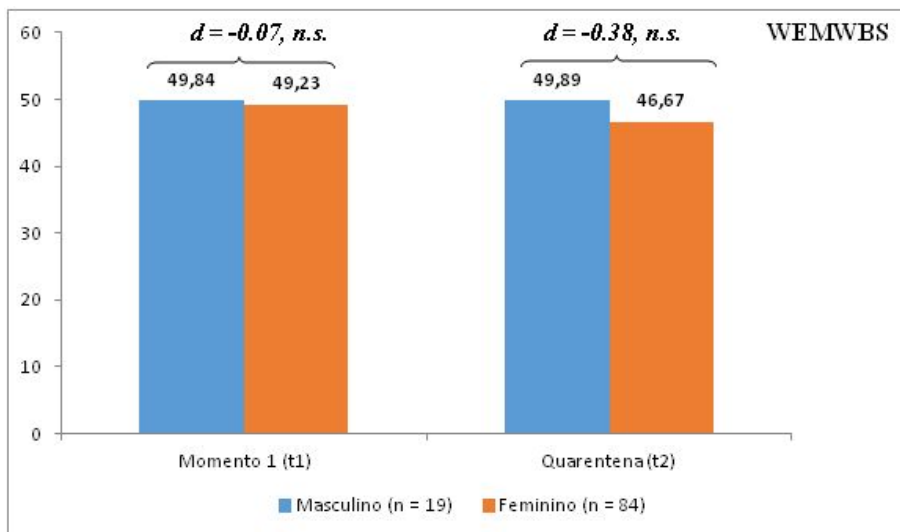


Figura 2. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Bem-Estar Agrupados por Sexo. d : dimensão do efeito com g de Hedges; $n.s.$: não significativo; WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well Being Scale.

Este procedimento foi repetido para estudar as diferenças ao nível da sintomatologia experienciada. Sendo a escala PHQ-4 composta por duas sub-escalas independentes, optou-se por apenas analisar os domínios da ansiedade (GAD-2) e da depressão (PHQ-2), de modo a melhor compreender a influência específica de cada uma das dimensões. Na tabela 3 são apresentadas as estatísticas descritivas para a variável ansiedade.

Tabela 3. Estatísticas descritivas para a variável ansiedade ($n = 103$)

	Média	DP	Mínimo	Máximo
GAD-2 (t1)	2.84	1.78	0	6
GAD-2 (t2)	2.83	1.78	0	6

As diferenças entre as pontuações em t1 e em t2 revelaram não seguir uma distribuição tendencialmente normal, $D_{(103)} = 0.13$, $p < 0.01$, pelo que foi feito um teste de T-student para amostras emparelhadas com *bootstrap*. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, $t_{(102)} = 0.11$, $p = 0.911$, $d_{medidas-repetidas} = 0.01$, entre os níveis médios de ansiedade experienciados antes da quarentena ($M = 2.84$; $DP = 1.78$) e durante a mesma ($M = 2.83$; $DP = 1.78$). O mesmo foi verificado através dos intervalos de confiança a 95% com *bootstrapping* $[-0.31, 0.35]$, $n.s.$ (figura 3).

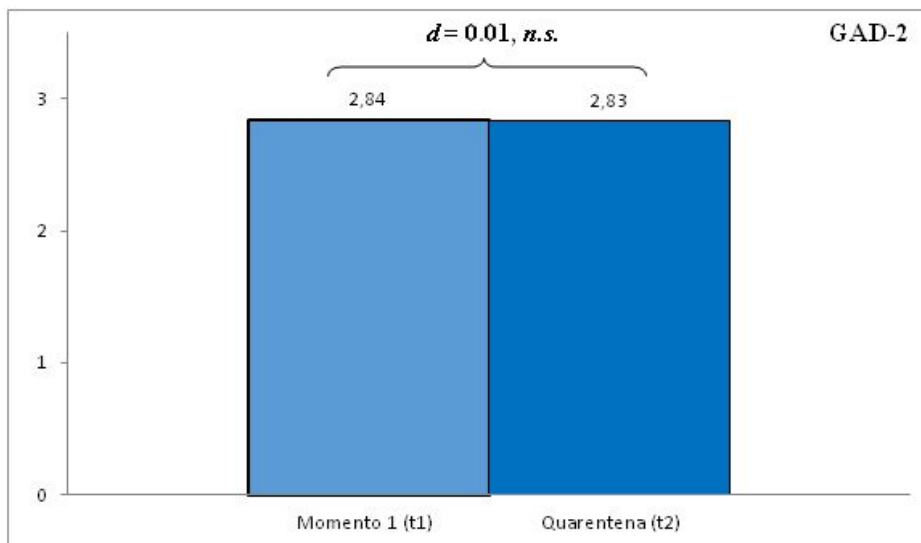


Figura 3. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Ansiedade, Agrupados por Momento de Estudo. d : dimensão do efeito com d de Cohen para medidas repetidas; $n.s.$: não significativo; GAD-2: Generalized Anxiety Disorder Scale-2

A tabela 4 remete para os descritivos da variável ansiedade com base no sexo dos participantes, tanto em t1 como em t2 .

Tabela 4. Estatísticas descritivas da variável ansiedade antes e durante a quarentena, em função do sexo.

	n	Média (t1)	DP (t1)	Média (t2)	DP (t2)
Masculino	19	2.26	1.52	2.00	1.41
Feminino	84	2.98	1.82	3.01	1.81

Para t1, o pressuposto da normalidade não se verificou tanto no grupo masculino, $W_{(19)} = 0.90$, $p = 0.050$, como no grupo feminino, $D_{(84)} = 0.15$, $p < 0.001$, apesar de se verificar que houve homogeneidade de variâncias, $F_{(1, 101)} = 2.33$, $p = 0.130$. Foi feito um teste T-student com *bootstrap*, tendo-se verificado que não houve diferenças significativas, $t_{(101)} = -1.59$, $p = 0.115$, $d_{g-Hedges} = 0.41$, entre a média do grupo masculino ($M = 2.26$; $DP = 1.51$) e a média do grupo feminino ($M = 2.98$; $DP = 1.82$), sendo isto confirmado pelo intervalo de confiança obtido através do método de reamostragem, IC a 95% [-1.47, 0.11], $n.s.$.

Para os dados referentes aos níveis de ansiedade obtidos durante a quarentena, houve um padrão similar ao nível dos pressupostos. O teste de Levene indicou que os grupos eram

homogêneos, $F_{(1, 101)} = 3.74$, $p = 0.056$, mas não se verificou a normalidade na distribuição dos dados da amostra, tanto para grupo masculino, $W_{(19)} = 0.83$, $p = 0.004$, como para o grupo feminino, $D_{(84)} = 0.14$, $p < 0.001$, havendo igualmente alguns *outliers*. Como tal, as comparações foram feitas com um teste T-student com *bootstrapping*. Verificaram-se, em média, diferenças significativas entre os grupos em t2, $t_{(101)} = - 2.28$, $p = 0.025$., $d_{g-Hedges} = 0.58$, sendo que o grupo feminino apresentou níveis mais elevados de ansiedade ($M = 3.01$; $DP = 1.81$) do que o masculino ($M = 2.00$; $DP = 1.41$). O método de *bootstrapping* gerou um resultado que reflete estatisticamente o mesmo, $p < 0.008$, IC a 95% [-1.67, -0.31] (figura 4).

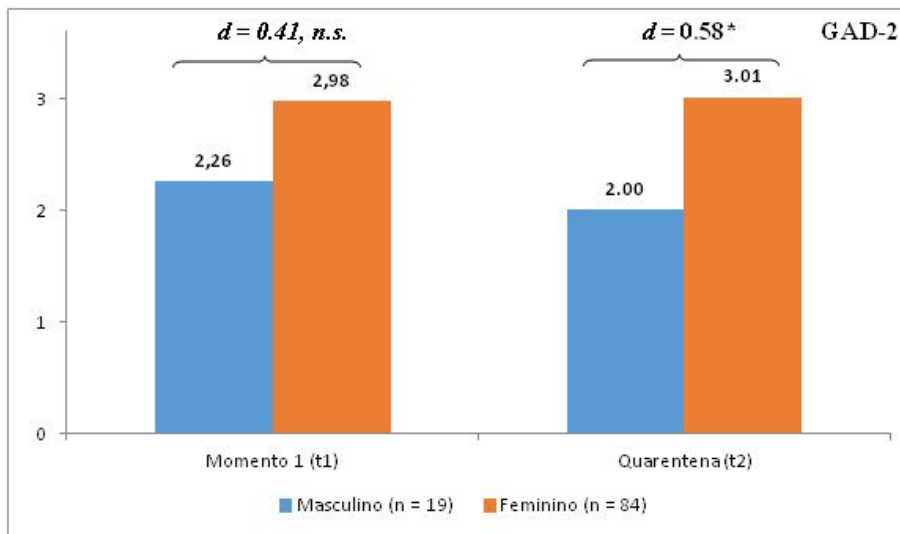


Figura 4. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Ansiedade Agrupados por Sexo. d : dimensão do efeito com g de Hedges; *n.s.*: não significativo; *: $p < 0.01$; GAD-2: Generalized Anxiety Disorder Scale-2.

Por fim, estes procedimentos foram replicados para a variável depressão. Na tabela 5 são apresentados os descritivos desta variável.

Tabela 5. Estatísticas descritivas para a variável depressão ($n=103$)

	Média	DP	Mínimo	Máximo
PHQ-2 (t1)	1.57	1.48	0	6
PHQ-2 (t2)	2.32	1.72	0	6

Segundo o teste K-S, as diferenças entre os dois momentos não evidenciaram seguir uma distribuição tendencialmente normal, $D_{(103)} = 0.18$, $p < 0.01$. De tal forma, o teste

T-student foi feito com *bootstrap* de modo a ter maior robustez. Houve um aumento significativo nos níveis médios de depressão experienciada, $t_{(102)} = -4.69$, $p < 0.01$, $d_{medidas-repetidas} = 0.46$, entre o período antecedente à quarentena ($M = 1.57$; $DP = 1.48$) e o período do confinamento ($M = 2.32$; $DP = 1.72$). Através do *bootstrap* foi possível confirmar este resultado, $p < 0.001$, IC a 95% [-1.06, -0.45] (figura, 5).

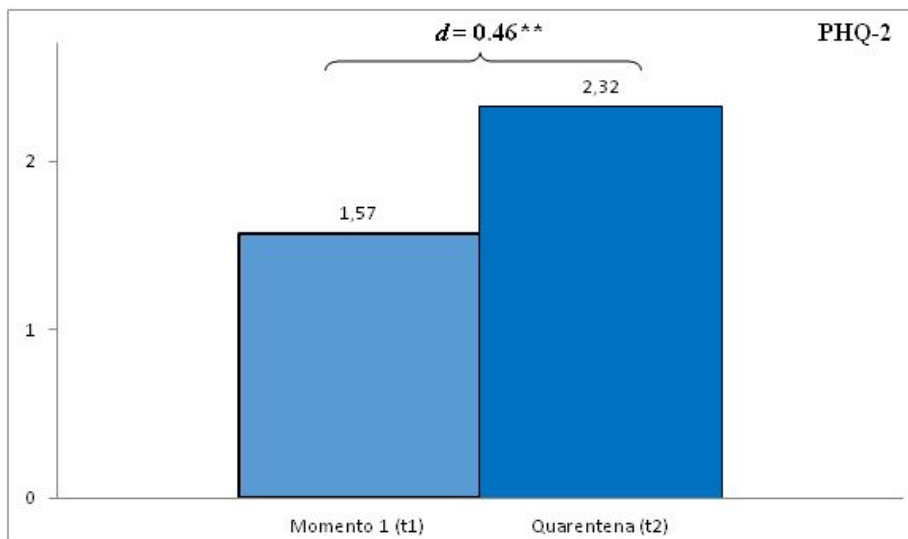


Figura 5. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Depressão Agrupados por Momento de Estudo. d : dimensão do efeito com d de Cohen para medidas repetidas; **: $p < 0.001$; PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2.

Na tabela 6 são apresentados os descritivos para a variável depressão para o grupo masculino e para o grupo feminino.

Tabela 6. Estatísticas descritivas da variável depressão antes e durante a quarentena, em função do sexo.

	n	Média (t1)	DP (t1)	Média (t2)	DP (t2)
Masculino	19	1.05	0.83	1.58	2.04
Feminino	84	1.69	2.43	2.49	3.05

Recorrendo ao teste K-S, verificou-se que ambos os grupos falharam o pressuposto da normalidade tanto em t1, $W_{(19)} = 0.87$, $p = 0.012$ e $D_{(84)} = 0.20$, $p < 0.001$, havendo também alguns *outliers*, como em t2, $W_{(19)} = 0.86$, $p = 0.010$ e $D_{(84)} = 0.24$, $p < 0.01$. Por outro lado, o

pressuposto da homocedasticidade não se verificou para t1, $F_{(1, 93)} = 4.77$, $p = 0.03$, mas verificou-se no caso de t2, $F_{(1, 99)} = 0.49$, $p = 0.49$. Assim, foi aplicado para ambos os momentos um *bootstrapping* ao teste de T-student. No que se refere a t1, observou-se que, em média, o grupo masculino apresentou níveis mais baixos de depressão ($M = 1.05$; $DP = 0.83$) do que o grupo feminino ($M = 1.69$; $DP = 2.43$). Estas diferenças revelaram ser significativas, $t_{(45)} = -2.37$, $p = 0.022$, $d_{g-Hedges} = 0.29$, e os intervalos de confiança proporcionados pelo *bootstrap* validam este achado, $p = 0.023$, IC a 95% [-1.16, -0.11]. Por fim, analisando as diferenças entre os grupos para t2, também se observou que houve diferenças significativas, $t_{(101)} = -2.11$, $p = 0.037$, $d_{g-Hedges} = 0.31$, sendo que, em média, foi, de novo, o grupo feminino que apresentou os níveis de depressão mais acentuados ($M = 2.49$; $DP = 3.05$), por comparação ao grupo masculino ($M = 1.58$; $DP = 2.04$). Resultados similares foram obtidos pela estatística de teste com *bootstrapping*, $p = 0.016$, IC a 95% [-1.61, -0.17] (figura 6).

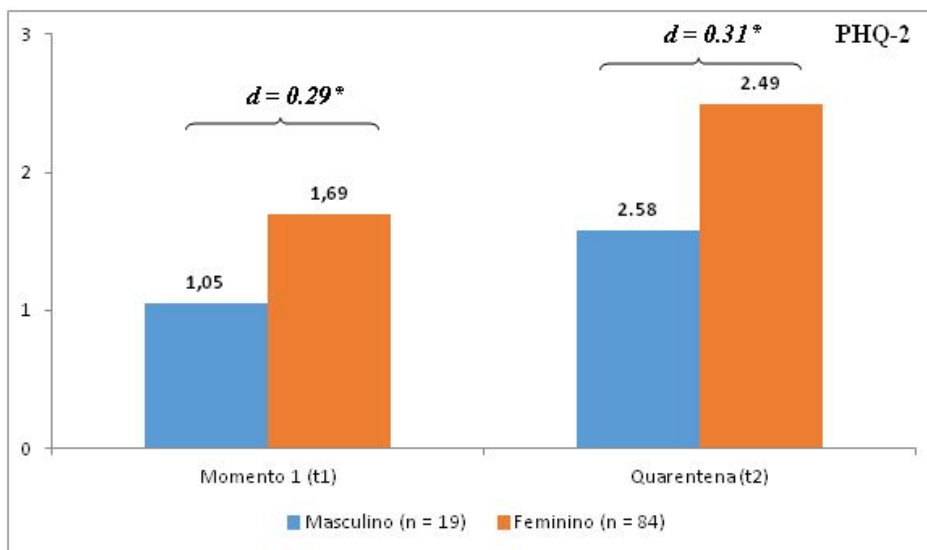


Figura 6. Médias e Resultados do Teste de T-student com *Bootstrapping* ($k = 10000$) da Variável Ansiedade Agrupados por Sexo. d : dimensão do efeito com g de Hedges; *: $p < 0.05$; PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2

De seguida, foram analisadas as correlações bivariadas entre as questões elaboradas para o presente estudo e as pontuações autorreportadas pelos participantes nas escalas de saúde mental durante a quarentena (t2; Anexo J). Começando-se por verificar se as diferentes distribuições não apresentavam grandes desvios à normalidade. Uma vez que foram identificados *outliers* e que os gráficos de dispersão revelaram que este pressuposto não se

verificou em vários casos, optou-se por utilizar o Coeficiente de Correlações de Spearman (Field, 2009). Esta estatística avalia se existe uma relação monotónica entre as variáveis, sendo uma alternativa não-paramétrica ao Coeficiente de Correlação de Pearson (Akoglu, 2018; Field, 2009). As correlações foram quase todas feitas com os dados da amostra total ($n = 103$), sendo que os casos em que houve valores omissos foram excluídos por pares (método *pairwise*). A força de associação foi categorizada segundo o critério descrito por Field (2009), onde $r = 0.1$, $r = 0.3$ e $r = 0.5$ correspondem a limiares para um efeito ser considerado pequeno, moderado ou grande, respetivamente. Por razões de parcimónia, apenas serão focados os coeficientes de Spearman que foram estatisticamente significativos ($p < 0.05$).

No que se refere às correlações entre as 3 escalas de funcionamento psicológico ($n = 103$), compreende-se que, durante a quarentena, a saúde mental (WEMWBS) esteve negativamente correlacionada com as escalas sintomatológicas, $r_s = -0.65$, $p < 0.01$ (GAD-2) e $r_s = -0.59$, $p < 0.01$ (PHQ-2). Por outro lado, a correlação entre a ansiedade e a depressão foi no sentido positivo, $r_s = 0.64$, $p < 0.01$, sendo que todos estes coeficientes correspondem a uma grande dimensão do efeito. A tabela 8 reflete os coeficientes de correlação entre estas escalas e as questões exploradas nos inquéritos, apenas sendo apresentados os itens que atingiram significância estatística.

Tabela 7. Tabela de Correlações (rho de Spearman) entre as pontuações nas escalas de saúde mental durante a quarentena (t2) e as restantes variáveis ($n = 103$).

	WEMWBS	GAD-2	PHQ-2
Qual o número de pessoas do seu agregado familiar?	.053	-.141	-.212*
Das pessoas que se encontram em casa, quantas estão a trabalhar / estudar à distância?	.141	-.224*	.143
A quarentena alterou a forma como está a viver o espaço que tem disponível para si?	.400**	-.170	-.255**

Antes da pandemia, praticava actividade física / desportiva?	.241*	-.290**	-.118
Como é que a pandemia afetou o seu vencimento / rendimento? ¹	.244*	-.219*	-.303**

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$ (2 extremidades); ¹: Devido a valores omissos o coeficiente de correlação foi calculado com $n = 100$.

Como se pode observar, na sua maioria os efeitos foram de pequena dimensão, havendo alguns que foram moderados. O número de pessoas no agregado familiar esteve negativamente correlacionado com a depressão, $r_s = -0.21$, $p < 0.05$, e o mesmo se verificou para o número de adultos (mas não crianças) no agregado familiar, $r_s = -0.23$, $p < 0.05$. O número de pessoas a exercer a sua função de forma remota esteve negativamente correlacionado com a ansiedade, $r_s = -0.22$, $p < 0.05$. As melhorias na forma como o espaço disponível foi experienciado estiveram positivamente correlacionadas com o bem-estar, $r_s = 0.40$, $p < 0.01$, e negativamente correlacionadas com a depressão, $r_s = -0.26$, $p < 0.01$. A quantidade de atividade física desportiva praticada até ao momento da pandemia esteve correlacionada de forma positiva com o bem-estar, $r_s = 0.24$, $p < 0.05$ e de forma negativa com a ansiedade, $r_s = -0.29$, $p = 0.01$. Por fim, a forma como o vencimento foi afetado pela pandemia/quarentena obteve correlações significativas com as três escalas ($n = 100$). Os aumentos no rendimento estiveram positivamente correlacionados com o bem-estar, $r_s = 0.24$, $p < 0.05$, e negativamente correlacionados com a ansiedade, $r_s = -0.22$, $p < 0.05$, e a depressão, $r_s = 0.30$, $p < 0.01$.

Verificaram-se igualmente algumas correlações significativas ao cruzar as questões sobre a quarentena/demográficas entre si. Os coeficientes de correlação foram de fraca associação ($r < 0.30$) e as relações verificadas foram expectáveis, não contribuindo com muita informação adicional para os objetivos do nosso estudo. Apenas ressaltou que a quantidade de atividade física praticada antes da quarentena começar esteve moderada e inversamente correlacionada com as alterações na quantidade de atividade física praticada durante a quarentena, $r_s = -0.36$, $p < 0.001$ (Anexo J).

Por fim, foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado de Pearson para compreender a relação entre as variáveis categóricas e as medidas de saúde mental durante a quarentena.

Para isso, as escalas PHQ-2 e GAD-2 foram recodificadas com base no seu valor de corte, sendo categorizado que 3 pontos ou mais correspondia a sintomatologia moderada ou grave. De seguida, procedeu-se à estatística de Teste de Qui-Quadrado (χ^2), cruzando as variáveis categorias da ansiedade e da depressão com as restantes variáveis nominais. A variável depressão revelou estar independente das restantes em todos os casos, isto é, não houve significância estatística, $p > 0.05$ (Anexo K). Quanto à variável ansiedade (Anexo L), a estatística de teste atingiu a significância estatística num caso. Verificou-se uma associação significativa entre o sexo dos estudantes e o autorrelato de níveis clinicamente alarmantes de ansiedade, $\chi^2_{(1) \text{ Yates}} = 6.70$, $p = 0.005$, $V_{\text{Cramer}} = 0.28$. Os dados sugerem que as mulheres tiveram uma maior probabilidade de ter níveis moderados ou graves de ansiedade que os homens ($OR = 12$). Nenhuma outra variável revelou ter uma associação significativa com a ansiedade ou a depressão, pelo que não serão aqui apresentadas as tabelas correspondentes. Esta análise adicional pouco mais revelou que os resultados dos testes anteriores.

Discussão

Este estudo descreve os impactos da quarentena obrigatória sobre a saúde mental e o funcionamento psicológico de um conjunto de estudantes universitários portugueses. Em linha com o que tem sido verificado noutros estudos semelhantes, os nossos achados sustentam que existe um impacto genericamente negativo. Ressalta que houve uma deterioração significativa do bem-estar e um aumento dos níveis de depressão durante a quarentena, por comparação ao momento antecedente, sendo que as mulheres experienciaram os impactos sintomatológicos mais intensamente que os homens.

De modo a contextualizar a presente discussão, deve-se ter em conta que a quarentena em Portugal durou cerca de 45 dias. O levantamento de dados durante o período de confinamento começou a ser feito passados 28 dias desde a quarentena ter sido decretada, tendo sido dado um espaço de cerca de 2 semanas para a submissão das respostas. Quer isto dizer que o nosso estudo compara os níveis de saúde mental antes da quarentena com os que foram verificados passado pelo menos 1 mês. Em média, os estudantes da nossa amostra estiveram cerca de 36 dias em quarentena, o que se aproxima do período de quarentena obrigatória, apesar de estar abaixo deste valor. Estes dados são relevantes, pois vários estudos têm focado as primeiras semanas de quarentena (*e.g.*, Haesebaert et al., 2020; Moreira et al., 2020), havendo ainda pouca literatura sobre os seus efeitos a médio e a longo-prazo. Em quarentenas anteriores, Hawryluck e colaboradores (2004) identificaram que os sujeitos que estiveram mais de 10 dias em quarentena foram mais impactados ao nível dos sintomas de SPT e de depressão do que os que estiveram menos de 10 dias. O nosso estudo não encontrou nenhuma relação significativa entre o tempo passado em confinamento e as medidas de saúde mental, tal como não tem sido identificado em outros estudos sobre a presente quarentena (*e.g.*, Fernández et al., 2020; Smith et al., 2020). Uma possível explicação, prende-se com o facto que a situação pandémica actual, e a conseqüente quarentena obrigatória, estendem-se a todos os sujeitos, e a diferentes países. Sendo o ser humano por natureza um ser social e comparativo, pode-se considerar que, para muitos, a quarentena é experienciada como uma perda da liberdade, sobretudo quando há outras pessoas que não estão sujeitas à mesma. Contrariamente, a presente quarentena foi experienciada num clima de incerteza generalizada, sendo que não havia, à partida, uma expectativa clara de quando esta acabaria, pelo que, possivelmente, houve uma menor tendência para focar a atenção sobre o tempo que se já passou em confinamento (“contar os dias”), antecipando o seu fim.

Por outro lado, deve-se ter em conta que a nossa amostra, apesar de envolver alguns sujeitos mais velhos, é composta por estudantes universitários, na sua maioria jovens-adultos. Uma das particularidades deste grupo profissional é que as suas rotinas de trabalho continuaram devido às aulas online, que foram retomadas algum tempo depois de começar a quarentena. Na nossa amostra, verificou-se que um maior número de pessoas a trabalhar ou a estudar online na mesma casa que os nossos participantes esteve associado de forma inversa com os níveis de ansiedade ($r = -0.22$). Consideramos que este achado sustenta que alguns elementos rotineiros, num contexto onde o “normal” ficou alterado, podem ter funcionado como factores protetores da saúde mental, nomeadamente este aspeto das aulas online. No inquérito de Cruz e colaboradores (2020), sobressaiu que, de uma forma geral, os estudantes sentiam-se competentes no seu uso dos aparelhos e das plataformas online, contudo sentiam que os professores ainda não estavam preparados/formados para dar aulas deste tipo. Naturalmente, tanto de um ponto de vista da aparelhagem, como do ponto de vista das interações, esta mudança no formato das aulas esteve associada a algumas frustrações, porém, foi bem aceite entre os estudantes. Este panorama pode ter tido alguns benefícios, tanto como pode ter levantado novos desafios. Elmer, Mepham e Stadtfeld (2020) encontraram que durante a quarentena os sujeitos com menor contato e suporte tinham maiores níveis de solidão e de sintomas de ansiedade. Por outro lado, à medida que há um maior uso dos aparelhos, sobretudo dos telemóveis, verifica-se um estilo de vida mais sedentário, sendo que durante a quarentena tem sido comum que os estudantes tenham dores em algumas zonas do corpo (Majumdar, Biswas & Sahu, 2020). O mesmo tipo de comportamentos que podem ser protetores para o funcionamento psicológico, podem também ter as suas consequências.

Um dos nossos achados mais salientes, foi que durante a quarentena houve uma deterioração significativa ao nível dos sintomas de depressão, por comparação ao momento anterior à pandemia. No primeiro momento, 19.4% dos estudantes da nossa amostra manifestaram ter níveis moderados ou graves de depressão, sendo que durante a quarentena esta taxa aumentou para 33%. Contrariamente, não verificámos diferenças significativas entre os dois momentos do estudo no que se refere aos níveis de ansiedade. Apesar disso, verificamos que as médias de ansiedade estiveram próximas do valor de corte em ambos os momentos do estudo. Na literatura, verifica-se uma tendência para haver aumentos tanto na depressão como na ansiedade (*e.g.*, Elmer, Mepham & Stadtfeld, 2020; Schwinger, Trautner, Karchner & Otterpohl, 2020), sendo que na nossa amostra apenas a primeira variável manifestou alterações durante a quarentena. No seu estudo, feito uma semana antes de a quarentena ser decretada como obrigatória em Portugal, Maia e Dias (2020) comparam os

níveis de ansiedade e de depressão de um conjunto de estudantes universitários com os dados de outro grupo, recolhidos num momento prévio. Verificou-se que houve diferenças significativas e de pequena magnitude ao nível dos sintomas. Apesar de este estudo ter sido feito antes da quarentena obrigatória ter sido instaurada, estes resultados aludem ao clima emocional experienciado durante um período em que já as aulas tinham sido suspensas e já se antevia que a quarentena seria imposta. Neste sentido, seria expectável que os níveis de ansiedade durante a quarentena aumentassem também na nossa amostra. Uma possível explicação para esta divergência pode estar relacionada com o facto de 92.2% da nossa amostra é de um curso de psicologia, sendo que uma investigação identificou que os estudantes universitários em cursos não-relacionados com a saúde (física e psicológica) foram mais afetados ao nível sintomatológico que aqueles que estavam em cursos relacionados com a saúde (Ojewale et al., 2020).

Por outro lado, observou-se que, em média, tanto os níveis de ansiedade como os níveis de depressão entre os dois sexos diferiram em ambos os momentos de estudo. No caso da ansiedade, esta diferença não atingiu a significância estatística no primeiro momento, mas foi significativamente divergente durante a quarentena. Ressalta, portanto, que as manifestações de ansiedade e de depressão durante a quarentena foram mais elevadas entre as mulheres que entre os homens. Estes resultados são suportados por outros estudos, sendo que se tem verificado que as mulheres tendem a ser um grupo de risco (*e.g.*, Pieh et al., 2020). As taxas de prevalência entre os nossos participantes foram de 36.9% no grupo feminino e de 15.8% no grupo masculino para a depressão e de 57.1% e 21.1% para a ansiedade. Estas taxas estão em linha com as reportadas por Jacques-Aviñó e colaboradores (2020), verificando-se apenas que na nossa amostra estas são um pouco superiores no grupo feminino. Apesar de pequenos desvios, de uma forma geral os nossos achados seguem as tendências verificadas na literatura sobre a quarentena de 2020.

Um factor que esteve relacionado com a saúde mental, e também com o bem-estar, foi o rendimento (com efeitos pequenos a moderados). Observamos que, apesar de na maior parte dos casos se manter igual durante a quarentena, quando este piorou/baixou houve uma associação com os aumentos nos sintomas e a reduções no bem-estar. Em consonância com este achado, Fernández e colaboradores (2020) verificaram que ter rendimentos mais elevados funcionou como um factor protetor contra as deteriorações na saúde mental. Do mesmo modo, foram experienciadas diminuições no bem-estar subjetivo mais acentuadas nos grupos economicamente vulneráveis (Recchi et al., 2020). Curiosamente, também encontramos que a experiência subjetiva de como o espaço disponível ficou alterado esteve

significativamente correlacionado com o bem-estar ($r = 0.40$) e de forma negativa com a depressão ($r = -0.26$). Os estudantes que sentiram que o espaço à sua volta tinha piorado tiveram piores níveis de bem-estar e níveis mais altos de depressão. Amerio e colaboradores (2020) observaram que as condições físicas da casa, como as suas dimensões e o facto de se ter um espaço exterior ou não, contribuíram significativamente para as diferenças ao nível da saúde mental verificadas na sua amostra. Por contraste, no nosso estudo não se verificou uma relação entre o número de divisões na casa ou o tipo de espaço exterior e os sintomas ou o bem-estar experienciados. Tendo isto em conta, apesar de as condições físicas serem relevantes, os nossos achados sugerem que a experiência subjetiva da qualidade do espaço disponível é igualmente importante.

Especificamente em relação ao bem-estar, mesmo antes da quarentena os níveis médios da nossa amostra, avaliados através da WEMWBS, foram de 49.34 (DP = 7.97) valores, inferiores aos do estudo de Fonte, Ferreira e Alves (2017) com 150 estudantes universitários portugueses, onde a média foi de 51.35 (DP = 10.49). A ausência de dados específicos sobre a população portuguesa dificulta a interpretação destas pontuações médias. Não obstante, ambos os casos se aproximam dos valores verificados noutros contextos e populações (e.g., Davoren et al., 2013; Stewart-Brown & Janmohamed, 2008), pelo que será feita referência à literatura internacional, onde se tem verificado que uma pontuação entre 45 e 59 valores tende a representar níveis de bem-estar moderados/normais. As pontuações abaixo do primeiro valor remetem para uma baixa saúde mental positiva, enquanto pontuações superiores a 59 remetem para um elevado nível de bem-estar (Warwick Medical School, 2020). Neste sentido, no momento do primeiro levantamento de dados a nossa amostra de estudantes universitários apresentou um nível médio de bem-estar dentro do expectável, sendo que durante a quarentena houve uma deterioração significativa ($M = 47.26$; $DP = 8.52$). Isto sugere que a quarentena foi, de facto, um dos factores que contribuiu para alterações nos níveis de funcionamento psicológico. Este aspeto é preocupante, pois existem indicadores que evidenciam que pontuações na escala WEMWBS correspondentes ao bem-estar pobre estão associadas com indicadores de níveis de depressão clinicamente alarmantes (Warwick Medical School, 2020). Do mesmo modo, Lamers e colaboradores (2015) advertem que tanto a presença de psicopatologia é um factor de risco para, no futuro, haver um reduzido bem-estar, como o reduzido bem-estar é um factor de risco para haver futuras manifestações de sintomatologia, incluindo as de depressão e de ansiedade.

Apesar disto, os níveis médios de bem-estar observados na nossa amostra durante a quarentena foram mais elevados, isto é, houve mais bem-estar do que no grupo de estudantes

no estudo de Haesebaert e colaboradores (2020). Esta discrepância é ainda maior quando a comparação é feita com os estudantes no estudo de Ali, Ahsan, Khan, Khan e Hossain (2020). Do mesmo modo, 35.9% ($n = 37$) de sujeitos da nossa amostra revelaram ter níveis correspondentes a saúde mental positiva pobre, sendo que num outro estudo se verificou uma prevalência dessa categoria em 71.7% ($n = 1208$) da amostra (Grover et al., 2020). Deve notar-se que, nos primeiros dois estudos referidos, a recolha de dados foi feita ao longo das primeiras duas semanas de quarentena, enquanto no nosso estudo a recolha de dados durante a quarentena só se iniciou passado cerca de 1 mês. Curiosamente, um estudo observou que, apesar de haver uma diminuição nos níveis de bem-estar com o início do período de confinamento, houve uma pequena tendência para o bem-estar ir melhorando ao longo dos dias em quarentena (Ali et al., 2020).

Por outro lado, o bem-estar em função do sexo não diferiu em nenhum dos dois momentos de estudo. Ainda assim, verificou-se que durante a quarentena o grupo feminino apresentou uma descida em relação ao momento anterior. Apesar de não se ter atingido a significância estatística, pode-se compreender que houve uma tendência para as estudantes do sexo feminino reportarem níveis mais baixos de bem-estar, sendo que outros estudos têm revelado padrões idênticos (*e.g.*, Haesebaert et al., 2020; Smith, Twohy & Smith, 2020).

Consideramos que existe um conjunto de aspetos que poderão ter contribuído para algumas das divergências entre os nossos resultados e outros estudos similares, seja ao nível do bem-estar, seja ao nível dos sintomas experienciados. Por exemplo, numa investigação com estudantes universitários, verificou-se que houve um maior risco de se observar aumentos na solidão, na ansiedade e na depressão durante a quarentena nos sujeitos que viviam sozinhos, que tinham pouco contacto direto com a família e os amigos e que sentiam que tinham pouco suporte social (Elmer, Mepham & Stadtfeld, 2020). Já Prime, Wade e Browne (2020), referem que o suporte social e as rotinas em família são factores protetores que podem ajudar a lidar com as dificuldades associadas ao confinamento. No nosso estudo, não recolhemos dados acerca de onde a quarentena foi passada, nem com quem, mas observámos que os estudantes passaram o confinamento, em média, com três outros sujeitos ($M = 3.20$; $DP = 1.28$), sendo que em 99% dos casos a casa foi partilhada com pelo menos uma outra pessoa. Neste sentido, propomos que o facto de quase todos os estudantes terem tido alguém com quem passar a quarentena, poderá ter funcionado como um factor protetor que atenuou os impactos negativos ao nível da saúde mental.

Esta possibilidade é sustentada pelo facto de verificarmos que o número de pessoas no agregado familiar esteve significativamente e de forma negativa associado, com uma pequena

dimensão do efeito ($r = -0.21$), com a variável depressão. Estes achados estão em linha com o estudo de White e Boor (2020), feito com 600 indivíduos durante as primeiras semanas de quarentena. Apesar de terem sido utilizados instrumentos alternativos aos nossos, os autores reportaram que o nível autopercebido de suporte social esteve negativamente correlacionado com os níveis de ansiedade e de depressão, e positivamente relacionado com os níveis de bem-estar e de qualidade de vida, verificando-se efeito de moderada dimensão. Porém, no estudo de Ojewale e colaboradores (2020), verificou-se que o funcionamento familiar foi um preditor significativo das manifestações de depressividade. Enquanto os estudantes universitários que passaram a quarentena sozinhos não experienciaram níveis mais intensos de depressão, tal foi no entanto o caso para aqueles que estiveram com alguém conhecido ou com a família e que reportaram que a qualidade das relações familiares era desadaptativa. Isto sugere que o tipo de relação é mais importante que a quantidade de pessoas em casa. Em linha com esta lógica, no nosso estudo não se verificou uma relação significativa entre esta última variável e as 3 medidas de saúde mental.

Tendo em conta que o bem-estar revelou ter uma relação de pequena dimensão e positiva com a quantidade de atividade física praticada antes da quarentena ($r = 0.24$), podemos considerar que a prática de desporto prévia funcionou como um factor protetor. A literatura reconhece que a atividade física é importante factor importante para a saúde mental, sendo igualmente importante evitar ter um estilo de vida sedentário, pois os comportamentos deste tipo podem ter uma influência negativa sobre os estados disposicionais (Diamond & Byrd, 2020). Num estudo sobre a quarentena, Aymerich-Franch (2020) verificou que o exercício físico foi um dos factores que esteve negativamente correlacionado com as reduções nos afetos positivos, o que sugere que este se manifestou como um protetor do humor, à semelhança do nosso estudo. Ressalta, igualmente, que numa análise de conteúdo sobre que aspetos têm ajudado a lidar com a situação da pandemia e da quarentena, 15.5% ($n = 2939$) dos sujeitos evocaram a temática da prática desportiva (Jung, Kneer & Kruger, 2020). Curiosamente, houve uma associação significativa e inversa, com uma dimensão do efeito moderada ($r = -0.36$), entre a quantidade de exercício físico praticado anteriormente e a quantidade de exercício praticada durante a quarentena. Ao que aparenta, deu-se uma inversão nas tendências, sendo que os estudantes que costumavam praticar menos exercício, começaram a ter incrementos neste sentido durante a quarentena. Por outro lado, aqueles que antes praticavam mais exercício revelaram estar a praticar menos durante a quarentena. Isto poderá ter a ver com o clima de confusão e com a disrupção nas rotinas que se experienciou durante a quarentena (Prime, Wade & Browne, 2020), sendo que o fechar dos ginásios pode

ter sido experienciado como algo desmotivante para os sujeitos que costumavam praticar desporto. Por outro lado, sabe-se que em muitos casos foi experienciado haver mais tempo livre durante o confinamento (Jung, Kneer & Kruger, 2020), podendo ser preenchido, por exemplo, com mais prática de atividade desportiva.

Um último aspeto para o qual se pretende chamar a atenção é que o bem-estar é um conceito complexo e abrangente, que nem sempre é fácil de definir ou de avaliar. Para o nosso trabalho, optámos pela abordagem de Dodge e colaboradores (2020), que defendem que este se verifica quando há um nível de funcionamento físico, psicológico e social equilibrado, que permite contrabalançar os desafios da vida. Nesta lógica, as experiências hedónicas e eudaimónicas, que são captadas em conjunto pela escala WEMWBS, contribuem para o balanceamento destes factores. Naturalmente, compreende-se que o COVID-19 e a consequente quarentena provocaram alterações nas vidas quotidianas e trouxeram novas dificuldades, alterando-se abruptamente o que era até então considerado como o “normal” (Aymerich-Franch, 2020). Neste sentido, os nossos achados não são inesperados, tanto no que se refere aos sintomas, como no que se refere ao bem-estar. Apenas se pretende realçar que nem todos os sujeitos são impactados da mesma forma. Como procuramos delinear, as mudanças súbitas terão desequilibrado, de forma mais ou menos intensa, o funcionamento psicológico, mas estas não têm necessariamente que corresponder a critérios clínicos de psicopatologia. Por exemplo, um estudo com estudantes e funcionários universitários concluiu que, logo depois do início da quarentena, houve um aumento significativo das pesquisas no *Google* relacionadas com o tédio, a tristeza, a preocupação e a solidão (Brodeur, Clark, Fleche & Powdthavee, 2020). Outros aspetos como as alterações nas rotinas, sentimentos de raiva e de irritabilidade (Aymerich-Franch, 2020) e uma pior qualidade do sono (Marelli et al., 2020) são alguns dos factores que se têm verificado em diferentes contextos durante a quarentena obrigatória.

Com isto, pretendemos sublinhar que as implicações da quarentena são variadas e que nem sempre correspondem a impactos psicopatológicos, mas há claramente disruptividade para o normal funcionamento psicológico equilibrado. Mesmo na nossa amostra, apesar de ser um número reduzido, o facto de haver 4 sujeitos com níveis de bem-estar fracos, mas sem indícios de sintomatologia, alude que se deve atender às duas dimensões da saúde mental geral. Nos últimos anos, a literatura tem demonstrado que a integração dos sintomas e do bem-estar permite obter uma representação mais compreensiva e ajustada da saúde mental (Antaramian, Huebner, Hills & Valois, 2010; Eklund et al., 2010). Neste sentido, tanto o facto de os nossos coeficientes de correlações entre as escalas de sintomas e a do bem-estar

revelarem ter uma forte associação no sentido inverso ($r \geq -0.59$), como o facto de termos verificado diferenças significativas ao nível da depressão e do bem-estar, reforçam a importância de ambos os domínios da saúde psicológica serem integrados nos planos de avaliação e de intervenção nas quarentenas. Por exemplo, Lamers e colaboradores (2015) verificaram que 27% da variância da saúde mental positiva foi predita pelos níveis de psicopatologia, e o inverso ocorreu a uma taxa de 18%. No contexto de uma quarentena, isto pode implicar que os sujeitos com ambas as manifestações são um grupo de maior risco, necessitando de uma intervenção mais especializada do que aqueles que apenas tenham alterações num dos pólos do funcionamento psicológico. Por outro lado, devido à influência bidirecional, avaliar ambas as dimensões pode ajudar a identificar factores de risco que seriam ignorados de outra forma.

O maior contributo deste estudo é que foi possível recorrer a um conjunto de dados de um grupo de controlo (recolhidos inicialmente no âmbito de um outro estudo), que apenas tinham sido recolhidos, mas não utilizados, para estabelecer comparações longitudinais com um mesmo grupo de sujeitos. Face aos estudos anteriores, que na sua maioria foram transversais e não comparativos, o delineamento utilizado permite discutir os impactos verificados das variáveis contextuais sobre os factores em estudos (Esser & Vliegthart, 2017). Neste caso, significa que se pode inferir com um maior grau de certeza que durante a quarentena realmente houve deteriorações para a saúde mental geral, apesar de haver algumas limitações que restringem a possibilidade de se generalizar os nossos achados e de se concluir um impacto causal da quarentena, que são explicitadas mais adiante. Não obstante, este estudo contribui com *insights* científicos para a compreensão do impacto das quarentenas. Da pesquisa feita, apenas foi identificado um estudo similar ao nosso realizado em Portugal, mas a comparação foi feita entre duas amostras de conveniência diferentes, numa lógica transversal. Assim, a presente investigação avança no sentido de se compreender melhor as tendências previamente verificadas. Um outro ponto forte, é que o estudo foi feito com estudantes universitários, sendo que estes se encontram na faixa etária que tem sido identificada como um grupo de risco durante a quarentena (Fernández et al., 2020), justificando-se a sua pertinência.

Reconhece-se que este estudo está sujeito a um conjunto de limitações. Uma delas prende-se com o contexto em que a investigação é feita. Efetivamente, não se trata de um estudo experimental controlado, mas antes uma descrição das experiências e dos efeitos que resultaram de um período de tempo desafiante. Apesar de o nosso estudo reforçar que a quarentena contribuiu para as deteriorações na saúde mental, deve-se reconhecer que esta não

é a única variável em causa. Suspeita-se de um impacto causal apenas porque a quarentena é a experiência comum entre os participantes que é conhecida, mas outros factores de influência poderão explicar melhor ou complementar os nossos achados. Em rigor, apenas podemos falar em diferenças entre os dois momentos de estudo, não sendo evidente quais as suas componentes explicativas. Para mais, esta quarentena é o produto de uma pandemia, não sendo, por isso, possível controlar ou distinguir entre qual dos dois factores é que contribuiu para as alterações no funcionamento psicológico verificadas. Neste sentido, o presente estudo acaba por descrever os impactos de um período com diferentes variantes em jogo ao mesmo tempo, mais do que propriamente apenas da quarentena *per si*. Não obstante, os nossos resultados reforçam que houve consequências psicológicas derivadas da quarentena.

Por outro lado, as escalas utilizadas não estão validadas para a população portuguesa, pelo que as suas propriedades psicométricas não são conhecidas neste contexto, nem são conhecidos os parâmetros populacionais gerais. Isto poderá ter enviesado alguns dos resultados e das interpretações, pelo que estes, mesmo estando em linha com a literatura, devem ser lidos com precaução e de forma contextualizada. Adicionalmente, deve-se considerar que os nossos dados foram autorrelatados, pelo que em estudo não estavam as manifestações clinicamente observadas, mas antes as percepções dos sujeitos das suas experiências vividas, o que poderá ter resultado em alguns vieses, por exemplo, derivados da desejabilidade social. Os itens do inquérito foram gerados pelos próprios investigadores, integrando a literatura conhecida com algumas variáveis intuídas. Neste sentido, algumas formulações podem ter sido ambíguas, o que poderá ter influenciado as respostas. Aqui, ressalta a questão “A quarentena alterou a forma como está a viver o espaço disponível para si?”, que remete para a experiência subjetiva do espaço em casa, devendo, caso seja utilizada noutras investigações, ser formulada de uma forma mais clara.

Outra limitação tem a ver com a representatividade da amostra nossa. Por um lado, esta foi de reduzida dimensão, sobretudo no grupo masculino ($n = 19$), por outro, o número de participantes de cada sexo foi fortemente desproporcional. O mesmo deve ser considerado para as faixas etárias, sendo que a grande maioria dos sujeitos tinha entre 19 a 24 anos. Para além disto, trata-se de uma amostra de conveniência, que apenas envolveu estudantes das áreas de psicologia e de motricidade. Neste sentido, as inferências dos nossos achados para a população geral de estudantes devem ser feitas de forma contextualizada e tendo estes aspetos em conta, de modo a reduzir generalizações enviesadas.

Por fim, pode-se aludir a uma limitação estatística, visto que a possibilidade de se verificar incrementos no erro de tipo I devido às comparações múltiplas não foi controlada.

Os resultados poderão ser considerados à luz de algum tipo de correção estatística, por exemplo a de Bonferroni-Holm. Contudo, apesar de ser estatisticamente adequado (Armstrong, 2014), este processo pode ser restritivo e descontextualizado da realidade, sendo que, no contexto da pandemia, os incrementos no erro tipo II podem ter um maior custo para a saúde psicológica individual e para as políticas de intervenção públicas, do que o inverso. O procedimento não foi considerado no nosso estudo, pois este é apenas um contributo preliminar para a compreensão dos efeitos da quarentena. Como referido antes, os nossos resultados devem ser considerados em conjunto com os resultados de outras investigações.

Conclusão

De uma forma geral, apesar de os nossos dados se basearem apenas nas respostas de um conjunto de estudantes universitários, o presente estudo evidencia que a quarentena de 2020 foi uma experiência disruptiva para a saúde mental, sendo que este achado que vai ao encontro de outros estudos feitos em Portugal (Maia & Dias, 2020; Moreira et al., 2020). Adicionalmente, estes convergem com algumas das tendências verificadas noutros países (*e.g.*, Jacques-Aviñó et al., 2020; Haesebaert et al., 2020), o que sugere que, apesar de nem todos estarem sujeitos às mesmas manifestações psicológicas, a quarentena é, tendencialmente, uma experiência negativa para o ser humano.

Neste sentido, o presente estudo contribui para aumentar a compreensão dos efeitos psicológicos da quarentena de 2020, sendo importante mobilizar meios e políticas para monitorizar e intervir nos sujeitos afetados, e sobretudo nas mulheres e nos jovens-adultos. Importa, igualmente, fazer uso deste conhecimento para se desenvolver estratégias preventivas e otimizar os efeitos protetores de uma quarentena para a saúde pública, sem, contudo, se menosprezar os possíveis impactos psicológicos.

Referências

- Ahad, N. A., Abdullah, S., Heng, L. C., Ali, N. M. (2012). Relative power performance of *t*-test and bootstrap procedure for two-sample. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities*, 20(1), 43-52.
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18, 91-93. doi:[10.1016/j.tjem.2018.08.001](https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001)
- Alfawaz, H. A., Wani, K., Aljumah, A. A., Aldisi, D., Ansari, M. G. A., Yakout, S. M., ... Al-Dagri, N. M. (2020). Psychological well-being during COVID-19 lockdown: Insights from Saudi State university's academic community. *Journal of King Saud University – Science*, 33, 1-7. doi:[10.1016/j.jksus.2020.101262](https://doi.org/10.1016/j.jksus.2020.101262)
- Ali, M., Ahsan, G. U., Khan, R., Khan, H. R., & Hossain, A. (2020). Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on mental well-being in Bangladeshi adults: Patterns, expectations and future directions. *BMC Research Notes*, 13(494), 1-7. doi:[10.21203/rs.3.rs-51333/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-51333/v1)
- Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., ..., Capolongo, S. (2020). COVID-19 lockdown: Housing built environment's effects on mental health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1-10. doi:[10.3390/ijerph17165973](https://doi.org/10.3390/ijerph17165973)
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462-472. doi:[10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x)
- Armstrong, R. A. (2014). When to use bonferroni correction. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 34(5), 502-508. doi:[10.1111/opo.12131](https://doi.org/10.1111/opo.12131)
- Asanov, I., Flores, F., McKenzie, D., Mensmann, M., & Schulte, M. (2020). Remote-learning, time use, and mental health of Ecuatorian high-school student during COVID-19 quarantine. *World Development*, 138, 1-9. doi:[10.1016/j.worlddev.2020.105225](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105225)
- Aymerich-Franch, L. (2020). COVID-19 lockdown: Impact on psychological well-being and relationship to habit and routine modifications. *PsyArXiv*, 1-10. doi:[10.31234/osf.io/9vm7r](https://doi.org/10.31234/osf.io/9vm7r)
- Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(44), 1-12. doi:[10.1186/s40337-020-00319-y](https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y)

- Brodeur, A., Clark, A. E., Fleche, S., & Powdthavee, N. (2020). COVID-19, lockdowns and well-being: Evidence from Google trends. *Journal of Public Economics*, *193*, 1-8. doi:[10.1016/j.jpubeco.2020.104346](https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104346)
- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cruz, M. F., Rodriguez, J. A., Ruiz, I. A., López, M. C., Camargo, C. B., Rosas, F. D., ... Simón, E. J. (2020). Evaluation of emotional and cognitive regulation of young people in a lockdown situation due to the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 1-11. doi:[10.3389/fpsyg.2020.565503](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565503)
- Davoren, M. P., Fitzgerald, E., Shiely, F., & Perry, I. J. (2013). Positive mental health and well-being among a third level student population. *PLoS ONE*, *8*(8), 1-8. doi:[10.1371/journal.pone.0074921](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074921)
- Devine, N., Stewart, G., & Benade, L. (2020). Access denied: Academic life under lockdown. *New Zealand Journal of Educational Studies*, *55*, 1-3. doi:[10.1007/s40841-020-00170-4](https://doi.org/10.1007/s40841-020-00170-4)
- Diamond, R., & Byrd, E. (2020). Standing up for health: Improving mental wellbeing during COVID-19 isolation by reducing sedentary behavior. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 272-274. doi:[10.1016/j.jad.2020.07.137](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.137)
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. G. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of WellBeing*, *2*(3), 222-235. doi:[10.5502/ijw.v2i3.4](https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4)
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. G., & Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science and Medicine*, *178*, 35-45. doi:[10.1016/j.socscimed.2017.02.009](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009)
- Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., Furlong, M. (2010). Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *25*(1), 79-92. doi:[10.1080/87568225.2011.532677](https://doi.org/10.1080/87568225.2011.532677)
- Elmer, T., Mepham, K., & Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLoS One*, *15*(7), 1-22. doi:[10.1371/journal.pone.0236337](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236337)
- Esser, F., & Vliegenthart, R. (2016). Comparative research methods. In J. Matthes, R. Potter & C. S. Davis (Eds.), *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. Hoboken, NJ: Wiley and Sons, Inc. doi:[10.1002/9781118901731.iecrm0035](https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0035)

- Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F., & Pedreira, M. E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 75-84. doi:[10.1016/j.jad.2020.07.133](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133)
- Fonte, C. A., Ferreira, C. M., & Alves, S. A. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: Relações entre psicopatologia e bem-estar. *PSIQUE*, 13, 57-74.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*, 3^{ed}. London, UK: Sage Publications, Ltd. ISBN 978-1-84787-906-6
- Grover, S., Sahoo, S., Mehra, A., Avasthi, A., Tripathi, A., Subramanyan, ... Reddy, J. (2020). Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 354-362. doi:[10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20)
- Haesebaert, F., Haesebaert, J., Zante, E., Franck, N. (2020). Who maintains mental health in a locked-down country?: A French nationwide survey of 11,397 participants. *Health and Place*, 66, 1-5. doi:[10.1016/j.healthplace.2020.102440](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102440)
- Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1012. doi:[10.3201/eid1007.030703](https://doi.org/10.3201/eid1007.030703)
- Hossain, M., Sultana, A., Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health*, 1-26. doi:[10.31234/osf.io/dz5v2](https://doi.org/10.31234/osf.io/dz5v2)
- Jacques-Aviñó, C., Lopez, T., Perucha, L. M., & Bont, J. (2020). Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(11), 1-10. doi:[10.1136/bmjopen-2020-044617](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044617)
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y., Ki, M. Min, J., Cho, J., & Chae, J. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, 1-7. doi:[10.4178/epih.e2016048](https://doi.org/10.4178/epih.e2016048)
- Jung, S., Kneer, J., Kruger, T. H. (2020). Mental health, sense of coherence and interpersonal violence during the COVID-19 pandemic lockdown in Germany. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 1-12. doi:[10.3390/jcm9113708](https://doi.org/10.3390/jcm9113708)
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1). doi:[10.1007/s11205-005-5550-3](https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3)

- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi:[10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x).
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292. doi:[10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C](https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief scale for screening for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. doi:[10.1176/appi.psy.50.6.613](https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-25. doi:[10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004](https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004)
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Glas, C. A., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 1-8. doi:[10.1080/17439760.2015.1015156](https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156)
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595. doi:[10.1590/S0103-166X2012000400013](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013)
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: O impacto da COVID-19.
- Majumdar, P., Biswas, A., & Sahu, S. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown: cause of sleep disruption, depression, somatic pain, and increased screen exposure of office workers and students in India. *Chronobiology International*, 37(8), 1191-1200. doi:[10.1080/07420528.2020.1786107](https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1786107)
- Marelli, S., Castelnovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Botoni, D., ... Ferini-Strambi, L. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of Neurology*, 1-8. doi:[10.1007/s00415-020-10056-6](https://doi.org/10.1007/s00415-020-10056-6)
- Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*, 28, 12-19. doi:[10.1016/S0924-9338\(13\)76982-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76982-7)

- Moreira, P. S., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernández, M., Raposo-Lima, C., ... Morgado, P. (2020). Protective elements of mental health status during the COVID-19 outbreak in the portuguese population. *medRxiv*, 1-10. doi:[10.1101/2020.04.28.20080671](https://doi.org/10.1101/2020.04.28.20080671)
- Munk, A. J., Schmidt, N. M., Alexander, N., Henkel, K., & Hennig, J. (2020). Covid-19 - beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLoS One*, *15*(8), 1-13. doi:[10.1371/journal.pone.0236688](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236688)
- Ojewale, L. Y. (2020). Psychological state, family function and coping strategies among students of the university of Ibadan, during the COVID-19 lockdown. *medRxiv*, 1-24. doi:[10.1101/2020.07.09.20149997](https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20149997)
- Otu, A., Charles, C. H., & Yaya, S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, *14*(38), 1-5. doi:[10.1186/s13033-020-00371-w](https://doi.org/10.1186/s13033-020-00371-w)
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2020). Forced social isolation and mental health: A study of 1006 Italians under COVID-19 lockdown. *PsyArXiv*. doi:[10.31234/osf.io/uacfj](https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj)
- Patsali, M. E., Mousa, D. V., Papadopoulou, E. V., Papadopoulou, K. K., Kaparounaki, C. K., Diakogiannis, I., & Foutoulakis, K. N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behaviour during COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, *292*, 1-3. doi:[10.1016/j.psychres.2020.113298](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113298)
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity in mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, *136*, 1-9. doi:[10.1016/j.jpsychores.2020.110186](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186)
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, *75*(5), 631-643. doi:[10.1037/amp0000660](https://doi.org/10.1037/amp0000660)
- Recchi, E., Ferragina, E., Helmeid, E., Pauly, S., Safi, M., Sauger, N., & Schradie, J. (2020). The “eye of the hurricane” paradox: An unexpected and unequal rise of well-being during COVID-19 lockdown in France. *Elsevier, Research in Social Stratification and Mobility*, *68*, 1-4. doi:[10.1016/j.rssm.2020.100508](https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100508)

- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, *136*(7), 997-1007. doi:[10.1017/S0950268807009156](https://doi.org/10.1017/S0950268807009156)
- Schwinger, M., Trautner, M., Karchner, H., & Otterpohl, N. (2020). Psychological impact of corona lockdown in Germany: Changes in need satisfaction, well-being, anxiety and depression. *International Journal of Environmental Research and Mental Health*, *17*(23), 1-11. [10.3390/ijerph17239083](https://doi.org/10.3390/ijerph17239083)
- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., ... Barlow, F. K. (2020). Effects of COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *American Psychologist*, *75*(5), 618-630. doi:[10.1037/amp0000662](https://doi.org/10.1037/amp0000662)
- Smith, L., Jacob, L., Yakkundi, A., McDermott, D., Armstrong, N. C., Barnett, Y., ... Tully, M. A. (2020). Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: A cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Research*, *291*, 1-7. doi:[10.1016/j.psychres.2020.113138](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113138)
- Smith, B. M., Twohy, A. J., & Smith, G. S. (2020). Psychological flexibility and intolerance of uncertainty moderate the relation between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 162-174. doi:[10.1016/j.jcbs.2020.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.005)
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., ... Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) Scale. doi:[10.1186/s12955-015-0244-2](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure of assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092-1097. doi:[10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Preparedness*, *7*(1), 105-110. doi:[10.1017/dmp.2013.22](https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22)
- Stewart-Brown, S., & Janmohamed, K. (2008). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): User guide, version 1 [ficheiro PDF]. Recuperado a 20 de novembro de <http://www.ocagingservicescollaborative.org/wp-content/uploads/2014/07/WEMWBS-User-Guide-Version-1-June-2008.pdf>

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Stephen, J. Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1-13. doi:[10.1186/1477-7525-5-63](https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63)
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E., ... Triantafyllis, A. S. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19, 3451-3453. doi:[10.3892/etm.2020.8646](https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646)
- Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2756-2757. doi:[10.1111/jocn.15290](https://doi.org/10.1111/jocn.15290)
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., Fu, S. (2011). Is quarantine related to immediaty negative psychological consequences during the 200 H1N1 epidemic? *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 75-77. doi:[10.1016/j.genhosppsy.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.11.001)
- Warwick Medical School (2020, 7 de novembro). *Collect, score, analyse and interpret WEMWBS*. Recuperado a 28 de novembro de 2020 <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>
- White, R. G., & Boor, C. V. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic and initial period of lockdown on mental health and well-being of adults in the UK. *British Journal of Psychiatry Open*, 6(5), 1-4. doi:[10.1192/bjo.2020.79](https://doi.org/10.1192/bjo.2020.79)
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role of old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV). *Journal of Travel Medicine*, 1-4. doi: [10.1093/jtm/taaa020](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020)
- Word Health Organization (2020, 30 de março). *Mental Health: Strengthening our response*. Recuperado a 8 de outubro de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (2020, março). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation report 51*. Recuperado a 2 de outubro de 2020 de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- Zhu, S., Wu, Y., Zhu, C., Hong, W., Yu, Z., Chen, Z, ... Wang, Y. (2020). The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 56-58. doi:[10.1016/j.bbi.2020.04.045](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.045)

Anexos

Anexo A. Inquérito Sociodemográfico e Questões Específicas sobre a Quarentena	42
Anexo B. Documentos do Consentimento Informado	44
Anexo C. <i>Outputs</i> do SPSS das Estatísticas Descritivas e das Tabelas Frequência das Condições em que a Quarentena foi Passada	45
Anexo D. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a variável Bem-estar	47
Anexo E. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a variável Bem-estar ...	48
Anexo F. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a Variável Ansiedade	50
Anexo G. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a Variável Ansiedade	51
Anexo H. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a Variável Depressão	53
Anexo I. <i>Outputs</i> do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com <i>Bootstrapping</i> ($k = 10000$) para a Variável Depressão ..	54
Anexo J. Tabela Bivariada de Correlações (Rho de Spearman)	56
Anexo K. Testes de Qui-Quadrado entre a Variável Depressão Categorizada em Função do Ponto de Corte para a Escala PHQ-2 e as Restantes Variáveis Categóricas	58
Anexo L. Testes de Qui-Quadrado entre a Variável Ansiedade Categorizada em Função do Ponto de Corte para a Escala GAD-2 e as Restantes Variáveis Categóricas	59

Anexo A. Inquérito Sociodemográfico e Questões Específicas sobre a Quarentena

Variável	Opção de resposta
Sexo	1) Masculino 2) Feminino
Idade	Em número (#)
Faculdade	1) ISPA 2) FMH
Estado Civil	1) Solteiro(a) 2) Casado(a) / União de facto 3) Divorciado(a) / Separado(a) 4) Viúvo(a) 5) Outro
Situação Profissional	1) Estudante 2) Empregado(a) 3) Desempregado(a) 4) Reformado(a) 5) Trabalhador-estudante 6) Outro
Habilitações Literárias Completas	#
-	
Qual o número de pessoas do seu agregado familiar?	#
Quantas pessoas do seu agregado familiar são adultas?	#
Quantas pessoas do seu agregado familiar são menores?	#
Há quantos dias está em quarentena / confinamento / isolamento na sua casa?	#
Quantas pessoas se encontram em quarentena / isolamento / confinamento na sua casa?	#
Das pessoas que se encontram em sua casa, quantas estão a trabalhar e/ou a estudar à distância?	#
Em que meio está a viver a quarentena / isolamento /confinamento?	1) Urbano 2) Rural 3) Misto
Qual o número de divisões da sua casa?	#

Anexo A. (cont.)

A sua casa tem algum espaço exterior que usufrua?	1) Sim 2) Não
Se tem algum espaço exterior, de que tipo é?	1) Não tem 2) Varanda 3) Pátio ou terraço 4) Jardim ou quintal 5) Outro
Está preocupado(a) com a situação de pandemia que vivemos no momento?	1) Muito pouco (...) 7) Muito preocupado
A quarentena (...) alterou a forma como está a viver o espaço que tem disponível para si?	1) Piorou 2 3 4) Manteve-se igual 5 6 7) Melhorou
Antes da pandemia, praticava atividade física / desportiva?	1) Nenhuma (...) 7 - Muita
Como é que a pandemia alterou a sua prática de atividade física / desportiva?	1) Diminuiu muito (...) 4) Manteve-se igual (...) 7) Aumentou muito
Como é que a pandemia alterou o seu contacto com a natureza?	1) Diminuiu muito (...) 4) Manteve-se igual (...) 7) Aumentou muito
Como é que a pandemia alterou o seu vencimento / rendimento?	1) Diminuiu muito (...) 4) Manteve-se igual (...) 7) Aumentou muito

Anexo B. Documentos do Consentimento Informado

Grupo de Desenvolvimento Pessoal através do Teatro Playback - 2ª Edição

Gostaríamos de o/a convidar a participar numa investigação sobre Teatro Playback. Esta investigação insere-se num projecto coordenado pelo Prof. Doutor António Gonzalez, em colaboração com a Clínica ISPA. Neste sentido, pedimos que responda a um breve questionário, que tem a duração de cerca de 10 minutos.

Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito desta investigação. O seu contributo para este estudo é da maior importância e agradecemos muito a sua participação.

Caso tenha alguma questão em relação ao estudo, por favor, não hesite em contactar-nos por e-mail no endereço: dispar.ispa@gmail.com

Obrigada pela sua disponibilidade!

Pergunta

- Aceito participar neste estudo
- Não aceito participar neste estudo

Estudo sobre os efeitos do confinamento

Gostaríamos de o/a convidar a participar numa investigação que pretende perceber alguns dos efeitos da situação de confinamento provocada pela pandemia actual. Esta investigação insere-se num projecto coordenado pelo Prof. Doutor António Gonzalez e pelo Prof. Doutor Paulo Martins, em colaboração com a Clínica ISPA. Neste sentido, pedimos que responda a um breve questionário, que tem a duração de cerca de 15 minutos.

Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito desta investigação. O seu contributo para este estudo é da maior importância e agradecemos muito a sua participação.

Caso tenha alguma questão em relação ao estudo, por favor, não hesite em contactar-nos por e-mail através do endereço: dispar.ispa@gmail.com

Obrigado pela sua disponibilidade!

Pergunta

- Aceito participar neste estudo
- Não aceito participar neste estudo

Anexo C. Outputs do SPSS das Estatísticas Descritivas e das Tabelas Freqüência das Condições em que a Quarentena foi Passada

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Qual o número de pessoas do seu agregado familiar?	103	0	9	3,50	1,305
Há quantos dias está em quarentena / isolamento / confinamento na sua casa?	103	0	60	36,87	7,924
Quantas pessoas se encontram em quarentena / isolamento / confinamento na sua casa?	102	0	8	3,20	1,282
Das pessoas que se encontram em casa, quantas estão a trabalhar e/ou a estudar à distância?	103	0	6	2,42	1,133
Qual o número de divisões da sua casa?	103	3	16	5,89	2,330
N válido (de lista)	102				

Há quantos dias está em quarentena / isolamento / confinamento na sua casa?

		Freqüência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	1	1,0	1,0	1,0
	15	1	1,0	1,0	1,9
	16	1	1,0	1,0	2,9
	23	1	1,0	1,0	3,9
	24	1	1,0	1,0	4,9
	27	2	1,9	1,9	6,8
	28	1	1,0	1,0	7,8
	30	11	10,7	10,7	18,4
	31	1	1,0	1,0	19,4
	32	2	1,9	1,9	21,4
	33	3	2,9	2,9	24,3
	34	4	3,9	3,9	28,2
	35	7	6,8	6,8	35,0
	36	14	13,6	13,6	48,5
	37	9	8,7	8,7	57,3
	38	5	4,9	4,9	62,1
	39	1	1,0	1,0	63,1
	40	13	12,6	12,6	75,7
	41	3	2,9	2,9	78,6
	42	2	1,9	1,9	80,6
	43	5	4,9	4,9	85,4
44	1	1,0	1,0	86,4	
45	7	6,8	6,8	93,2	
46	1	1,0	1,0	94,2	
50	4	3,9	3,9	98,1	
60	2	1,9	1,9	100,0	
Total	103	100,0	100,0		

Anexo C. (cont.)

Qual o número de pessoas do seu agregado familiar?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	2	1,9	1,9	1,9
	1	5	4,9	4,9	6,8
	2	11	10,7	10,7	17,5
	3	29	28,2	28,2	45,6
	4	40	38,8	38,8	84,5
	5	12	11,7	11,7	96,1
	6	3	2,9	2,9	99,0
	9	1	1,0	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Quantas pessoas se encontram em quarentena / isolamento / confinamento na sua casa?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	1	1,0	1,0	1,0
	1	9	8,7	8,8	9,8
	2	18	17,5	17,6	27,5
	3	32	31,1	31,4	58,8
	4	29	28,2	28,4	87,3
	5	11	10,7	10,8	98,0
	6	1	1,0	1,0	99,0
	8	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	99,0	100,0	
Omissão	Sistema	1	1,0		
	Total	103	100,0		

Em que meio está a viver a quarentena / isolamento / confinamento?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Urbano	75	72,8	72,8	72,8
	Rural	9	8,7	8,7	81,6
	Misto	19	18,4	18,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Se tem algum espaço exterior, de que tipo é?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não tem	33	32,0	32,0	32,0
	Varanda	29	28,2	28,2	60,2
	Pátio ou Terraço	10	9,7	9,7	69,9
	Jardim ou Quintal	30	29,1	29,1	99,0
	Outro	1	1,0	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Anexo D. *Outputs* do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com *Bootstrapping* ($k = 10000$) para a variável Bem-estar

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WEMWBS_diferenças	,080	103	,099	,980	103	,111

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					t	df	Sig. (2 extremidades)
		Média	Erro Desvio	Erro padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
					Inferior	Superior			
Par 1	preWEMWBS_Total - posWEMWBS_Total	2,07767	7,82741	,77126	,54788	3,60746	2,694	102	,008

Bootstrap para Teste de amostras emparelhadas

		Média	Viés	Estatística do teste Padrão	Bootstrap ^a		BCa 95% de Intervalo de Confiança	
					Sig. (2 extremidades)	Inferior	Superior	
								Par 1

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo E. *Outputs* do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com *Bootstrapping* ($k = 10000$) para a variável Bem-estar

Testes de Normalidade

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
preWEMWBS_Total	Masculino	,127	19	,200*	,947	19	,345
	Feminino	,096	84	,056	,976	84	,119
posWEMWBS_Total	Masculino	,253	19	,002	,851	19	,007
	Feminino	,059	84	,200*	,992	84	,889

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de	gl1	gl2	Sig.
		Levene			
preWEMWBS_Total	Com base em média	4,091	1	101	,046
	Com base em mediana	3,169	1	101	,078
	Com base em mediana e com gl ajustado	3,169	1	95,231	,078
	Com base em média aparada	4,117	1	101	,045
posWEMWBS_Total	Com base em média	2,222	1	101	,139
	Com base em mediana	2,149	1	101	,146
	Com base em mediana e com gl ajustado	2,149	1	97,838	,146
	Com base em média aparada	2,165	1	101	,144

Nota. Para WEMWBS em t2, o valor da estatística reportado baseia-se na mediana com *g.l.* ajustados, uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade

Anexo E. (cont.)

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
preWEMWBS_Total	Variâncias iguais assumidas	,303	101	,763	,61591	2,03377	-3,41854	4,65037
	Variâncias iguais não assumidas	,379	37,017	,707	,61591	1,62394	-2,67445	3,90628

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a				
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
					Inferior	Superior
preWEMWBS_Total	Variâncias iguais assumidas	,61591	,00401	1,62208	-2,59139	3,75871
	Variâncias iguais não assumidas	,61591	,00401	1,62208	-2,59139	3,75871

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Nota. Foi reportado o valor com base nas variâncias iguais não assumida, uma vez que não se verificou o pressuposto da homocedasticidade.

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
posWEMWBS_Total	Variâncias iguais assumidas	1,501	101	,137	3,22807	2,15092	-1,03878	7,49492
	Variâncias iguais não assumidas	1,795	34,125	,082	3,22807	1,79849	-,42640	6,88254

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a					
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	Sig. (2 extremidades)	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
posWEMWBS_Total	Variâncias iguais assumidas	3,22807	-,02989	1,80732	,075	-,53625	6,66201
	Variâncias iguais não assumidas	3,22807	-,02989	1,80732	,094	-,53625	6,66201

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo F. Outputs do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com *Bootstrapping* ($k = 10000$) para a Variável Ansiedade

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
PHQ_dif_ansiedade	,126	103	,000	,958	103	,002

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas						Sig. (2 extremidades)	
		Média	Erro Desvio	Erro padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t		df
					Inferior	Superior			
Par 1	prePHQansiedade - posPHQansiedade	,01942	1,75444	,17287	-,32347	,36230	,112	102	,911

Bootstrap para Teste de amostras emparelhadas

		Média	Viés	Estatística do teste Padrão	Bootstrap ^a		BCa 95% de Intervalo de Confiança	
					Sig. (2 extremidades)	Inferior	Superior	
								Par 1

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo G. *Outputs* do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com *Bootstrapping* ($k = 10000$) para a Variável Ansiedade

Testes de Normalidade

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
prePHQ_ansiedade	Masculino	,200	19	,044	,900	19	,050
	Feminino	,145	84	,000	,915	84	,000
posPHQ_ansiedade	Masculino	,289	19	,000	,834	19	,004
	Feminino	,140	84	,000	,935	84	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estadística de	gl1	gl2	Sig.
		Levene			
prePHQ_ansiedade	Com base em média	1,692	1	101	,196
	Com base em mediana	2,327	1	101	,130
	Com base em mediana e com gl ajustado	2,327	1	100,922	,130
	Com base em média aparada	1,910	1	101	,170
posPHQ_ansiedade	Com base em média	3,811	1	101	,054
	Com base em mediana	3,739	1	101	,056
	Com base em mediana e com gl ajustado	3,739	1	100,947	,056
	Com base em média aparada	3,579	1	101	,061

Nota. Para GAD-2 em t1 e em t2, o valores da estatística reportados baseiam-se na mediana com *g.l.* ajustados, uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade

Anexo G. (cont.)

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
prePHQ_ansiedade	Variâncias iguais assumidas	-1,588	101	,115	-,71303	,44909	-1,60391	,17784
	Variâncias iguais não assumidas	-1,776	30,783	,086	-,71303	,40147	-1,53207	,10600

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a				
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
					Inferior	Superior
prePHQ_ansiedade	Variâncias iguais assumidas	-,71303	,00870	,40120	-1,46818	,11272
	Variâncias iguais não assumidas	-,71303	,00870	,40120	-1,46818	,11272

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
posPHQ_ansiedade	Variâncias iguais assumidas	-2,277	101	,025	-1,01190	,44434	-1,89335	-,13046
	Variâncias iguais não assumidas	-2,663	32,894	,012	-1,01190	,38002	-1,78516	-,23865

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a					
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	Sig. (2 extremidades)	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
posPHQ_ansiedade	Variâncias iguais assumidas	-1,01190	-,00682	,37826	,008	-1,66761	-,30616
	Variâncias iguais não assumidas	-1,01190	-,00682	,37826	,018	-1,66761	-,30616

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo H. Outputs do SPSS dos Testes de Normalidade e de T-Student para Amostras Emparelhadas com Bootstrapping ($k = 10000$) para a Variável Depressão

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
PHQ_dif_depressão	,183	103	,000	,951	103	,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas							Sig. (2 extremidades)
		Média	Erro Desvio	Erro padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	
					Inferior	Superior			
Par 1	prePHQdepressão - posPHQdepressão	-,74757	1,61924	,15955	-1,06404	-,43111	-4,686	102	,000

Bootstrap para Teste de amostras emparelhadas

		Média	Viés	Estatística do teste Padrão	Bootstrap ^a		
					Sig. (2 extremidades)	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
Par 1	prePHQdepressão - posPHQdepressão	-,74757	-,00242	,15815	,000	-1,05825	-,44660

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo I. *Outputs* do SPSS dos Testes de Normalidade, de Homocedasticidade e de T-Student para Amostras Independentes com *Bootstrapping* ($k = 10000$) para a Variável Depressão

Testes de Normalidade

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
prePHQ_depressão	Masculino	,207	19	,031	,865	19	,012
	Feminino	,195	84	,000	,875	84	,000
posPHQ_depressão	Masculino	,226	19	,012	,860	19	,010
	Feminino	,241	84	,000	,900	84	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
prePHQ_depressão	Com base em média	5,888	1	101	,017
	Com base em mediana	4,767	1	101	,031
	Com base em mediana e com gl ajustado	4,767	1	93,027	,032
	Com base em média aparada	6,603	1	101	,012
posPHQ_depressão	Com base em média	1,239	1	101	,268
	Com base em mediana	,492	1	101	,485
	Com base em mediana e com gl ajustado	,492	1	98,846	,485
	Com base em média aparada	,951	1	101	,332

Nota. Para PHQ-2 em t1 e em t2, os valores da estatística reportados baseiam-se na mediana com *g.l.* ajustados, uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade

Anexo I. (cont.)

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
prePHQ_depressão	Variâncias iguais assumidas	-1,713	101	,090	-,63784	,37228	-1,37635	,10066
	Variâncias iguais não assumidas	-2,366	45,437	,022	-,63784	,26958	-1,18066	-,09503

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a					
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	Sig. (2 extremidades)	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
prePHQ_depressão	Variâncias iguais assumidas	-,63784	,00013	,26482	,019	-1,16205	-,11278
	Variâncias iguais não assumidas	-,63784	,00013	,26482	,023	-1,16205	-,11278

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Nota. Foi reportado o valor com base nas variâncias iguais não assumida, uma vez que não se verificou o pressuposto da homocedasticidade.

Teste de amostras independentes

		teste-t para Igualdade de Médias					95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	Inferior	Superior
posPHQ_depressão	Variâncias iguais assumidas	-2,113	101	,037	-,90915	,43019	-1,76252	-,05578
	Variâncias iguais não assumidas	-2,401	31,478	,022	-,90915	,37868	-1,68099	-,13731

Bootstrap para Teste de amostras independentes

		Bootstrap ^a					
		Diferença média	Viés	Estatística do teste Padrão	Sig. (2 extremidades)	BCa 95% de Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
posPHQ_depressão	Variâncias iguais assumidas	-,90915	-,00093	,37740	,016	-1,60724	-,17184
	Variâncias iguais não assumidas	-,90915	-,00093	,37740	,023	-1,60724	-,17184

a. A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 10000 amostras bootstrap

Anexo J. Tabela Bivariada de Correlações (Rho de Spearman)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	—											
2	-.180	—										
3	-.099	.262**	—									
4	-.166	.004	.116	—								
5	.035	.050	.097	-.003	—							
6	.870	.147	-.034	.022	.039	—						
7	-.011	.160	.131	.164	-.002	-.362	—					
8	-.105	.049	.147	-.013	.142	-.053	.011	—				
9	.031	.038	.099	-.054	-.013	-.330**	.142	-.264**	—			
10	.003	-.099	-.037	.109	-.238*	-.229*	-.006	-.309**	.581**	—		
11	.129	-.083	-.082	.095	.042	.227*	-.057	.246*	-.687**	-.438**	—	
12	.134	-.019	.013	.036	.400**	.241*	-.091	.244**	-.466**	-.686**	.541**	—

Anexo J. (cont.)

Variáveis
1. Há quantos dias está em quarentena / confinamento / isolamento na sua casa?
2. Quantas pessoas se encontram em quarentena (...) na sua casa?
3. Qual o número de divisões da sua casa?
4. A quarentena (...) alterou a forma como está a viver o espaço que tem disponível para si?
5. Está preocupado com a situação que vivemos no momento?
6. Antes da pandemia, praticava atividade física / desportiva?
7. Como é que a pandemia afetou a sua prática de atividade física desportiva?
8. Como é que a pandemia afetou o seu vencimento/rendimento?
9. PHQ (I1)
10. PHQ (I2)
11. WEMWBS (I1)
12. WEMWBS (I2)

***: $p < 0.001$; *: $p < 0.05$ (2 extremidades); n = 103

Anexo K. Testes de Qui-Quadrado entre a Variável Depressão Categorizada em Função do Ponto de Corte para a Escala PHQ-2 e as Restantes Variáveis Categóricas

		Pontuação no PHQ-2			Estatística	
		Ausência ou leve (< 3)	Moderada ou grave (3 ou +)	Total	χ^2	<i>p-value</i>
1	Masculino	16	3	19	2.24 ^a	0.106 ^b
	Feminino	53	31	84		
2	Solteiro(a)	64	31	95	0.62 ^c	0.734
	Casado/União de facto	3	1	4		
	Divorciado(a) / Separado(a)	2	2	4		
3	Estudante	59	28	87	0.19 ^c	0.910
	Estudante e Trabalhador	7	4	11		
	Empregado(a)	3	2	5		
4	Urbano	49	26	75	0.62 ^c	0.734
	Rural	7	2	9		
	Misto	13	6	19		
5	Não	22	13	35	0.18 ^a	0.659 ^b
	Sim	47	21	68		

1: Sexo; 2: Estado civil; 3: Situação profissional; 4: Em que meio está a viver a quarentena?; 5: A sua casa tem algum espaço exterior que usufrua?; ^a: χ^2 com correção de Yates; ^b: Teste Exato de Fisher; ^c: Razão de Verossimilhança; PHQ-2. Patient Health Questionnaire-2.

Nota: Foi utilizada a Razão de Verossimilhança quando o valor esperado foi inferior a 5.

Anexo L. Testes de Qui-Quadrado entre a Variável Ansiedade Categorizada em Função do Ponto de Corte para a Escala GAD-2 e as Restantes Variáveis Categóricas

		Pontuação no GAD-2			Estatística	
		Ausência ou leve (< 3)	Moderada ou grave (3 ou +)	Total	χ^2	<i>p-value</i>
1	Masculino	15	4	19	6.70^a	0.005 ^b
	Feminino	36	48	84		
2	Solteiro(a)	46	49	95	1.13 ^c	0.568
	Casado/União de facto	3	1	4		
	Divorciado(a) / Separado(a)	2	2	4		
3	Estudante	43	44	87	2.76 ^c	0.252
	Estudante e Trabalhador	7	4	11		
	Empregado(a)	1	4	5		
4	Urbano	38	37	75	0.59 ^c	0.744
	Rural	5	4	9		
	Misto	8	11	19		
5	Não	15	20	35	0.58 ^a	0.446 ^b
	Sim	36	32	68		

1. Sexo; 2. Estado civil; 3. Situação profissional; 4. Em que meio está a viver a quarentena?; 5. A sua casa tem algum espaço exterior que usufrua?; ^a. χ^2 com correção de Yates; ^b. Teste Exato de Fisher; ^c. Razão de Verossimilhança; A negrito: $p < 0.05$; GAD-2. Generalized Anxiety Disorder Scale-2.

Nota: Foi utilizada a Razão de Verossimilhança quando o valor esperado foi inferior a 5.