



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Experiência de stress em tempos de pandemia COVID-19

22º Curso Mestrado em Saúde Pública

Diana Gonçalves Lopes da Costa

Novembro, 2021



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Experiência de stress em tempos de pandemia COVID-19

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sónia Dias e Doutora Ana Filipa Gama

Novembro, 2021

Agradecimentos

Esta obra não seria possível sem o precioso apoio de algumas pessoas a quem não posso deixar de prestar a devida gratidão.

Começo por agradecer à professora Ana Gama e Sónia Dias, pela paciência e apoio prestado e voto de confiança neste processo que se revelou de grande autonomia.

Gratidão eterna ao colega Fernando Avelar pelo seu apoio incondicional nos momentos de desânimo e confusão, mas também pelo entusiasmo e alegria que me foram “empurrando”. Guardo com carinho e respeito todos os teus conselhos e ensinamentos.

Aos amigos que me foram dando palavras de alento, mas que também sentiram a minha distância.

Dedico este trabalho ao meu leal companheiro sem o qual nada seria possível, pois foi porto de abrigo com o seu apoio e dedicação incondicional, mesmo sob a sua própria tormenta. E, aos meus filhos pela paciência pela minha ausência...que um dia possam compreender o sacrifício.

Resumo

O combate à pandemia COVID-19 implicou medidas como o distanciamento social, confinamento ao domicílio, suspensão temporária das atividades económicas não essenciais e teletrabalho, afetando o quotidiano das populações com potencial impacto na saúde mental. O conhecimento sobre o impacto da pandemia no stress é escasso, em particular no contexto português.

Este estudo pretendeu compreender a experiência de stress e nervosismo e os fatores associados em contexto da pandemia COVID-19, na população portuguesa no período de abril a outubro de 2020.

O estudo tem um desenho exploratório, descritivo e analítico do tipo quantitativo e transversal, surge na sequência do projeto Relacionamentos, Stress e Agressão em tempos de COVID-19 em Portugal Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

O inquérito desenvolvido pela Universidade de Ghent, foi traduzido e adaptado para o contexto português e aplicado online entre abril e outubro de 2020, sendo divulgado em redes de parceiros, meios de comunicação e instituições que atuam no âmbito da violência.

De um total de 1062 respondentes, 42,1% (n=353) reportou experiência de stress e nervosismo durante a pandemia. Como fatores associados identificou-se ser mulher, ser mais jovem, sentir igual ou maior dificuldade em fazer face às despesas em comparação com o período anterior à pandemia, reportar vitimação de violência doméstica, e percecionar as suas relações sociais, presenciais ou à distância, como insatisfatórias. Como fator protetor da experiência de stress e nervosismo identificou-se a satisfação com a relação conjugal.

Os resultados reforçam a necessidade de investir de forma proactiva nos grupos mais vulneráveis ao stress, pelo potencial risco de perturbações de saúde mental, nomeadamente a ansiedade e depressão.

Palavras-chave: COVID-19, stress, saúde mental.

Abstract

The fight against COVID-19 involved measures such as social distancing, confinement at home, temporary suspension of non-essential economic activities and teleworking, which affected the daily life of the populations with a potential impact on mental health. Evidence about the impact of the pandemic on stress is scarce, particularly in the Portuguese context.

This study aimed to understand the experience of stress and nervousness and the associated factors in the context of the COVID-19 pandemic, in the Portuguese population from April to October 2020.

The study has an exploratory, descriptive and analytical design of a quantitative and transversal type, it follows on from the project Relationships, Stress and Aggression in times of COVID-19 in Portugal Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

The survey originally developed by the University of Ghent, was translated and adapted to the Portuguese context. It was applied online between April and October of 2020 and disseminated in partner networks, media and institutions that work in the field of violence.

Of a total of 1062 respondents, 42,1% (n=353) reported experiencing stress and nervousness during the pandemic. Associated factors identified were: being a woman, being younger, feeling the same or greater difficulty in making ends meet compared to the period before the pandemic, victimization of domestic violence, and unsatisfactory social relationships (in person or at a distance). As a protective factor from the experience of stress and nervousness, satisfaction with the marital relationship was identified.

The results reinforce the need to invest proactively in the groups most vulnerable to stress, due to their role in mental health disorders, namely anxiety and depression.

Keywords: COVID-19, stress, mental health

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	3
Pandemia COVID-19.....	3
Combate à pandemia COVID-19 no contexto português.....	4
Enquadramento legal das medidas implementadas.....	7
Vida em confinamento.....	10
Impacto da pandemia COVID-19 na Saúde Mental.....	23
3. Questão de investigação e objetivos.....	33
4. Métodos.....	35
4.1 Desenho do estudo.....	35
4.2 População e amostra.....	35
4.3 Procedimentos de recolha de dados.....	35
4.4 Instrumento de recolha de dados.....	35
4.5 Tratamento e a análise dos dados.....	37
4.6 Questões éticas previstas no estudo.....	38
5. Resultados.....	39
5.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	39
5.2 Vivências em contexto de pandemia.....	40
5.3 Experiência de stress, consumos de álcool e medicamentos, e ideação suicida ou comportamentos parasuicidas.....	42
5.4 Fatores associados a experiência de stress e nervosismo.....	44
6. Discussão.....	57
7. Conclusões.....	63
Bibliografia.....	67

Lista de figuras

Figura 1 - Níveis de fases de preparação, resposta e recuperação.....	5
---	---

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra do RSA-COVID-19, Portugal (2020).....	39
Tabela 2 - Caracterização da amostra do RSA-COVID-19 quanto às vivências relacionadas com o contexto da pandemia COVID-19, Portugal (2020).....	41
Tabela 3 - Caracterização da amostra do RSA-COVID-19 quanto à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020).....	43
Tabela 4 - Análise dos fatores sociodemográficos associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020).....	45
Tabela 5 - Análise dos fatores relacionados com as vivências em pandemia associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020) I.....	47
Tabela 6 - Análise dos fatores relacionados com as vivências em pandemia associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020) II.....	49
Tabela 7 - Análise dos fatores do consumo de álcool e medicamentos quanto à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020).....	50
Tabela 8 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) I.....	52
Tabela 9 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) II.....	54
Tabela 10 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) III.....	56

Lista de abreviaturas

COVID-19 – Coronavirus disease -19

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENSP/CISP- Escola Nacional de Saúde Pública/ Centro de Investigação em Saúde Pública

ILO - International Labour Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR - *odds ratio*

RSA-COVID-19 - Relacionamentos, Stress e Agressão em tempos de COVID-19 em Portugal

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave- Coronavírus- 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

A COVID-19 (Coronavírus Disease-19) é uma doença causada por uma nova forma de coronavírus, denominada por SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave-Coronavírus - 2), reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 31 de dezembro de 2019. A 12 de março de 2020, perante a ocorrência de *clusters* em diferentes países, assim como a transmissão comunitária, associada ao rápido crescimento do número de infectados e casos de óbito, a OMS decretou tratar-se de uma pandemia^{1,2}.

Por constituir uma patologia infecciosa nova, o conhecimento dos processos fisiopatológicos e efeitos a longo prazo ainda não são totalmente conhecidos. Porém, sabe-se que a transmissão da COVID-19 é sobretudo via gotícula por contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta)^{1,2}. Como tal, como medidas preventivas mais efetivas da sua transmissão recomendam-se: a etiqueta respiratória e uso de máscara, a lavagem das mãos ou fricção das mesmas com uma solução de base alcoólica; e, distanciamento físico, entre outras^{1,2}.

Face à rápida disseminação desta nova condição, as nações foram instigadas a encontrar respostas para a crise de saúde pública, sem prejuízo do equilíbrio delicado entre a proteção da saúde, o evitamento da disrupção social e económica, e a garantia dos direitos humanos³.

Portugal, sob o olhar atento da Direção-Geral da Saúde (DGS) acompanhou o desenvolvimento do surto deste novo coronavírus. E, com o dispositivo de Saúde Pública ativado para a monitorização, vigilância epidemiológica e gestão e comunicação de risco⁴, foram instituídas medidas inseridas numa abordagem estratégica do plano de contingência, destacando-se as medidas de distanciamento social, e a quarentena e o isolamento para os casos suspeitos e confirmados de infeção pelo SARS-CoV-2. Estas medidas de redução de interação social, visam impedir que surjam cadeias de transmissão, de forma a atrasar e reduzir a transmissão comunitária disseminada^{5,6}.

Contudo, as medidas emanadas pela DGS e governo para mitigação da pandemia têm efeitos nas capacidades e direitos individuais do cidadão. As decisões tomadas pelas autoridades de saúde e governamentais escoram-se em regulamentação legal, não deixando por isso de resultar em mudanças disruptivas no quotidiano do cidadão. As

estratégias para a contenção desta pandemia incluem medidas de restrição de circulação dentro do território e a nível internacional, da atividade económica e da vida social pública. Não obstante a necessidade imperiosa de estratégias para a mitigação da pandemia, é imperioso refletir e antecipar que consequências perniciosas poderão advir deste contexto de crise.

Como tal, várias tem sido as iniciativas académicas para melhor compreender o impacto da pandemia nas diferentes dimensões da vida das populações, nomeadamente no stress, bem-estar e saúde mental.

O projeto “Relacionamentos, Stress e Agressão em tempos de COVID-19 em Portugal” (RSA-COVID-19), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, em colaboração com a Universidade de Gent, e sob a coordenação da Professora Doutora Sónia Dias⁷, é uma entre várias iniciativas que permitiu a colheita de dados valiosos sobre as vivências da população portuguesa em plena pandemia.

Desta forma, este trabalho pretende conhecer a experiência dos inquiridos do RSA-COVID-19 no que se refere à sua experiência de stress e nervosismo vivido em contexto de pandemia, caracterizando-as quanto às dificuldades socioeconómicas, alterações de mobilidade, interações sociais e vida conjugal, consumos de álcool e medicamentos, e experiência de violência doméstica.

O presente trabalho encontra-se organizado em sete capítulos, começando pela presente introdução com contextualização da temática e sua pertinência, seguido do capítulo de enquadramento teórico, no qual se faz uma contextualização da pandemia da COVID-19, das medidas instituídas para o seu combate, e, uma breve exposição das dimensões da vida e quotidiano das populações afetadas. No capítulo seguinte é colocada a questão de investigação e são descritos os objetivos deste estudo.

O quarto capítulo, respeitante aos métodos, contempla o desenho de estudo, a definição da população e amostra, procedimentos de colheita de dados e respetivo instrumento de dados, e, ainda, os procedimentos de tratamento e análise de dados. O quarto capítulo constitui a apresentação de resultados, os quais são alvo de discussão no capítulo seguinte. O sexto capítulo expõe as principais conclusões e reflexões sobre o seu contributo no âmbito da Saúde Pública, concluindo-se o trabalho com as recomendações no sétimo capítulo.

2. Enquadramento Teórico

Pandemia COVID-19

A COVID-19 (Coronavírus Disease-19) é uma doença causada por uma nova forma de coronavírus, denominada por SARS-CoV-2 (Síndrome de Respiratória Aguda Grave-Coronavírus- 2), reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 31 de dezembro de 2019, na sequência do relato da incidência de um *cluster* de casos pneumonia viral atípica em Wuhan, República Popular da China. Supõe-se que o SARS-CoV-2 tenha sido introduzido na espécie humana por transmissão zoonótica; vírus semelhantes foram identificados em morcegos e pangolins, contudo ainda não foi esclarecido o envolvimento destes animais ^{1,2}.

O quadro clínico da COVID-19 é variável na sua gravidade, observando-se desde a ausência de sintomas, a febre, tosse, odinofagia, fadiga e mialgias e, nos casos mais graves (cerca de 15%), pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte. Contudo, a vasta maioria dos casos de COVID-19 apresenta uma forma ligeira de doença (cerca de 80%). Como sintomas, embora menos comuns, registam-se igualmente a anosmia e perda de paladar que podem ser parciais ou totais; *rash* cutâneo; náuseas e vômitos; e, conjuntivite ^{1,2}.

Sendo a manifestação clínica semelhante nas crianças e adultos, as pessoas que apresentam maior risco de sofrer severamente da COVID-19 têm idade igual ou superior a 60 anos; condições subjacentes do foro cardíaco ou respiratório; diabetes mellitus; obesidade; cancro; e/ou, por doença ou tratamento, sistema imunitário comprometido^{1,2}.

Por constituir uma patologia infecciosa nova, o conhecimento dos processos fisiopatológicos e efeitos a longo prazo ainda não são totalmente conhecidos. Porém, observa-se que alguns doentes continuam a experienciar sintomas do foro respiratório, neurológico e fadiga^{1,2}.

A transmissão da COVID-19 é sobretudo via gotícula por contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta), ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta), sendo que vírus se pode manter viável em superfícies como plástico ou metal por um período máximo de cerca de 72 horas e em aerossóis por um período máximo de 3 horas. Em superfícies mais porosas como cartão, o SARS-CoV-2 pode manter-se viável por um período de 24h^{1,2}.

Uma vez que as partículas virais são emitidas pela tosse ou espirro, como medidas preventivas mais efetivas da sua transmissão recomendam-se: a etiqueta respiratória, a lavagem das mãos ou fricção das mesmas com uma solução de base alcoólica; distanciamento físico; arejamento dos espaços fechado; e, evitar ajuntamentos de pessoas e utilização de máscara quando o distanciamento não for possível. Relativamente às superfícies, a limpeza deve ser frequente recorrendo-se a detergente e desinfetante comum de uso doméstico (por exemplo: lixívia ou álcool)^{1,2}.

Embora o vírus seja também excretado via fecal, a evidência aponta para que o risco de transmissão a partir das fezes seja reduzido².

De momento estima-se que o período de incubação da doença seja entre 1 a 14 dias, sendo que a pessoa pode transmitir a infeção cerca de um ou dois dias antes do aparecimento dos sintomas. O período infeccioso dura entre 7 a 12 dias em casos moderados, podendo chegar às duas semanas nos casos mais graves^{1,2}.

A 12 de março de 2020, face a ocorrência de *clusters* em diferentes países, assim como a transmissão comunitária, associada ao rápido crescimento do número de infectados e casos de óbito, a OMS decretou tratar-se de uma pandemia. E, como tal, as nações foram instigadas a encontrar respostas para esta crise de saúde pública que assegurassem o equilíbrio delicado entre a proteção da saúde, a disrupção social e económica, e, a garantia dos direitos humanos³.

Combate à pandemia COVID-19 no contexto português

No contexto português, a Direção-Geral da Saúde (DGS) acompanhou o desenvolvimento do surto deste novo coronavírus, tendo sido ativado o dispositivo de Saúde Pública, a 10 de Março de 2020, para a monitorização e vigilância epidemiológica, e, gestão e comunicação de risco⁴.

O Dispositivo de Saúde Pública, sob a coordenação da DGS, integra instituições como o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Português de Sangue e Transplantação, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Ministério da Saúde e Administração Regional da Saúde e Rede de Autoridades de Saúde. Concomitantemente, entidades de outros sectores – Educação, Administração Interna, Justiça, Social, Trabalho, Economia, Turismo, entre outras – são igualmente envolvidas⁵. Conforme o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus (COVID-19) refere, assegura “uma resposta coordenada e efetiva, a

colaboração de todos os níveis de áreas governamentais e parceiros das áreas da saúde é essencial”^{5 p.2}.

A liderança e coordenação das ações de preparação e resposta perante a COVID-19, no contexto português, integram-se numa cadeia de comando e controlo. Cabe à Diretora – Geral da Saúde, enquanto Autoridade de Saúde Nacional, acompanhar a situação epidemiológica e a responsabilidade de declarar os níveis de alerta, sob o conselho dos órgãos consultores da DGS. Sendo a DGS responsável pelo plano supracitado, esta atua em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde e as Regiões Autónomas, acompanhado o processo de atualização dos planos de contingência em todo o país, de forma a assegurar coesão nas respostas em saúde pública.

Adicionalmente, o Conselho Nacional de Saúde Pública, com competência de delegação na Diretora-Geral da Saúde, composto por 20 membros representantes dos sectores público, privado e social, incluindo as áreas académicas e científicas, tem funções consultivas do Governo no âmbito da gestão das doenças transmissíveis, assim como outros riscos de saúde pública e, em especial, análise e avaliação das situações de maior magnitude e gravidade, competindo-lhe fundamentar propostas de declaração do estado de emergência, por calamidade pública⁵.

O Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus (COVID-19) como ferramenta estratégica concebeu três níveis e seis subníveis de alerta e resposta, de acordo com a avaliação de risco para a COVID-19 e o seu impacto (Figura 1)⁵.

Fase de preparação			Não existe epidemia ou epidemia concentrada fora de Portugal
Fases de resposta	1 – Contenção	1.1	Epicentro identificado fora de Portugal, com transmissão internacional
		1.2	Casos importados na Europa
	2 – Contenção alargada	2.1	Cadeias secundárias de transmissão na Europa
		2.2	Casos importados em Portugal, sem cadeias secundárias
	3 – Mitigação	3.1	Transmissão local em ambiente fechado
		3.2	Transmissão comunitária
Fase de recuperação			Atividade da doença decresce em Portugal e no Mundo

Figura 1 - Níveis de fases de preparação, resposta e recuperação.

Fonte: Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus (COVID-19) ^{5 p. 4}

A evolução epidemiológica determina a resposta, sendo que esta é continuamente ajustada ao conhecimento que se adquira sobre o comportamento do SARS-CoV-2 nas comunidades, dinâmica de transmissão e diversidade de respostas e consequências clínicas em função das características individuais de cada pessoa infectada⁵.

De entre várias medidas inseridas na abordagem estratégica do plano de contingência, destacam-se as medidas de saúde pública de afastamento social como o distanciamento social, e, a quarentena e isolamento para os casos suspeitos e confirmados de infeção pelo SARS-CoV-2. Estas medidas de redução de interação social, visam impedir que surjam cadeias de transmissão, de forma a atrasar e reduzir a transmissão comunitária disseminada^{5,6}.

Quarentena refere-se ao período em que as pessoas que se pressupõe saudáveis, mas, com probabilidade ou certeza de contacto de risco com um pessoas infectada. Por isolamento entende-se a separação ou confinamento de pessoas com infeção por SARS-CoV-2, o qual deve ser determinado desde a suspeita até à confirmação do caso ou até recuperação clínica nos casos confirmados^{5,6,8}.

O isolamento profilático aplica-se à pessoa que tiver tido contacto com uma pessoa com diagnóstico de COVID-19 e esta medida for determinada pela autoridade de saúde, ou, se tiver diagnóstico de COVID-19, e o médico assistente determinar que não carece de internamento. Este isolamento profilático é certificado pela autoridade de saúde por meio de uma declaração, servindo de documento justificativo de ausência ao trabalho e eventual atribuição de subsídio⁶.

O isolamento é voluntário, contudo, em situações extremas, de recusa, pode ser necessário determinar o seu isolamento coercivo, sendo para tal indispensável o recurso do poder da Autoridade de Saúde. O incumprimento de isolamento incorre num crime de desobediência civil e/ou propagação de doença, passível de ser punido com pena de prisão ou multa, de acordo com o artigo 283º do Código Penal⁹.

As medidas de distanciamento social são aplicáveis a toda a população: distância física superior a dois metros; etiqueta respiratória; teletrabalho sempre que possível; adesão aos serviços de entrega ao domicílio; optar pelos contactos via telefone ou *online* nos serviços essenciais; evitar ao máximo frequentar lugares movimentados e contactos sociais; dar preferência a contactos utilizando tecnologia remota como o telefone, a internet e as redes sociais; utilizar transportes públicos apenas se necessário em horários de menor fluxo^{5,6}.

Enquadramento legal das medidas implementadas

As medidas emanadas pela DGS e governo para mitigação da pandemia tem efeitos nas capacidades e direitos individuais do cidadão, neste sentido, é importante perceber qual o enquadramento legal que sustenta as decisões tomadas pelas autoridades de saúde e governamentais.

Perante a verificação de uma situação de calamidade pública, em articulação com o Governo e a Autoridade de Saúde Nacional, o Presidente da República declarou o estado de emergência através do Decreto do Presidente da República n.º14-A/2020, de 18 de março de 2020. Em simultâneo, a Resolução da Assembleia da República n.º15-A/2020, de 18 de março, autoriza e estabelece os parâmetros de aplicação do decreto presidencial, conforme os termos dos artigos 19.º, 134.º, alínea d), e 138º da Constituição e da Lei n.º 44/86, de 30 de novembro, e pela Lei Orgânica de 1/2012, de 11 de maio¹⁰. Ficou parcialmente suspenso o exercício dos seguintes direitos: direito de deslocação e fixação em qualquer parte do território nacional; de propriedade e iniciativa económica privada; direitos dos trabalhadores; circulação internacional; direito de reunião e de manifestação; liberdade de culto, na sua dimensão coletiva; direito de resistência^{10,11}.

Desta forma, em território nacional, foi conferido o poder às autoridades públicas as restrições necessárias, incluindo o confinamento compulsivo, o estabelecimento de cercas sanitárias, assim como “na medida do estritamente necessário e de forma proporcional a interdição das deslocações da permanência na via pública que não seja justificadas”^{11p.13-(5)}. Relativamente aos trabalhadores, o direito à greve foi suspenso, e as suas funções poderiam ser desempenhadas em local e entidade diversa e em condições e horários diversos, nomeadamente nos sectores essenciais e vitais “à operacionalidade de rede e infraestruturas críticas e à manutenção da ordem pública e do Estado de Direito democrático”^{7p.13(3),8p.13(5)-13(6)}. Relativamente à circulação internacional, às autoridades públicas competentes, em articulação com as autoridades europeias, foi conferido o poder de estabelecimento de controlos sanitários em portos e aeroportos e ainda as medidas necessárias para assegurar a circulação internacional de bens e serviços essenciais^{10,11}.

No que concerne o direito de reunião e manifestação, assim como a liberdade de culto de forma coletiva, as autoridades públicas podiam impor limitações ou proibir realização de reuniões ou manifestações, e, celebrações de cariz religioso ou de outros eventos de cultos que implicassem aglomerados de pessoas^{10,11}.

Não obstante a suspensão do direito de resistência, seja por ato ativo ou passivo, a declaração do estado de emergência não coartou direitos como: o direito à vida, à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil e à cidadania, à não retroatividade da lei criminal, à defesa dos arguidos, à liberdade de consciência e religião, à liberdade de expressão e de informação^{10,11}.

Previamente à declaração do estado de emergência, a 13 de março de 2021, a Presidência do Conselho de Ministros emitiu ainda o Decreto-Lei n.º10-A/2020, estabelecendo medidas excecionais e temporárias que visavam acautelar a aquisição célere de equipamentos, bens e serviços necessários ao Serviço Nacional de Saúde (SNS); a gestão de recursos humanos; a disponibilidade de produtos essenciais, num provável contexto de procura generalizada e acrescida e diminuição de produção e constrangimentos de circulação; medidas para os constrangimentos previstos no desenvolvimento da atividade judicial e administrativa; e, ainda medidas para o distanciamento social e isolamento profilático¹². Sob o mesmo decreto foi ainda determinada a suspensão de atividades letivas e não letivas e formativas (artigo 9.º), sendo esta aplicável ao sector público, particular, cooperativo e social; com salvaguarda da continuidade de medidas de apoio necessárias aos alunos e utentes, nomeadamente de apoio alimentar em situação de carência económica¹².

O Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março, emitido pela Presidência do Conselho de Ministros procede a execução da declaração do estado de emergência. Neste documento as medidas de confinamento obrigatório são reforçadas (artigo 3º); é destacado o dever especial de proteção dos mais vulneráveis à COVID-19 (artigo 4º); o dever geral de recolhimento e situações excecionais para circulação em espaços e vias públicas, ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas (art.4º, 2.; art.5º); a obrigatoriedade do regime de teletrabalho, sempre que possível (art.6º). Adicionalmente foram suspensas as atividades de comércio a retalho, com exceção das que servem bens essenciais (art. 10º, 1), assim como as atividades de prestação de serviços (art.11ª, 1); com exceção para os estabelecimentos que mantenham atividade de com entrega ao domicílio ou entrega dos bens ao postigo (art. 10º, 2; art.11º, 2), e ainda autorizações ou suspensões previstas em casos especiais no artigo 12.º¹³.

Posteriormente, numa fase de transição de contenção para a de mitigação, o Presidente da República procedeu à renovação da declaração de estado de emergência, com o decreto n.º 17-A/2020, de 2 de abril¹⁴ e através da Resolução da Assembleia da República n.º22-A/2020, de 2 de Abril; com o aditamento de medidas relativas à proteção do emprego, ao controlo de preços, ao apoio a idosos em lares ou

domicílio, ao ensino e adoção de medidas urgentes para proteção dos cidadãos privados de liberdade, especialmente vulneráveis à doença COVID-19. De forma a regulamentar a prorrogação do estado de emergência, o Decreto n.º 2-B/2020, de 2 de abril, veio reiterar medidas previamente estabelecidas e ainda regular situações não previstas no Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março, e, atividades económicas que se entenderam ser economicamente relevantes de exercício¹⁵.

Dado que as medidas surtiram efeito na mitigação da transmissão da COVID-19, pela redução do número de casos diários, de internamentos, de óbitos e, como tal, a redução da pressão sobre o SNS, o Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020, de 17 de abril, procede à segunda e última renovação do estado de emergência¹⁶, autorizado através da Resolução da Assembleia da República n.º 23-4 do mesmo dia¹⁷.

Com o fim o estado de emergência a população residente em Portugal viu os seus direitos repostos e, com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020, define-se uma estratégia de “levantamento de medidas de confinamento”¹⁸, com o intuito da recuperação da vida em sociedade e da economia portuguesa. Esta estratégia foi planeada para que as medidas fossem progressiva e gradualmente levantadas, sob uma ponderada e sistemática avaliação do impacto da mesma face a evolução da pandemia¹⁸, dependentes de critérios tais como a capacidade de testagem para a COVID-19, a taxa de ocupação das unidades de cuidados intensivos, a taxa de internamento e de doentes em domicílio¹⁹. Paralelamente a Comissão Europeia apresentou igualmente, no dia 15 de abril de 2020, um roteiro europeu para o levantamento de medidas de contenção, com contributos do Centro Europeu da Prevenção e Controlo das Doenças, do painel consultivo da Comissão, a experiência dos Estados-Membros e as orientações da OMS¹⁸.

Como condições do desconfinamento, à população foi assegurada a disponibilidade de máscaras e gel desinfetante, exigido o respeito pelo distanciamento físico mínimo de 2 metro e regras de etiqueta respiratória e higiene das mãos. O uso de máscaras tornou-se obrigatório nos transportes públicos, escolas, comércio e outros locais fechados com múltiplas pessoas, sendo aceite a lotação máxima de 5 pessoas por 100 m² nas instalações fechadas¹⁹.

As regras gerais de confinamento obrigatório para pessoas doentes e em vigilância ativa mantiveram-se, assim como o dever cívico de recolhimento domiciliário, e, a proibição de eventos ou ajuntamentos com mais de 10 pessoas¹⁹.

No que concerne as regras laborais, o regime de teletrabalho foi obrigatório sempre que as funções profissionais o permitissem; sendo que, na sua impossibilidade, até ao dia 1 de junho de 2020 se desse preferência ao teletrabalho parcial, com horários parciais ou em equipas em espelho. Os serviços públicos asseguraram o atendimento por marcação prévia em balcões desconcentrados, dando-se reabertura das lojas do cidadão apenas a 1 junho. Relativamente ao comércio e restauração, as medidas implicaram uma reabertura gradual mediante área, com limites de lotação, e agendamento prévio (nomeadamente em estabelecimentos de prestação de serviços como os cabeleireiros)¹⁹.

Relativamente às escolas e equipamentos sociais, as atividades letivas foram retomadas primeiro nas creches, no 11º/12º ano, e no 2º e 3º ano de outras ofertas formativas, e, nos equipamentos na área da deficiência, com horário limitado ao período entre as 10 e 17 horas, sendo, posteriormente autorizada a reabertura dos equipamentos do pré-escolar e os *ateliers* de tempos livres¹⁹.

A reabertura dos espaços de cultura foi igualmente gradual, ocorrendo primeiro nas bibliotecas e arquivos; depois, nos museus, monumentos e palácios, galerias de arte e similares; e, só por fim nos cinemas, teatros, salas de espetáculos, auditórios, com lugares marcados e lotação máxima. As atividades desportivas observaram restrições na utilização de balneários e piscinas, sendo inicialmente apenas autorizado prática de desportos individuais ao ar livre. As competições oficiais de futebol da 1.ª Liga de Futebol e Taça de Portugal retomaram a 30 e 31 de maio¹⁹.

Vida em confinamento

As medidas implementadas para o combate à pandemia da COVID-19 alteraram o quotidiano das pessoas, sobretudo pelo confinamento e recolhimento obrigatório, repercutindo-se em inúmeras dimensões da economia global, pública e privada. Rapidamente foi observado o declínio da atividade de diferentes sectores, como o da aviação e turismo, o financeiro, da indústria e até da agricultura, pelas alterações abruptas de produção e demanda de bens e serviços²⁰.

Dificuldades e perdas socioeconómicas

Da noite para o dia, sob as medidas de combate para a COVID-19, os trabalhadores sofreram alterações da sua situação profissional, em muitos casos passando a ser: trabalhadores em teletrabalho; trabalhadores essenciais; trabalhadores em *lay off*; ou

desempregados²¹. De acordo com a revisão sistemática de Brooks, et al. (2020), a qual pretendeu proporcionar uma antevisão do contexto pandémico, em contexto de quarentena, as perdas financeiras decorrentes da interrupção da atividade laboral sem planeamento prévio, acarretam sentimentos de angústia de motivação socioeconómica e os seus efeitos persistem a longo termo, implicando risco de perturbações psicológicas, assim como raiva e ansiedade vários meses após o período de quarentena²².

A mesma revisão destacou o facto de em dois estudos ser observado que, mesmo quando assegurado apoio socioeconómico, este revelou-se insuficiente perante necessidades e perdas, para além de ser atribuído com atraso. Como tal, foram relatadas situações de dependência financeira da família ou outros, percecionadas como de difícil aceitação pelos próprios e geradoras de conflito²². O estudo relativo ao surto de SARS em Toronto observou ainda a tendência crescente de maior manifestação sintomas depressivos e de síndrome de stress pós traumático naqueles agregados cujo rendimento combinado do agregado familiar decaiu de > \$75,000 CAD para CAD < \$40,000^{22,23}.

Sabendo que os diferentes setores económicos foram afetados de forma diferente, há que observar que existem setores ou atividades laborais que têm uma distribuição dependente da economia do contexto. A título de exemplo, a venda ambulante ou de rua é seis vezes mais comum em países de baixo rendimento, quando comparado com países de alto rendimento; assim como a atividade de motoristas de veículos motorizados é quatro vezes mais frequente. Trabalhadores do setor da agricultura que laboram em terrenos de terceiros são 17 vezes mais comuns em países de baixo rendimento²⁴. Assim sendo, as perdas e dificuldades socioeconómicas requerem uma análise e compreensão específica ao contexto, sendo, no entanto, consensual que a pandemia terá efeitos profundos e a médio/ longo prazo sobre o bem-estar socioeconómico individual e a economia mundial.

Teletrabalho

Conforme foi referido, no contexto português, foi recomendado que, sempre que possível, se instituisse o teletrabalho, medida que se estendeu até 1 de outubro de 2021²⁵.

Face a urgência da mitigação da pandemia COVID-19, o teletrabalho foi considerado uma medida eficaz não só para a contenção do contágio, mas também para a

manutenção da produtividade e atividade económica^{24,26}. Se até então o teletrabalho constituía, frequentemente, uma opção ou preferência do trabalhador a tempo parcial, passou a ser obrigatória e a tempo inteiro²¹.

Como teletrabalho a Internacional Labour Organization (ILO) entende o uso da informação e tecnologias de comunicação - tais como os computadores, telemóveis, *tablets* – utilizadas para o trabalho realizado fora das instalações da entidade empregadora²⁴.

No período pré-pandémico, cerca de 7,6% da força laboral mundial, ou aproximadamente 260 milhões de trabalhadores, trabalhavam a partir de casa. A maioria era oriunda de países de médio e baixo rendimento, sendo sobretudo artesãos, trabalhadores por conta própria ou trabalhadores industriais²⁴. Ainda que o conceito de teletrabalho exista desde a década de 70, a inovação tecnológica revolucionou o mercado de trabalho, permitindo localização e tempos de trabalho mais flexíveis com vantagens quer para os trabalhadores, quer para as entidades patronais²⁷.

Assim sendo, os trabalhadores cujas funções laborais implicassem contacto físico nulo ou reduzido, e, que tivessem acesso remoto às infraestruturas tecnológicas necessárias à função, transitaram do seu espaço de trabalho para casa como forma de preservação do emprego e manutenção da prestação de serviços. Contudo, essa transição não foi igual nos diferentes países, dependendo não só da disponibilidade dos meios, mas, também, da predominância de determinadas ocupações e setores económicos. A título de exemplo, nas regiões do América do Norte e Europa Ocidental aproximadamente 30% dos trabalhadores poderá trabalhar a partir de casa, o que se opõe aos 6% e 8% das regiões da África Sub-Sariana e Ásia respetivamente. A estimativa da International Labour Organization (ILO) é de que cerca de 18% dos trabalhadores mundiais ocupem funções laborais e vivam em países cujas infraestruturas permitam trabalhar a partir de casa²⁴.

Como vantagens do teletrabalho reconhece-se a integração da vida familiar e laboral, redução na fadiga, maior autonomia, e, consequentemente, aumento de produtividade²⁶⁻²⁸. Todavia, a ausência de limites físicos e organizacionais definidos entre o espaço familiar e do trabalho também pode ter efeitos negativos na saúde mental e física, sobretudo se a carga horária for excessiva e se não houver apoio adequado por parte das organizações²⁷. As vantagens de gestão pessoal e flexível do tempo e da redução de custos e mais eficiência podem ser anuladas pela expectativa irreal de disponibilidade do trabalhador e ausência de apoio dos colegas²⁸.

Desta forma, o impacto do teletrabalho depende de vários fatores sistêmicos moderadores, tais como: a qualidade de suporte dado pela entidade patronal e pares; a exigência do contexto doméstico e familiar; e, das ligações sociais externas ao trabalho²⁷.

De acordo com a revisão sistemática de Oakman, et al. (2020), vários estudos assinalam uma associação positiva entre trabalhar a partir de casa e menos pressão de tempo, menores conflitos de papéis e maior autonomia, resultando em menor exaustão. Contudo, os resultados são divergentes, sendo que alguns estudos relatam maiores níveis de stress, outros, melhoria do bem-estar. Assim, para que os efeitos positivos se façam sentir, é consensual a necessidade do apoio e comunicação eficaz com os colegas e organização²⁷.

Os conflitos trabalho-família ocorrem quando as exigências laborais se sobrepõem aos compromissos domésticos e familiares; a evidência quanto às vantagens do teletrabalho sobre os conflitos desta natureza ainda é reduzida²⁶. Ainda que a revisão de Oakman, et al. (2020), tenha identificado uma associação do teletrabalho a maiores níveis de energia e menor níveis de stress; na presença de maiores conflitos trabalho-família associam-se maiores níveis de exaustão²⁷.

Existem diferenças quanto ao género, as quais Oakman, et al. (2020), conjectura relacionarem-se com os papéis sociais, pois os conflitos trabalho-família contribuem para maiores níveis de exaustão e stress, e, nalguns casos, de infelicidade, em particular no género feminino²⁷. Allen, Golden e Shockley (2015) refere, no entanto, que quanto maior for a experiência de teletrabalho (superior a um ano), melhor gestão dos conflitos trabalho-família²⁶.

Segundo Oakman, et al. (2020) e a de Allen, Golden e Shockley (2015), a revisão da literatura existente revela conclusões divergentes, os estudos são bastante heterogéneos na sua metodologia, na qualidade, e, conceptualmente (por exemplo, o conceito de teletrabalho)^{26,27}. Note-se também que a maioria dos estudos reportam-se a um período pré-pandemia em que o teletrabalho seria na sua maioria voluntário e, frequentemente, em tempo parcial²⁷.

Mas, dadas as medidas de distanciamento social, para além das alterações da vida laboral e escolar, a vida social também foram afetada.

Relações sociais, isolamento social e solidão

Os contactos sociais sofreram um declínio inevitável, tendo-se temido e antecipado o agravamento da vivência de isolamento e solidão, fenómenos já prevalentes na população em geral²⁹⁻³¹.

Isolamento social e solidão, apesar de inextricavelmente ligados, são conceitos distintos, sendo que o primeiro é definido como uma reduzida ou escassez objetiva de interações sociais com família, amigos e comunidade^{29,30} ou sentimento de não pertença à sociedade^{29,32}; enquanto o segundo como uma percepção subjetiva de que a sua rede social é reduzida ou carece na qualidade na medida do que é desejado^{29,30,32}.

Em qualquer momento da vida uma pessoa pode vivenciar uma ou ambas as situações, no entanto, as faixas etárias mais velhas são particularmente vulneráveis, sobretudo se em situação de dispersão/inexistência de família, mobilidade reduzida, perda ou rendimentos reduzidos, perda de entes queridos, e, ainda condição de saúde pobre³⁰. Contudo, existem estudos que reportam este fenómeno como sendo igualmente preocupante no seio da população mais jovem, embora não exista tanta produção científica relativa às faixas etárias mais jovens^{29,31}.

Porém, o isolamento social e a solidão não se restringem apenas a possíveis efeitos sobre a qualidade de vida e saúde mental; constituem fatores de risco para todas as causas de morbilidade e mortalidade²⁹⁻³², sendo comparável com os outros fatores de risco como fumar, obesidade e hipertensão arterial^{30,32}. São igualmente associados a menor resistência à infeção, declínio cognitivo, alterações de saúde mental como a depressão, e demência³⁰. Segundo McClelland, et al. (2020), a solidão poderá ser um forte preditor de comportamento suicida, sobretudo se esta for a longo termo³³.

De acordo com Brooks, et al. (2020), o confinamento, a perda da rotina diária habitual e a redução de contacto físico e social com outras pessoas são causa de enfado, tédio, frustração, e, sensação de isolamento do resto do mundo, o que se revelava angustiante para os participantes dos diferentes estudos desta revisão. Esta frustração era exacerbada pela impossibilidade de realizar as atividades habituais do dia-a-dia, tais como compras de bens essenciais, ou participar nas redes sociais via telefone e internet²².

Segundo a revisão sistemática de Pai e Vella (2021), os dados sugerem que a pandemia COVID-19 tenha tido um impacto substancial na solidão sentida pela população adulta em geral, sendo igualmente evidente que existe uma associação

positiva significativa entre a solidão e a sintomatologia de saúde mental²⁹, nomeadamente na depressão e ansiedade³⁴ - embora os autores observem inconsistências nos estudos desta revisão sistemática. Alguns resultados são divergentes, nomeadamente no género, sendo que certos estudos realçam o género feminino como tendo maior expressão solidão, ao passo que a maioria observa não existir diferença entre homens e mulheres. No que concerne a idade subsistem igualmente diferenças, sendo que alguns estudos descrevem a solidão como sendo mais presente nas faixas etárias mais velhas, contrapondo a outros estudos que destacam a população mais jovem²⁹.

Como fatores protetores, provavelmente mitigadores dos efeitos da pandemia, identificam-se as relações próximas, redes sociais e de apoio alargadas, contatos presenciais frequentes, e, viver com outras pessoas³¹. O estudo de Sallie et al. (2020), revelou que pessoas com crianças apresentavam níveis de ansiedade depressão inferiores, o qual foi explicado pelos autores como a presença das mesmas ter presumivelmente um efeito protetor na medida em que mitiga os efeitos do distanciamento social³⁴. Contudo, o desemprego e dificuldades socioeconómicas parecem implicar maior risco^{31,32}, assim como antecedentes pessoais de doença crónicas físicas e mentais³¹. Foi observado no estudo de Sallie et al. (2020) que, aqueles que referiram não ter sofrido qualquer alteração da situação profissional ou em circunstâncias de isolamento social, apresentavam *scores* superiores para a depressão e ansiedade³⁴.

Contudo, realce-se que a solidão já era reconhecida como um problema de saúde pública anterior à pandemia, e tratando-se a maioria dos estudos transversais, esta papel da COVID-19 na vivência da solidão na população em geral não está totalmente esclarecido²⁹.

Diante o cessar de contactos sociais externos ao agregado familiar, importa refletir sobre o papel daqueles com quem a pessoa coabita, nomeadamente da pessoa que se espera a principal relação de suporte.

Qualidade da relação conjugal

Na comunicação social foi amplamente especulado o provável aumento da taxa de divórcios em contexto pandémico, com suposições de que a convivência ininterrupta, com constrangimentos familiares (como menores dependentes, desemprego ou teletrabalho e ensino à distância) teriam efeitos sobre a estabilidade das relações, contudo a literatura diverge quanto ao papel de catástrofes sobre a estabilidade das

relações conjugais, sendo sugerido que as catástrofes naturais poderão ter efeito de cisão no casal³⁵.

Os estudos tem vindo a demonstrar associação entre a qualidade da relação conjugal e saúde mental, existindo considerável a evidência que demonstra que indivíduos casados tem melhor saúde mental do que os não casados e os que previamente estiveram casados ou numa relação³⁶, mas para tal a relação conjugal tem de ser satisfatória^{35,36}. De acordo com o estudo Holt-Lunstad, Birmingham e Jones (2008), relações conjugais de qualidade associam-se a menor stress e depressão e também a tensão arterial baixa e melhor qualidade de sono³⁵.

Neste sentido, Pieh, et al. (2020), realizou um estudo em contexto pandémico, revelando que indivíduos com relação conjugal de boa qualidade revelavam melhor saúde mental do que aqueles que teriam uma relação de qualidade pobre ou os que não tinham qualquer relação. Adicionalmente, identificou piores resultados para as diferentes medidas (qualidade de vida, bem-estar, perceção de stress, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade, qualidade de sono) nos participantes cuja relação conjugal era pobre. Contudo, ressalva que não é possível aferir se a relação teve impacto na saúde mental, o inverso, ou se existirá uma associação bidirecional³⁷.

De acordo com Eckhardt e Parrot (2017), casais sob stress são casais agressivos³⁸, assim, ponderando o peso que a qualidade da relação conjugal tem na saúde mental, importa refletir sobre as situações cujas relações conjugais e familiares são de natureza abusiva.

Violência Doméstica

Embora as medidas implementadas visem a segurança das populações, o confinamento representou para muitas pessoas a opção menos segura. Num contexto pandémico sem precedentes, de grande stress psicológico e económico, a exposição aos agressores será maior e com menor acesso aos recursos de apoio; sendo que a experiência de violência doméstica é possível em agregados familiares onde tal não era um problema prévio numa era pré-COVID-19³⁹.

A violência doméstica é um conceito abrangente que compreende várias formas de abuso que podem ser física, psicológica, emocional, sexual e financeira perpetrada num contexto íntimo ou de relação familiar^{7,40}. Historicamente considerado como um problema da esfera íntima e privada, atualmente é reconhecido como crime, constituindo um grave problema de saúde pública que afeta a vítima, a família e

sociedade⁷. O fenómeno da violência doméstica é transversal na sociedade, sendo observável em qualquer idade, estrato socioeconómico ou cultural, sendo complexo na sua compreensão⁷.

Neste sentido, foram promovidas medidas para garantir a segurança e o apoio às vítimas, entre as quais: a divulgação ampla das linhas e serviços de apoio, de conselhos de segurança e alertas, sendo promovida a campanha #SegurançaEmIsolamento; reforço e diversificação dos canais para os pedidos de ajuda por parte das vítimas, criação um novo endereço de email e nova linha SMS; garantia de funcionamento e reforço das estruturas e serviços de apoio, sendo garantidos como serviços essenciais⁴¹.

Todavia, o relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima relativo ao ano de 2020, refere ter assegurado apoio a 13093 vítimas diretas, sendo que os crimes de violência doméstica representavam 72,6% das situações de crime contra pessoas⁴². Cerca de 70,4% das vítimas atendidas por esta instituição são do sexo feminino, com uma média de idade de 40 anos; sendo que, do total de 13133 autoras/es de crime referenciados/as, aproximadamente 56% eram do sexo masculino e tinham idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos (21,1%)⁴². Quanto à natureza da relação entre vítima e agressor, 44,2% eram as relações de intimidade, sendo mais frequentemente o cônjuge⁴². De acordo com o mesmo relatório a vitimação continuada continua a prevalecer e os locais do crime mais referenciados para a ocorrência da vitimação foram a residência comum (54,1%) e a residência da vítima (16%). A formalização da queixa/denúncia junto de pelo menos uma entidade policial foi registada em 46% das situações, representando um aumento de 4% face aos registos de 2019⁴².

De acordo com os indicadores estatísticos governamentais, no ano de 2020 foram registadas 27609 ocorrências pela Polícia de Segurança Pública e Guarda Nacional Republicana, o que refletiu uma variação de -6,3 % face ao ano anterior (n=29473). Para estas situações de violência doméstica foram aplicadas medidas judiciais de proteção das vítimas, as quais registaram um aumento relativo ao ano de 2019: reclusos por crime de violência doméstica (+11%); reclusos em cumprimento de prisão preventiva (+26,2%); reclusos em cumprimento de prisão efetiva (+7,2%); medidas de coação de afastamento (+ 23,1%); medidas de coação de afastamento com vigilância eletrónica (+27,6%); integração de pessoas em programas para agressores, na comunidade (+18,6%); pessoas abrangidas por teleassistência no âmbito de crime de violência doméstica (+33,3%)⁴³.

De acordo com o estudo de Gama, et al. (2020), numa amostra de 1062 participantes residentes em Portugal, 13,7% (n=146) reportou vitimação de violência doméstica, sendo sobretudo observada nas faixas etárias mais jovens e naqueles que sentiam ter dificuldade em fazer face as despesas em contexto de pandemia; uma proporção significativa era do sexo masculino (19,8%, n=29). Os perpetradores da agressão eram na sua maioria o cônjuge/companheiro ou ex-cônjuge/ex-companheiro (47,3%, n=69)⁷.

O impacto da violência doméstica, sobretudo por parte do cônjuge/ companheiro, na saúde mental tem vindo a ser reconhecido por diversos autores^{40,44}. De acordo com Oram, Khalifeh e Howard (2017), a evidência aponta para que exista uma associação causal bidirecional entre perturbações mentais e violência doméstica⁴⁴; estudos longitudinais têm demonstrado associação entre depressão e subsequente violência doméstica, assim como existe risco para a depressão nas vítimas desta forma de violência^{44,45}. A revisão sistemática de Trevillion, Oram, Feder e Howard (2012) declarou existir evidência consistente de que tanto os homens como mulheres que sofram de perturbações mentais - tais como a ansiedade, o distúrbio do stress pós-traumático, depressão - apresentam maior risco de violência doméstica, quando comparados com as pessoas que não sofrem de condições desta natureza⁴⁶.

Contudo, escasseiam os estudos que compreendam melhor o efeito da violência doméstica na saúde mental – a condição mental da vítima é algo que os estudos retratam, mas o seu processo psicopatológico não é conhecido ou alvo de atenção^{44,46} - e, em particular, na vítima cujo agressor não é o cônjuge⁴⁶.

Refira-se ainda que muitos dos fatores de risco reconhecidos para a violência doméstica são comuns aos fatores de risco para doença mental, o que apenas reforça a necessidade de políticas de saúde sobre as determinantes de saúde pela sua transversalidade⁴⁶. Porém, os fatores causais para a violência doméstica incidem também ao nível individual da relação entre vítima e agressor (atitudes patriarcais, história de vitimação na infância); nas características da comunidade (elevada densidade populacional, desemprego, isolamento social); e, nos fatores sociais, relacionados com a saúde, educação, políticas sociais e económicas, normas culturais, iniquidades sociais e de género⁴⁴.

A violência doméstica constitui um grave problema de saúde pública, tendo o contexto da COVID-19 contribuído para a maior vulnerabilidade das populações. Mas, em confinamento, na reclusão do lar, local que deveria ser porto seguro, sucedem-se outros problemas, tais como o consumo de substâncias, entre as quais o álcool.

Consumo de álcool

De acordo com a OMS, o álcool é uma substância psicoativa com propriedades que induzem dependência, cujo consumo abusivo tem um impacto profundo não só na saúde individual como a nível social e económico⁴⁷. É a substância intoxicante mais frequentemente usada na maioria das culturas⁴⁸. Mais de 200 doenças ou condições tem como fator causal o consumo de álcool; ao mesmo associa-se o risco de desenvolvimento de problemas de saúde do foro mental e comportamental, como o alcoolismo; doenças crónicas não transmissíveis, como a cirrose hepática; doenças cardiovasculares; cancro; entre outros. Uma proporção significativa da carga de doença atribuível ao consumo de álcool surge das lesões não intencionais e intencionais, inclusive das relacionadas com acidentes rodoviários, violência e suicídio, as quais ocorrem mais frequentemente nas faixas etárias mais jovens⁴⁷.

Existem vários fatores, a nível individual e societal, que afetam os padrões e níveis de consumo, e, consequentemente a magnitude dos problemas relacionados com o álcool na população. Como fatores ambientais incluem-se o desenvolvimento económico, atitudes culturais em relação ao consumo e intoxicação, disponibilidade do álcool (incluindo o preço), e a abrangência e níveis de implementação e fiscalização das políticas de álcool⁴⁷.

Perante o contexto da pandemia COVID-19, teme-se que surja uma alteração de padrões de consumo de álcool^{49,50}. A literatura sugere dois cenários possíveis: a redução dos consumos pelas restrições de circulação, menor disponibilidade no mercado, e, redução do orçamento familiar^{51,52}; ou, aumento dos consumos como estratégia de *coping* para o stress e mal-estar psicológico despoletado pelo distanciamento social, desemprego e medo de contrair infeção^{51,53}. De acordo com Brooks, et al. (2020), foi identificada associação positiva entre o período de isolamento em quarentena com comportamentos de dependência ou perturbações relacionado com álcool, em profissionais de saúde, ao fim de três anos, após a crise da SARS²².

Vários foram os países que relataram um aumento do consumo álcool^{49,53–55}, estimando-se que entre um quinto a um quarto dos adultos dos adultos terão aumentado o volume consumido, e que este aumento estaria relacionado com mal-estar psicológico e a perceção de ameaça em relação à COVID-19⁴⁹. Contudo, existem estudos com conclusões divergentes: de acordo com o estudo transversal internacional de Sallie, et al. (2020), foi observado um decréscimo generalizado nos consumos de álcool quando comparado o período pré pandemia com o atual³⁴, algo igualmente encontrado no estudo na população da Bavária⁵¹. Conquanto, foi

observado que maiores e mais graves consumos estavam associados a fatores demográficos, a fatores de stress relacionados com a COVID-19^{34,53,55-57}, e fatores psiquiátricos como a depressão, ansiedade^{34,55}.

A relação entre o consumo de álcool e o stress é amplamente reconhecida, sendo possível observar o aumento do seu consumo como estratégia de *coping*, não se restringido o risco às pessoas com perturbações relacionadas com o álcool^{34,50,52}. Segundo a revisão sistemática de de Goeij, et al. (2015), as pessoas bebem mais álcool quando se sentem ansiosas, deprimidas e frustradas (estados que podem ser despoletados pelo desemprego, redução de rendimentos ou outra alteração da situação de trabalho), sobretudo no sexo masculino⁵², circunstância que acarreta maior risco para perturbações relacionadas com o álcool^{50,58}, algo que foi verificado em alguns estudos⁵⁰.

Foi observado no estudo de Sallie et al. (2020) que, aqueles que referiram não ter sofrido qualquer alteração da situação profissional ou em circunstâncias de isolamento social, não alteraram comportamento do consumo de álcool³⁴, embora Vanderbruggen, et al. (2021) tenha observado que os participantes desempregados tinham maior risco de maior consumo de álcool quando comparados com os participantes que mantiveram funções laborais durante o confinamento⁵⁹. O estudo transversal na população francesa destacou que o aumento do consumo foi observado nas pessoas que mantiveram funções laborais e nos que procuravam emprego⁵⁷.

Relativamente à idade os diferentes estudos divulgam conclusões divergentes, observando que as faixas etárias mais jovens reduzem^{51,56} ou aumentam^{49,57} o consumo, sendo que em alguns artigos as pessoas mais velhas relatam consumos idênticos ao período anterior à pandemia⁵¹.

No que concerne o género, sem surpresa, o mesmo estudo de Sallie et al. (2020), reportou um maior volume de unidades consumidas no género masculino, mas com um padrão de consumo de decréscimo, contrariamente ao observado no género feminino^{34,53}, o que corrobora a evidência dada pela literatura de que as mulheres recorrem ao consumo de álcool como estratégia de *coping* para o stress^{53,60}. Porém, alguns estudos não encontraram diferença entre géneros^{49,56,59}. Refira-se, no entanto, que apesar de a literatura identificar maior risco de perturbações relacionadas com o álcool nas pessoas do género masculino, a solidão crónica ou crescente é frequentemente associada a consumos de álcool solitários, os quais reforçam negativamente o stress associado à solidão, implicando assim maior risco de perturbações relacionadas com o álcool, em particular no sexo feminino⁶⁰.

Vários estudos revelaram que pessoas com crianças observaram um aumento no consumo do álcool, sendo sugerido pelos diferentes autores que a sobrecarga do cuidar das crianças e o ensino a partir da casa poderá ter contribuído para o consumo de álcool como estratégia de *coping* contra o stress³⁴, facto igualmente observado por Wardell, et al. (2020), Vanderbruggen, et al. (2020) e Rodriguez, et al. (2020)^{50,53,56,59}.

As pessoas que tinham alguém próximo doente ou severamente doente por COVID-19, reportaram maiores consumos de álcool do que os que não conheciam alguém doente³⁴.

Paradoxalmente o mesmo estudo de Sallie, et al. (2020), refere que sair de casa por motivos de trabalho, exercício e tarefas essenciais foi associada a padrões de consumo de maior severidade, assim como à ansiedade e depressão, explicando-se possivelmente pelo fato de ser trabalhador essencial e também pelo maior acesso e saídas ao exterior, que facilitam a aquisição de álcool³⁴. O mesmo estudo registou igualmente que os trabalhadores essenciais reportaram maior consumo de álcool semanal e severidade do mesmo³⁴.

O mesmo estudo refere ainda que viver com outras pessoas com as quais a relação é de qualidade pobre foi associada a consumos de inferior gravidade, contudo a maior sintomatologia depressiva e de ansiedade³⁴. Saliente-se ainda consumos de álcool mais severos ocorriam nas pessoas com maiores níveis de depressão e ansiedade, sobretudo nas pessoas cujo consumo aumentou³⁴, algo igualmente em outros estudos como o de Stanton, et al. (2020)⁵⁵.

Os estudos existentes implicaram o auto-reporte de consumo de álcool, o que constitui um viés relevante nos dados obtidos^{34,49,51}. Note-se igualmente que alguns estudos apresentam igualmente a limitação de não ser possível concluir se o aumento do consumo de álcool resultou no declínio da saúde mental, ou se o foi o último que levou às alterações do consumo; assim como também é possível que o estado de saúde mental prévio à pandemia tenha resultado em maiores consumos de álcool⁴⁹.

Para além do álcool, existem outras substâncias cujo consumo é expectável, uma vez que cumprem um propósito de alívio sintomático - os medicamentos indutores do sono e ansiolíticos. Ainda que lhes seja atribuível um valor terapêutico, a magnitude do consumo deste tipo de medicamentos é igualmente alvo de preocupação por parte das autoridades de saúde.

Consumo de medicamentos indutores do sono e ansiolíticos

A literatura tem vindo a expor prevalências preocupantes relacionadas com perturbações do sono⁶¹ e ansiedade^{62,63} em contexto COVID-19. A indústria farmacêutica disponibiliza um elevado número de fármacos que se classificam como sedativos (ansiolíticos) e hipnóticos, comumente utilizados pela sua eficácia terapêutica e segurança – sendo por isso populares nas perturbações da ansiedade e do sono^{64,65}.

De acordo com o DSM-5, as perturbações do sono-vigília caracterizam-se pela pessoa apresentar queixas de insatisfação com a qualidade, duração e quantidade do sono. O mal-estar e as dificuldades funcionais no período diurno, são características comuns a todas as perturbações do sono-vigília⁴⁸.

A insónia é a perturbação do sono com maior prevalência e pode ser situacional, persistente ou recorrente, por vezes com um início insidioso. Como fatores de risco reconhece-se o género feminino, o aumento da idade, ansiedade, personalidade ou estilos cognitivos propensos à preocupação; mas, também, fatores ambientais (como a luz, ruído e temperatura) e más práticas de higiene do sono (consumo de cafeína, horários de sono irregulares)⁴⁸.

A ansiedade, que se pode definir como um estado emocional que inclui preocupação, nervosismo, apreensão e estado físico alerta, aumenta quando a pessoa é exposta a eventos geradores de stress; e, níveis mais elevados de stress, associam-se a maior ansiedade⁶⁶. Porque a ansiedade é a antecipação a uma ameaça futura⁴⁸, compreende-se então que níveis elevados de ansiedade sejam preditores de pior qualidade do sono e sintomas de insónia^{48,66}.

Contudo, a utilização da medicação indutora do sono e ansiolítica, nomeadamente as benzodiazepinas, não é isenta de riscos identificando-se o risco de dependência, alterações cognitivas, sedação diurna, e, ainda, risco de quedas e traumas acidentais. Não sendo recomendados para a utilização crónica⁶⁵, o efeito do medicamentos para alívio da ansiedade e incentivo do sono, compele para uma utilização continuada e compulsiva, sobretudo quando não há resolução dos fatores que levam à sua utilização ou recurso a outros medicamentos ou estratégias não farmacológicas^{65,67,68}. Tal incorre no risco do consumo abusivo, resultando em problemas de natureza não só psicológica como fisiológica^{65,67}. A dependência associada à maioria destes medicamentos resulta em padrões de comportamento que no limite culminam numa síndrome de abstinência, caracterizada precisamente por sintomas como ansiedade,

insónia, irritabilidade, entre outros. Claro está, o grau de dependência e magnitude dos sintomas dependem diretamente da intensidade e dose do fármaco^{65,67}.

Portugal é, atualmente, o país europeu com maior consumo reportado de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, tendo sido observado um padrão de crescimento preocupante nos últimos anos^{64,65,69}, pelo que face o contexto adverso da pandemia torna-se preponderante que se conheçam os efeitos desta sobre este problema de saúde pública. Destaque-se que é um problema que não passa apenas pela prescrição desadequada, mas que é igualmente perpetuado pelo desconhecimento e/ou negação, reduzido apoio na descontinuação, e, a dependência da pessoa que sofre de a ansiedade ou perturbações do sono⁶⁸.

As repercussões da ansiedade e das perturbações de sono ecoam na saúde mental da pessoa, famílias e sociedade, pelo que urge conhecer e compreender o impacto da COVID-19 nesta dimensão essencial ao bem-estar.

Impacto da pandemia COVID-19 na Saúde Mental

Vários estudos têm vindo a revelar a elevada prevalência de sintomas psiquiátricos no contexto da atual pandemia, em países de baixo, médio e elevado rendimento. Para além do achatamento da curva de transmissão, a saúde mental das populações também deverá constituir prioridade^{62,63}. Períodos longos de isolamento, especialmente sob stress, podem estar relacionados com efeitos negativos na saúde mental, sobretudo naqueles que já se debatem com perturbações psiquiátricas³⁴.

Stress, uma vivência de ajustamento ou precursora de alterações mentais?

O stress é um fenómeno que pode ser definido de três formas: (1) como um estímulo que despoleta reações físicas ou psicológicas; (2) como uma resposta específica psicológica ou física a exigências agudas ou prolongadas; (3) como um processo entre a pessoa e o seu ambiente - stress transaccional⁷⁰. De acordo com Lazarus e Folkman (1984, citado por Randall e Bodenmann, 2009), a definição de stress e *coping* transaccional sugere que a exigência de uma situação apenas se torna stressante segundo a avaliação negativa (perceção de ameaça, perda ou dano ou respostas coping inadequadas)⁷⁰. Assim, o stress refere-se ao processo através do qual os estímulos levam a uma experiência individual de stress⁷⁰.

O mal-estar psicológico que uma pessoa experiencie após a exposição a acontecimentos stressantes ou traumáticos é variável, sendo nalguns casos compreendido num enquadramento de ansiedade ou medo⁴⁸.

A perturbação aguda de stress, de acordo com o DSM-V, caracteriza-se pela experiência de sintomas de intrusão, dissociativos, de evitamento, de ativação e humor negativo que ocorrem durante 3 dias a um mês após a vivência pessoal, testemunho ou conhecimento de um evento traumático ou stressante a uma pessoa próxima. Como eventos traumáticos incluem-se episódios concretos de morte (não natural) ou ameaça, lesão grave ou violação sexual, os quais podem decorrer num acidente grave; desastres naturais ou executados por humanos; ou, contexto específico de violência, como um assalto ou um ataque físico. Eventos stressantes que não apresentem os componentes graves de eventos traumáticos, podem levar a perturbações de adaptação, mas não a perturbação aguda de stress⁴⁸.

A apresentação clínica da perturbação aguda de stress varia de acordo com o indivíduo, mas geralmente envolve uma resposta de ansiedade que inclui reatividade ou um reviver do evento traumático.

Os sintomas de intrusão caracterizam-se pelas recordações recorrentes e intrusivas do evento, as quais são memórias recorrentes espontâneas ou desencadeadas em resposta a um estímulo que relembra a experiência traumática. Essas memórias intrusivas com frequência incluem componentes sensoriais, emocionais ou fisiológicas. Como sintoma intrusivo incluem-se os sonhos angustiantes, os quais podem conter conteúdos representativos ou tematicamente relacionados com as ameaças inerentes ao evento traumático. As reações dissociativas, como o *flashback*, duram de segundos a horas, ou dias, durante os quais componentes do evento são revividos e o comportamento é tal como se a pessoa estivesse a viver o evento naquele momento. Algumas pessoas não têm recordações intrusivas do evento em si, mas vivenciam sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando expostas a estímulos que se assemelhem ou representem algo do evento traumático. O fator precipitante pode ser apenas uma sensação física, como por exemplo a sensação de calor numa vítima de queimadura, sobretudo nas pessoas com apresentações altamente somáticas⁴⁸.

Relativamente ao humor negativo, este reflete-se na incapacidade persistente de sentir emoções positivas, como a felicidade, alegria, ou emoções associadas a intimidade, ternura ou sexualidade; porém, as emoções negativas como medo, tristeza, culpa ou vergonha⁴⁸.

Os sintomas dissociativos caracterizam-se por alterações na consciência como a despersonalização, uma sensação de distanciamento de si mesmo, uma visão distorcida do ambiente que o rodeia (por exemplo., percepção de que as coisas estão em câmara lenta, estar entorpecido). A amnésia dissociativa é relatada por algumas pessoas, a qual é a incapacidade de recordar detalhes relevantes do evento traumático, o qual presumidamente registado⁴⁸.

Como sintomas de evitamento entendem-se os esforços que a pessoa faz em evitar recordações, pensamentos ou sentimentos, associados ao evento traumático, assim como o contacto com pessoas, lugares, atividades, etc, que possam ativar a memória. A pessoa poderá reusar-se a discutir a experiência traumática ou adotar estratégias para minimizar a consciência de reações emocionais (por exemplo, o consumo excessivo de álcool) ⁴⁸.

Os sintomas de ativação referem-se à comum perturbação do sono (insónia inicial, intermédia, pesadelos ou sono agitado); irritabilidade fácil (com possível comportamento verbal e/ou físico agressivo desproporcional ao estímulo); hipervigilância e hipersensibilidade a ameaças potenciais (relacionadas ou não com o evento traumático); dificuldade de concentração mesmo nas atividades quotidianas; reatividade exacerbada a estímulos inesperado, com resposta de sobressalto exagerada ou susto com barulhos altos ou movimentos inesperados^{48,71}.

Realce-se que o quadro de sintomas pode variar mediante a cultura, sobretudo no que diz respeito aos sintomas dissociativos, pesadelos, evitamento e sintomas somáticos. Síndromes e expressões culturais para o sofrimento refletem-se nos perfis sintomáticos das perturbações de stress agudo⁴⁸.

A prevalência das perturbações do stress agudo varia de acordo com a natureza do evento e o contexto no qual é avaliado. De uma forma geral é diagnosticado em menos de 20% dos casos após eventos traumáticos que não envolvem agressão interpessoal, em 13 a 21% dos acidentes rodoviários, em 14% das lesões cerebrais traumáticas leves, em 19% dos furtos, em 10% das queimaduras graves e em 6 a 12% dos acidentes industriais. As taxas mais elevadas entre 20 a 50% encontram-se nas pessoas cujos eventos traumáticos interpessoais como situações de assalto, abuso sexual e testemunho de tiroteio em lugar público⁴⁸.

Como fatores de risco a literatura descreve: antecedentes pessoais de perturbações psiquiátricas prévias ao evento traumático, história de exposição a eventos traumáticos prévios, ser do género feminino, a severidade do trauma, níveis elevados de afetividade negativa (neuroticismo) e estilo de *coping* de evitamento⁴⁸.

Stress em tempos de COVID-19

Em contexto COVID-19 foram realizados diversos estudos sobre o stress vivido pela população em geral, e grupos específicos, como profissionais de saúde, trabalhadores essenciais e estudantes.

A revisão sistemática de de Xiong, et al.(2020) reporta a avaliação do stress em quatro dos 19 estudos incluídos, com prevalências entre 8,1% e 81,9%, destacando-se no género feminino e nas faixas etárias mais jovens, sobretudo quando comparado com o género masculino e os idosos, respetivamente⁶². Estes dados parecem ser coincidentes com os da revisão sistemática e metanálise de Salari, et al. (2020)⁶³. Outros fatores preditivos do stress incluem: ser estudante; número elevado de dias em confinamento; desemprego; ter de sair para trabalhar; conhecer alguém infetado pelo vírus; ter doença crónica; perceção pessoal de saúde má/pobre; e, presença de sintomas físicos específicos^{62,63}.

Quanto a alterações psicológicas de stress não específicas, dois estudos da revisão de Xiong, et al. (2020), reportaram prevalências de 34,4% e 38%; e, um estudo identificou como fatores de risco a idade e o género feminino, assim como também, ser trabalhador migrante⁶². Em dois estudos foram identificados traços de personalidade preditivos para alterações psicológicas de stress não específicas: pessoas com estilos de *coping* negativos, com humor ciclotímico e depressivo, e, temperamento ansioso⁶².

O que ressalta de ambas revisões sistemáticas é que o impacto psicológico era moderado, com prevalências superiores ao observado em contexto pré-pandémico, de sintomas do foro psicológico/psiquiátrico na população em geral, observando-se que as pessoas do género feminino, com idade ≤ 40 anos, com perceção pessoal de saúde má/pobre eram as mais afectadas^{62,63}.

Para além dos fatores de risco, ambos estudos identificaram fatores protetores, tais como a divulgação de informação correta e atualizada pelas autoridades, contribuindo para níveis inferiores de stress, ansiedade e sintomas depressivos^{62,63}. Observou-se igualmente que, o cumprimento efetivo das medidas de etiqueta respiratória, o uso de máscara, a lavagem das mãos e distanciamento, entre outras, contribui para a menor expressão de sintomas de ansiedade e stress. Participantes com maior suporte social e tempo para repouso também exibiram níveis de stress mais baixos⁶².

A exposição a conteúdo relacionado com a COVID-19 nos meios de comunicação social e redes sociais foi igualmente identificado como causa de ansiedade e sintomas

de stress, não só por se tratar de uma condição nova marcada pela incerteza, mas, também pelo risco do conteúdo potencialmente falso das notícias, relatos e, consequentemente, a desinformação^{62,63}.

Os sintomas psicológicos adversos foram mais comuns no início da pandemia, aquando dos primeiros surtos, período no qual foram decretadas as medidas de confinamento e quarentena, e as pessoas se depararam com o desemprego inesperado e a incerteza face o contexto⁶². Como tal, a duração destes mesmos sintomas deve ser considerada, pois a resposta psicológica imediata a eventos de stress e/ou traumáticos também têm um efeito protetor de importância adaptativa – estar ansioso ou sob stress impulsiona a pessoa a tomar medidas de proteção. Como tal, estudos de *follow up* serão necessários para conhecer o impacto a longo prazo da pandemia na saúde mental^{62,63}.

Segundo o estudo de Xiong, et al. (2020), as perturbações de *stress* pós traumático registaram prevalências que variaram entre 7,6% e 53,8%; como fatores de risco comuns identificaram-se: a solidão; indivíduo com maior risco para a infeção por COVID-19; qualidade do sono pobre; presença de sintomas físicos específicos.

Outras alterações de saúde mental

Segundo a revisão sistemática da autoria de Xiong, et al. (2020), a prevalência de sintomas depressivos (não necessariamente reflexo de um diagnóstico de depressão clínica) varia entre 14,6% e 48,3% (em 12 dos 19 estudos). Como fatores de risco principais identificaram-se: género feminino; idade ≤ 40 anos; situação de estudante (quando comparada com situação de desemprego e reforma); nível de escolaridade baixo. Outros fatores preditivos encontrados: residir em áreas urbanas; perceção pessoal de saúde má/pobre; solidão; ser solteiro, divorciado ou viúvo; rendimento familiar reduzido; estar sob quarentena; receio/medo de ser infetado; conhecer alguém infetado; experienciar sintomas específicos; dano material; desemprego; não ter filhos; antecedentes pessoais de doença mental ou problemas de saúde; presença de doenças crónicas; perceção de risco de desemprego; exposição a conteúdo mediático relacionado com a COVID-19; perceção de maior vulnerabilidade; reduzida eficácia na proteção pessoal⁶².

Relativamente à ansiedade, a mesma revisão observou que esta foi alvo de análise em 11 dos 19 estudos, sendo a sua prevalência variável entre 6,33% e 50,9%. Uma vez que a ansiedade é frequentemente associada à depressão, os seus fatores

preditivos sobrepõem-se⁶². No que concerne a situação conjugal, um estudo identificou maiores níveis de ansiedade nas pessoas casadas, quando comparadas com as não casadas; ao passo que outro estudo reportou que os participantes divorciados ou viúvos apresentavam mais sintomas de ansiedade do que os indivíduos solteiros ou casados. Um período prolongado de quarentena também parece correlacionar-se com maior risco para sintomas de ansiedade⁶².

Relativamente ao género, idade ou nível de escolaridade os dados não foram coincidentes⁶², contudo, Salari, et al.(2020), contrapõe no seu estudo, identificando associação entre as pessoas com maiores níveis de habilitações académicas com maiores níveis de ansiedade e depressão⁶³.

Perante a adversidade vivida em contexto COVID-19, a qual culmina em sofrimento humano sob a forma de medo, stress, ansiedade e depressão, importa refletir sobre a possibilidade da pessoa ponderar terminar com o seu sofrimento de forma voluntária e violenta.

Ideação suicida, suicídio e danos auto infligidos

De acordo com a OMS, estima-se que em 2019 o número de mortes por suicídio no mundo tenha sido superior a 700 000, sendo que os homens morrem por suicídio 2,3 vezes mais do que as mulheres⁷². O suicídio é a quarta causa de morte na população mundial entre os 15-29 anos, em ambos os sexos. Foi observado uma redução da mortalidade por suicídio em cerca de 36% entre os anos 2000-2019, sendo máxima na Europa (47%)⁷². Em Portugal, no mesmo ano, a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente por cem mil habitantes foi de 15,2 e 4,4 % para homens e mulheres respetivamente⁷³.

A redução da mortalidade por suicídio constitui um dos objetivos do desenvolvimento sustentável pela Organização das Nações Unidas, assim como da OMS através do plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2023, recentemente estendido a 2030⁷².

A experiência passada pela epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003, e a pandemia de 1918-20, comumente denominada por Gripe Espanhola, permitem antecipar o risco de um incremento na incidência do suicídio e danos auto infligidos. Através de modelos estatísticos de séries temporais, estima-se que o impacto mortal da Gripe Espanhola ter-se-á estendido para além dos 20 milhões, com um aumento modesto na incidência do suicídio nos Estados Unidos da América⁷⁴⁻⁷⁶. A epidemia SARS de 2003 restringiu-se geograficamente, contudo a literatura existente

aponta para que tenha ocorrido um aumento na incidência do suicídio na população de Hong Kong com idade superior a 65, sobretudo naqueles com maior dependência física e doença grave^{74,75}, algo igualmente observado em Taiwan⁷⁶.

Segundo Brooks et al, tanto os profissionais de saúde como o público em geral podem experienciar de ansiedade, stress psicológico, perturbações emocionais e exaustão, depressão, irritabilidade e ira, insónia, sintomas de stress pós traumático, e, aumento de uso de álcool e tabaco²² – sintomas que constituem fatores de risco para o suicídio⁷⁷. A transição de uma ideação suicida para uma tentativa de suicídio é facilitada por uma situação de perturbação de pânico ou de stress pós traumático⁷⁷.

Como comportamento suicida incluem-se três categorias: a ideação suicida, que se refere aos pensamentos sobre comportamentos que ponham termo à vida^{71,78}; o planeamento suicida, que diz respeito à formulação de um método através do qual concretize o suicídio⁷⁸; e a tentativa de suicídio, que se refere ao envolvimento em comportamentos potencialmente lesivos para o próprio com a intenção de morrer^{71,78}. O suicídio é o ato voluntário e fatal de intencionalmente pôr termo à própria vida^{71,78}. Ao ato de infligir danos não fatais sem a intenção de morrer atribui-se o termo de automutilação não suicida⁷⁸ ou danos auto-infligidos não suicidas⁷¹. A literatura sugere ainda os conceitos de ameaça suicida, gesto suicida, e, pensamentos e dano auto-infligidos não suicidas⁷¹, os quais são se caracterizam pela ausência de intenção suicida, mas com expressão através verbalização, comportamentos e danos auto infligidos lesivos mas não fatais, respetivamente⁷¹.

Segundo Schreiber e Culpepper (2021), como fatores de risco para o suicídio destacam-se a história prévia de suicídio e antecedentes de perturbações do foro psiquiátrico; mais de 90% das pessoas que tentam o suicídio têm diagnóstico clínico psiquiátrico, assim como 95% das pessoas se suicidam com sucesso⁷¹. As patologias mais associadas são a depressão, a doença bipolar, o alcoolismo e/ou abuso de substâncias, a esquizofrenia, as perturbações de personalidade, a perturbação de ansiedade - incluindo perturbações de pânico e stress pós traumático, e delírio^{71,78}. A perturbação de ansiedade acarreta o dobro do risco para tentativa de suicídio (OR 2.2), e, a combinação da depressão com a ansiedade aumenta o risco (OR 17)⁷¹.

Como outros fatores de risco realçam-se igualmente ser homem, ser jovem adulto, a vivência de desesperança; ser solteiro, divorciado ou viúvo; orientação sexual não heterossexual; pessoa com funções laborais pouco diferenciadas; desemprego; condições crónicas de saúde, tais como o cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes mellitus, entre outras; insónia; dor crónica; perturbações neurológicas; lesão

cerebral traumática; infância com experiência adversa; história familiar e genética. Quanto à idade, apesar de se reconhecer maior risco nos idosos e nas faixas etárias dos jovens adultos, existem diferenças geográficas⁷¹. É de referir ainda que a divulgação de notícias relacionadas com o suicídio, em particular de celebridades, aparentam ter efeito no aumento de ocorrências de mortes por suicídio entre 8 a 18%^{71,79}.

De acordo com a revisão sistemática de John, et al. (2020), que pretendeu conhecer a prevalência do suicídio, ideação e comportamentos de tentativa ou de danos auto-infligidos, a literatura é reduzida, sendo a existente demarcada por grandes limitações, tais como *case series* e estudos transversais baseados em amostras por conveniência⁷⁴. Apenas um estudo reportou a mudança na incidência do suicídio ou comportamento suicida entre o período anterior à pandemia vs atual, escorando a sua análise nas consultas de emergência psiquiátrica por tentativa de suicídio. Contudo, o declínio observado pode ser explicado pelo medo de contrair a SARS-CoV-2 nos espaços de consulta e de sobrecarregar os serviços de saúde num período conturbado⁷⁴.

A mesma revisão afirma que não foi encontrado qualquer estudo que identificasse efeitos do confinamento obrigatório ou distanciamento físico na incidência do suicídio ou comportamento suicida⁷⁴, embora existam estudos que indicam que o isolamento social e a solidão possam contribuir para tal^{75,76}. Os estudos baseados em modelos estatísticos, fundamentados em estudos prévios sobre o impacto do desemprego no suicídio, produziram estimativas divergentes entre si⁷⁴. Refira-se ainda que a associação entre a recessão económica e suicídio não é clara, sendo possível encontrar na literatura conclusões divergentes⁸⁰.

De realçar que, de acordo com um estudo sobre as determinantes do suicídio na população europeia, a ideação suicida, assim como a tentativa, têm como fatores demográficos de risco o género feminino, idade ≤ 35 e/ou 65 anos, não estar numa relação estável e estado ocupacional inativo. Como fatores psicossociais associa-se maior risco de ideação ou tentativa de suicídio a pessoas com reduzido apoio social, infância e/ou vida adulta conturbada; e, como fatores clínicos, antecedentes familiares de doença mental; antecedentes pessoais de perturbações afetivos, depressão major, perturbações de stress, perturbações de sintomas somáticos; consumo de substâncias, consumo de álcool e de tabaco; e, outras doenças do foro mental. Refira-se também que, de acordo com este estudo, o *odds ratio* (OR) era superior para os

fatores clínicos, tendo a depressão e perturbações afetivas o OR mais relevante, seguido dos psicossociais, e, por fim, para os demográficos⁸¹.

Ainda que a literatura não revele evidência sólida - pois os estudos para além de escassos apresentam variadas limitações^{74,76,82} - os dados apontam para que haja risco de ideação suicida, suicídio, e, danos auto infligidos. E, como tal, existem elementos chave em relação à prevenção, os quais devem ser considerados no planeamento em saúde em contexto pandémico: pessoas com historial de doença psiquiátrica e/ou de tentativa de suicídio poderão não recorrer aos serviços de saúde por receio de contágio ou por se considerarem um fardo para os profissionais, face o contexto da pandemia; acesso reduzido a recursos de apoio baseados na comunidade; exposição a experiências traumáticas; impacto da recessão económica; a incerteza quanto à melhor forma de avaliar e prestar apoio às pessoas com ideação e comportamento suicida, com respeito ao distanciamento físico^{74,75}; e, ainda, alteração de padrões de consumo de álcool; acessibilidade recursos de apoio em situações de violência doméstica; acessibilidade a recursos na comunidade em caso de isolamento social, solidão e luto^{75,77}.

A última pandemia de natureza infecciosa de que há memória e experiência foi a da Gripe Espanhola (1918-1920). As gerações contemporâneas não partilham experiência ou possuem evidência suficiente e sólida que permita antecipar o desfecho desta crise de saúde pública, em particular no âmbito da saúde mental. À incerteza e receio da até então inexistente COVID-19, somam-se os efeitos das medidas instituídas pelos governos, com a previsível e temida recessão económica, presumindo-se o impacto negativo na saúde mental e bem-estar das populações^{20,62}, reconhecendo-se sobretudo o risco para a depressão, ansiedade, ataques de pânico, ideação suicida, psicose e síndrome de stress pós-traumático^{63,82}.

Desta forma, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Mental um Programa Prioritário de Saúde⁸³, cabe à comunidade científica e académica a recolha de informação de forma urgente e válida, para que esta possa nortear a ação dos decisores políticos, de modo que o futuro da saúde das populações não seja hipotecado.

3. Questão de investigação e objetivos

O presente estudo apresenta a seguinte questão: Como a pandemia COVID-19 influenciou a experiência de stress dos cidadãos residentes em Portugal no período de abril a outubro de 2020?

Desta forma, objetivo geral é:

- Compreender a experiência de stress de uma população residente em Portugal, no período de abril a outubro de 2020.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Analisar a experiência de stress, nervosismo e mal-estar psicológico durante a pandemia;
- Identificar determinantes da experiência de stress e nervosismo, nomeadamente os demográficos e os relacionados com os efeitos adversos da pandemia na situação socioeconómica, mobilidade, interações familiares e sociais, experiência de violência doméstica, e, consumos de álcool e medicamentos.

4. Métodos

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo surge na sequência do projeto “Relacionamentos, Stress e Agressão em tempos de COVID-19 em Portugal” (RSA-COVID-19), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa em colaboração com a Universidade de Ghent.

O desenho é exploratório descritivo e analítico do tipo quantitativo e transversal, através da aplicação de um questionário *online*.

4.2 População e amostra

Entende-se como população do estudo todas as pessoas com idade superior ou igual a 16 anos, residentes em Portugal no período de aplicação do questionário. No total, responderam ao questionário 1062 participantes.

4.3 Procedimentos de recolha de dados

A aplicação do instrumento, administrado pelo programa de *software* da Qualtrics, realizou-se *online* por autopreenchimento, de forma facultativa, anónima e confidencial, no período de abril a outubro de 2020⁷.

Uma vez acedido ao questionário via hiperligação, os potenciais respondentes tinham acesso às informações relativas ao estudo, tratamento de dados e privacidade; e, ao formulário de consentimento. A resposta ao questionário só foi permitida aos respondentes que fornecessem o consentimento informado⁷.

A ENSP/CISP promoveu a divulgação do estudo RSA-COVID-19 em redes de parceiros, rede sociais digitais, comunicação social e instituições comunitárias de proximidade, incluindo as que atuam no âmbito da violência^{7,84}.

4.4 Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foi usado um questionário estruturado desenvolvido pela Universidade de Ghent, tendo por base o questionário do estudo UN-MENAMAIS com

instrumentos devidamente validados.⁷ Sob a coordenação da Professora Doutora Sónia Dias, a equipa da ENSP/CISP realizou a necessária tradução e adaptação à população portuguesa, nomeadamente nas opções de resposta específicas ao contexto nacional (por exemplo, a escolaridade). Dada a natureza internacional do projeto, os conteúdos adaptados foram acordados entre equipas, garantindo a comparabilidade dos dados. O questionário foi sujeito a um pré-teste com uma amostra de conveniência que correspondia aos critérios de inclusão^{7,84}.

Este instrumento incluiu perguntas de caracterização sociodemográfica; de caracterização da vida diária em confinamento, dos relacionamentos e interações sociais; sentimentos de mal-estar e stress; consumo de álcool, medicamentos e drogas ilícitas; vitimação sob as três formas de violência (psicológica, física e sexual); consciência ou perceção da violência; comportamentos de procura de ajuda e respetivas respostas. Em cada situação de violência doméstica reportada foi questionado quem foi o/a perpetrador/a, assim como também foi questionado sobre o conhecimento de alguém, com quem coabitasse, ter sofrido violência, sendo que, em caso de resposta afirmativa, foi pedida a identificação da vítima e do/a perpetrador/a. Para a experiência de violência doméstica; consumos de álcool, medicamentos e drogas ilícitas; e sentimentos de mal estar e stress, as perguntas eram colocadas sobre a sua ocorrência alguma vez na vida e sobre as quatro (4) semanas anteriores à resposta ao questionário, ou seja, durante a pandemia^{7,84}.

Para o presente estudo, dado o seu propósito, foram analisadas apenas as variáveis relevantes, descritas em seguida:

Como variáveis sociodemográficas:

- Idade;
- Género;
- Escolaridade;

Como variáveis relacionadas com vivências em contexto da pandemia COVID-19:

- Alterações da situação de emprego devido à pandemia
- Perceção de capacidade para fazer face às despesas;
- Tempo médio que passa diariamente fora de casa;
- Satisfação com as interações sociais presenciais;
- Satisfação com as interações sociais *online*/ contactos telefónicos;
- Satisfação com a relação conjugal.
- Experiência de violência doméstica durante a pandemia

Como variáveis relacionadas com a experiência de stress, consumos de álcool e medicamentos, e ideação suicida ou comportamentos parasuicidas durante a pandemia:

- Frequência do consumo de álcool;
- N.º de bebidas em média num dia em que tenha bebido álcool;
- Frequência de consumo de 6 bebidas ou mais;
- Consumo de medicamentos para dormir ou acalmar;
- Frequência da experiência de stress e nervosismo;
- Experiência de sintomas relacionados com o sono ou recordação angustiante e involuntária;
- Experiência de evitamento de recordações;
- Experiência de estado defensivo, vigilante ou sobressaltado;
- Experiência de apatia ou desconexão
- Experiência de emoção de culpa;
- Ideação suicida;
- Tentativa de suicídio;
- Danos auto-infligidos.

4.5 Tratamento e a análise dos dados

A análise dos dados compõe-se de uma caracterização da amostra, através do cálculo das frequências absolutas e relativas de cada uma das variáveis.

De forma a avaliar se a experiência de stress e nervosismo estaria associada às variáveis estudadas, recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado de independência, com simulação por Monte-Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificaram, como descrito em Maroco (2007)⁸⁵. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0,05 em todas as análises inferenciais.

Recorreu-se à regressão logística bivariada pelo método *Enter*, conforme descrito em Maroco (2007)⁸⁵ para avaliar a significância da associação entre experiência de stress e nervosismo e as variáveis género, idade, escolaridade, alterações da situação de emprego devido à pandemia, perceção de capacidade para fazer face às despesas, tempo médio que passa diariamente fora de casa, satisfação com as interações sociais presenciais, satisfação com as interações sociais *online*/ contactos telefónicos,

satisfação com a relação conjugal, experiência de violência doméstica em tempo COVID, frequência do consumo de álcool, n.º de bebidas em média num dia em que tenha bebido álcool, frequência consumo de 6 bebidas ou mais, e, consumo de medicamentos para dormir ou acalmar. Para tal a variável dependente, frequência da experiência de stress e nervosismo, foi transformada em uma variável dicotómica.

Para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 26.

4.6 Questões éticas previstas no estudo

Conforme já descrito, o presente trabalho ancorou-se nos dados utilizados resultantes da aplicação do instrumento elaborado no contexto do projeto “Relacionamentos, Stress e Agressão em tempos de COVID-19 em Portugal”, o qual foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (CE/ENSP/CREE/1/2020).

A metodologia do projeto salvaguardou os direitos dos participantes, garantindo o seu anonimato, assim como a confidencialidade dos dados e o seu armazenamento segundo a política de segurança e proteção de dados Universidade de Gent e da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa e em conformidade com a Lei Portuguesa e da União Europeia.

O acesso aos dados foi-me assegurado pela ENSP/CISP tendo sido fornecida uma base de dados com os dados relevantes ao estudo.

5. Resultados

5.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 1062 pessoas, sendo predominantemente feminina (77,8%, n=826), com idade média e mediana de 42 anos; a maior proporção dos respondentes situava-se entre os 25 e 54 anos (69,5%, n= 734), com a distribuição de 33,4% (n=353) e 36,1% (n=3530), para as faixas etárias dos [25- 39] anos e [40-54] respetivamente (ver Tabela 1).

Relativamente às habilitações académicas, a maioria da amostra tem uma escolaridade acima do ensino básico, correspondendo 14,3% (n=149) ao ensino secundário, 2,5% (n=26) a formação técnico-profissional, e 82,1% (n=856) ao ensino superior, conforme é possível observar na tabela que se segue.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra do RSA-COVID-19, Portugal (2020)

Variável	Categorias	n (%)
Género (n= 1062)	Masculino	236 (22,2%)
	Feminino	826 (77,8%)
Idade (n= 1056)	<25 anos	105 (9,9%)
	25-39 anos	353 (33,4%)
	40-54 anos	381 (36,1%)
	55-64 anos	153 (14,5%)
	≥ 65 anos	64 (6,1%)
	mín.16 anos, máx.81 anos $\bar{x}$ 42,5 anos m_e 42 anos	
Escolaridade (n=1043)	Ensino Preparatório ou 2º e 3º Ciclos do Ensino básico (5º ao 9º ano)	12 (1,2%)
	Ensino secundário	149 (14,3%)
	Formação técnico-profissional	26 (2,5%)
	Ensino superior	856 (82,1%)

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; mín. – mínima; máx- máximo; $\bar{x}$ - média; m_e - mediana

5.2 Vivências em contexto de pandemia

Relativamente às vivências relacionadas com o contexto da pandemia COVID-19, conforme se pode observar na tabela 2, a maioria da amostra revela que está a trabalhar mais a partir de casa (43,5%, n=440) ou não terá sofrido alterações na sua situação de emprego (36,5%, n= 369). Apenas uma pequena percentagem relatou desemprego ou atividade profissional suspensa (9%, n=91).

No que diz respeito à capacidade de fazer face às despesas com o rendimento disponível do agregado familiar, a amostra distribui-se por “mais difícil/igualmente difícil” e “igualmente fácil/mais fácil” nas proporções de 44,1% (n=555) e 55,9% (437) respetivamente (ver tabela 2).

Quanto ao tempo passado fora de casa (incluindo o tempo em trabalho), a maior proporção (47,5%, n=453) refere passar menos de uma hora, seguida daqueles que passam mais de 4 horas (29,7%, n=283), conforme observável em tabela 2.

No que concerne à satisfação com as interações sociais presenciais, apenas 30,3% (n=268) referiu estar insatisfeito (19,2%, n=170) ou muito insatisfeito (11,1%, n=98), situando-se a maioria dos respondentes na situação de “satisfeito” (30,1%%, n=260) ou “muito satisfeito” (18,4%, n=163).

No que diz respeito à satisfação nas interações à distância, apenas 8,9% (n=78) respondentes referiram estar “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos”; uma maioria de 54,1% (n=474) referiu estar satisfeita - ver Tabela 2.

Relativamente à relação conjugal a amostra concentra a sua apreciação em “satisfeito” (37,3%, n=231) ou “muito satisfeito” (42,1%, n=261) com uma proporção total de 79,4%, (n= 492), conforme é possível observar na tabela seguinte (Tabela 2).

A experiência de violência doméstica foi relatada por 13,7% (n=146) da amostra.

Tabela 2 - Caracterização da amostra do RSA-COVID-19 quanto às vivências relacionadas com o contexto da pandemia COVID-19, Portugal (2020)

Variável	Categorias	n (%)
Alterações da situação de emprego devido à pandemia (n= 1012)	Sim, estou a trabalhar (mais) a partir de casa (teletrabalho)	440 (43,5%)
	Sim, trabalho significativamente menos horas	91 (9%)
	Sim, estou em situação de desemprego / suspensão da atividade profissional	91 (9%)
	Sim, adquiriu um novo emprego ou atividade profissional	21 (2,1%)
	Não, não teve impacto na atividade profissional	369 (36,5%)
Perceção de capacidade para fazer face às despesas (n=992)	Mais difícil/igualmente difícil	555 (44,1%)
	Igualmente fácil/mais fácil	437 (55,9%)
Tempo em média que passa diariamente fora de casa (n= 953)	Menos de 1 hora	453 (47,5%)
	1-2 horas	133 (14%)
	2-4 horas	84 (8,8%)
	Mais de 4 horas	283 (29,7%)
Satisfação com as interações sociais presenciais (n=884)	Muito insatisfeito	98 (11,1%)
	Insatisfeito	170 (19,2%)
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	187 (21,2%)
	Satisfeito	266 (30,1%)
	Muito satisfeito	163 (18,4%)
Satisfação com as interações sociais online/ contactos telefónicos (n=876)	Muito insatisfeito	24 (2,7%)
	Insatisfeito	54 (6,2%)
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	168 (19,2%)
	Satisfeito	474 (54,1%)
	Muito satisfeito	156 (17,8%)
Satisfação com a relação conjugal (n=620)	Muito insatisfeito	21 (3,4%)
	Insatisfeito	39 (6,3%)
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	68 (11%)
	Satisfeito	231 (37,3%)
	Muito satisfeito	261 (42,1%)
Experiência de violência doméstica em tempo COVID-19 (n=1062)	Não	916 (86,3%)
	Sim	146 (13,7%)

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa.

5.3 Experiência de stress, consumos de álcool e medicamentos, e ideação suicida ou comportamentos parasuicidas

De acordo com os dados, cerca de 42,1% sentiu-se stressado ou nervoso, frequentemente ou “muito frequentemente”, sendo que 26% da amostra referiu nunca ou “quase nunca”, conforme se pode observar na tabela 3.

O consumo de álcool limitou-se a 2 a 4 vezes por semana (28,5%, n=250) ou nunca (31,6%, n=277), sendo consumidas em média 1 ou 2 de bebidas (79,2%, n= 468); o consumo de 6 bebidas ou mais numa ocasião é negado por cerca de 85,6% (n=507) da amostra (tabela 3).

Quanto ao consumo de medicamentos indutores do sono/ hipnóticos ou ansiolíticos apenas 11,6% (n=123) da amostra reportou a toma.

Quanto aos sintomas de stress, conforme se pode observar na tabela 3, o sintoma de stress com maior expressão foi o de evitamento de recordações com uma prevalência de 46,6% (n=394). O sintoma com menor expressão foi o de humor negativo relacionado com culpa, o qual registou a percentagem de 24,4% (n=231), seguido dos sintomas de ativação (27,6%, n= 232) e dissociativos (n= 294, 34,8%).

Relativamente ao suicídio, apenas n = 33 (3,1%) pessoas referem ideação suicida, e a totalidade nega tentativa de suicídio; quanto a danos auto infligidos, apenas 4 pessoas da amostra (0,4%) revelaram ter-se magoado ou ferido deliberadamente sem intenção de pôr termo à vida (tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra do RSA-COVID-19 quanto à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020)

Variável	Categorias	n (%)
Experiência de stress e nervosismo (n=839)	Nunca/ Quase nunca	184 (21,9%)
	Às vezes	302 (36%)
	Frequentemente/ Muito frequentemente	353 (42,1%)
Frequência de consumo de álcool (n= 877)	Nunca	277 (31,6%)
	Uma vez	130 (14,8%)
	2 a 4 vezes	250 (28,5%)
	2-3 por semana	111 (12,7%)
	4 vezes ou mais por semana	109 (12,4%)
N.º de bebidas em média num dia em que tenha bebido álcool (n= 581)	1 ou 2	468 (79,2%)
	3 ou 4	93 (15,7%)
	5 ou 6	22 (3,7%)
	7 a 9	6 (1%)
	10 ou mais	2 (0,3%)
Frequência consumo de 6 bebidas ou mais (n= 592)	Nunca	507 (85,6%)
	Uma vez por mês	52 (8,8%)
	Semanalmente	24 (4,1%)
	Quase diariamente	9 (1,5%)
Consumo de medicamentos para dormir ou acalmar (n= 1062)	Não	939 (88,4%)
	Sim	123 (11,6%)
Sintomas de intrusão relacionados com sono ou recordação angustiante e involuntária (n= 848)	Não	502 (59,2%)
	Sim	346 (40,8%)
Sintomas de evitamento de recordações (n= 845)	Não	451 (53,4%)
	Sim	394 (46,6%)
Sintomas de ativação relacionados com estado defensivo, vigilante ou sobressaltado (n= 841)	Não	609 (72,4%)
	Sim	232 (27,6%)
Sintomas dissociativos relacionados com apatia ou desconexão (n= 844)	Não	550 (65,2%)
	Sim	294 (34,8%)
Humor negativo relacionado com emoção de culpa (n=843)	Não	612 (72,6%)
	Sim	231 (24,4%)
Ideação Suicida (n=1062)	Não	1029 (96,9%)
	Sim	33 (3,1%)
Tentativa Suicídio (n=1062)	Não	1062 (100%)
Danos auto-infligidos (n= 1062)	Não	1058 (99,6%)
	Sim	4 (0,4%)

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa.

5.4 Fatores associados a experiência de stress e nervosismo

Parece existir uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a experiência de stress e nervosismo e o género, sendo observável na tabela 4 que a população do género feminino é quem mais reporta sentir stress e nervosismo às vezes ou frequentemente, quando comparada com o género masculino.

A análise inferencial permitiu igualmente concluir que sentir-se sob stress e nervosismo é dependente da idade, pois existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Na tabela 4 é possível observar que a experiência de stress e nervosismo “frequentemente/muito frequentemente” é sobretudo reportada pelos respondentes com idade inferior a 39 anos, ao passo que aqueles com idade superior a 65 anos são quem mais reporta “nunca/quase nunca” (47,8%) esta experiência.

Os dados permitiram igualmente identificar associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a experiência de stress e nervosismo e a escolaridade, conforme se encontra realçado na tabela 4. Note-se que os respondentes com escolaridade máxima correspondente ao ensino secundário, ensino superior e formação técnico profissional distribuem-se sobretudo na experiência de stress “às vezes” e “frequentemente/ muito frequentemente”, enquanto que os participantes com escolaridade dos 2º e 3º ciclos do Ensino Básico reportam mais frequentemente experiência de stress e nervosismo “nunca/quase nunca” ou “às vezes”.

Tabela 4 - Análise dos fatores sociodemográficos associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020)

Variável	Categorias	Experiência de stress e nervosismo			p
		Nunca/ Quase nunca	Às vezes	Frequentemente/ Muito frequentemente	
		184 (21,9%)	302 (36%)	353 (42,1%)	
Género (n= 1062)	Masculino	67 (36,8%)	62 (34,1%)	53 (29,1%)	<0,001
	Feminino	117 (17,8%)	240 (36,5%)	300 (45,7%)	
Idade (n= 1056)	<25 anos	5 (6,2%)	17 (21%)	59 (72,8%)	<0.001
	25-39 anos	56 (19,9%)	91 (32,3%)	135 (47,9%)	
	40-54 anos	61 (20,2%)	127 (42,1%)	114 (37,7%)	
	55-64 anos	39 (31,2%)	47 (37,6%)	39 (31,2%)	
	≥ 65 anos	22 (47,8%)	19 (41,3%)	5 (10,9%)	
Escolaridade (n=1043)	Ensino Preparatório ou 2º e 3º Ciclos do Ensino básico (5º ao 9º ano)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	0,042
	Ensino secundário	15 (12,8%)	38 (32,5%)	64 (54,7%)	
	Formação técnico-profissional	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)	
	Ensino superior	162 (21,9%)	256 (36%)	279 (42,1%)	

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; p- valor de p

Relativamente às alterações de situação de emprego em contexto de pandemia, apesar de não existir associação estatisticamente significativa, é possível observar que a maior proporção das pessoas (43,2%, n= 161) em situação de teletrabalho refere sentir-se “frequentemente” ou “muito frequentemente” stressado e nervoso, sendo que 37% (n=138) refere sentir-se desta forma “às vezes”.

Ainda que os respondentes em situação de desemprego ou suspensão da atividade profissional constitua apenas 9% da amostra, os mesmos reportam como “frequente” ou “muito frequente” a sua experiência de stress e nervosismo.

Quanto à capacidade de fazer face às despesas com o rendimento do agregado familiar disponível, foi observada associação estatisticamente significativa, ($p < 0,05$). Observe-se que apenas 16,7% das pessoas que se encontravam nas circunstâncias de ser “igualmente difícil/ mais difícil” de fazer face as despesas é que referiram sentir-se stressado ou nervoso com a frequência de “nunca” ou “quase nunca” (tabela 5).

Tabela 5 - Análise dos fatores relacionados com as vivências em pandemia associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020) I

Variável	Categorias	Experiência de stress e nervosismo			p
		Nunca/ Quase nunca	Às vezes	Frequentemente/ Muito frequentemente	
		184 (21,9%)	302 (36%)	353 (42,1%)	
Alterações da situação de emprego devido à pandemia (n= 1012)	Sim, estou a trabalhar (mais) a partir de casa (teletrabalho)	74 (19,8%)	138 (37%)	161 (43,2%)	0,877
	Sim, trabalho significativamente menos horas	17 (22,7%)	27 (36%)	31 (41,3%)	
	Sim, estou em situação de desemprego / suspensão da atividade profissional	14 (19,4%)	23 (31,9%)	35 (48,6%)	
	Sim, adquiriu um novo emprego ou atividade profissional	4 (23,5%)	6 (35,3%)	7 (41,2%)	
	Não, não teve impacto na atividade profissional	74 (24,7%)	108 (36%)	118 (39,3%)	
Perceção de capacidade para fazer face às despesas (n=992)	Mais difícil/igualmente difícil	77 (16,7%)	165 (35,9%)	218 (47,3%)	<0,001
	Igualmente fácil/mais fácil	105 (28,4%)	134 (36,2%)	131 (35,4%)	
Tempo em média que passa diariamente fora de casa (n= 953)	Menos de 1 hora	97 (24,7%)	137 (34,9%)	159 (40,5%)	0.014
	1-2 horas	16 (14%)	45 (39,5%)	53 (46,5%)	
	2-4 horas	14 (20,3%)	15 (21,7%)	40 (58%)	
	Mais de 4 horas	52 (21,4%)	97 (39,9%)	94 (38,7%)	

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; p- valor de p

A análise inferencial estatística permitiu encontrar uma associação significativa ($p < 0,05$) entre a experiência de stress e nervosismo e a satisfação com as interações sociais presenciais e à distância (ver tabela 6). Os respondentes insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as interações sociais presenciais e à distância, reportam uma experiência de stress mais frequente, quando comparados com os se identificam como “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”. Circunstância idêntica se observa quanto à satisfação conjugal, para a qual se obteve igualmente uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), observando-se que comparativamente com aqueles cuja satisfação com a relação conjugal é superior, os respondentes “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” reportam uma maior experiência de stress e nervosismo “frequentemente/ muito frequentemente” com uma percentagem de 60,2% e 70% respetivamente.

Quando comparadas com as pessoas que não sofreram vitimação, as pessoas com experiência de violência doméstica reportam uma experiência de stress e nervosismo “frequente/muito frequente” e “às vezes”, nas proporções de 64,4% e 23,3% respetivamente, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 6 - Análise dos fatores relacionados com as vivências em pandemia associados à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020) II

Variável	Categorias	Experiência de stress e nervosismo			p
		Nunca/ Quase nunca 184 (21,9%)	Às vezes 302 (36%)	Frequentemente/ Muito frequentemente 353 (42,1%)	
Satisfação com as interações sociais presenciais (n=884)	Muito insatisfeito	12 (13,5%)	25 (28,1%)	52 (58,4%)	0.003
	Insatisfeito	34 (20,7%)	54 (32,9%)	76 (46,3%)	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	37 (21,1%)	67 (38,3%)	71 (40,6%)	
	Satisfeito	49 (19,4%)	102 (40,5%)	101 (40,1%)	
	Muito satisfeito	48 (32%)	51 (34%)	51 (34%)	
Satisfação com as interações sociais online/ contactos telefónicos (n=876)	Muito insatisfeito	7 (36,8%)	4 (21,1%)	8 (42,1%)	0,010
	Insatisfeito	5 (9,8%)	17 (33,3%)	29 (56,9%)	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	30 (19%)	56 (35,4%)	72 (45,6%)	
	Satisfeito	92 (20,4%)	173 (38,3%)	187 (41,4%)	
	Muito satisfeito	46 (31,9%)	44 (30,6%)	54 (37,5%)	
Satisfação com a relação conjugal (n=620)	Muito insatisfeito	4 (20%)	2 (10%)	14 (70%)	<0.001
	Insatisfeito	4 (10,8%)	10 (27%)	23 (62,2%)	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	12 (18,2%)	25 (37,9%)	29 (43,9%)	
	Satisfeito	47 (21,3%)	94 (42,5%)	80 (36,2%)	
	Muito satisfeito	75 (30,7%)	93 (38,1%)	76 (31,1%)	
Experiência de violência doméstica em tempo COVID-19 (n=1062)	Não	166 (24%)	268 (38,7%)	259 (37,4%)	<0.001
	Sim	18 (12,3%)	34 (23,3%)	94 (64,4%)	

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; p- valor de p

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a experiência de stress e nervosismo e as variáveis relativas aos consumos de álcool, contudo é possível constatar na tabela 7 que os respondentes que reportam consumo de 5-6 e 7-9 bebidas num dia em que tenham bebido reportam na sua maioria experiência de stress e nervosismo “frequente/muito frequentemente”. Os resultados revelaram igualmente aqueles que da amostra reportaram o consumo de 6 bebidas ou mais num dia se concentravam sobretudo na experiência de stress “frequente/muito frequentemente”, nas proporções de 51%, 45,5% e 66,7% para a ocorrência de “uma vez por mês”, “semanalmente” e “quase diariamente” respetivamente (ver tabela 7).

Quanto ao consumo de medicamentos indutores do sono/ hipnóticos ou ansiolíticos, observou-se que comparativamente com os respondentes que referem não consumir, aqueles que consumiram este tipo de medicamentos reportam mais uma experiência de

stress e nervosismo “frequente/muito frequente” e “às vezes” nas proporções de 30,6% e 59,5% respetivamente (tabela 7).

Tabela 7 - Análise dos fatores do consumo de álcool e medicamentos quanto à experiência de stress e nervosismo, Portugal (2020)

Variável	Categorias	Experiência de stress e nervosismo			P
		Nunca/ Quase nunca 184 (21,9%)	Às vezes 302 (36%)	Frequentemente/ Muito frequentemente 353 (42,1%)	
Frequência de consumo de álcool (n= 877)	Nunca	54 (20,47%)	95 (35,8%)	116 (43,8%)	0,554
	Uma vez	21 (16,7%)	52 (41,3%)	53 (42,1%)	
	2 a 4 vezes	51 (21,6%)	84 (35,6%)	101 (42,8%)	
	2-3 por semana	26 (24,3%)	39 (36,4%)	42 (39,3%)	
	4 vezes ou mais por semana	30 (29,1%)	32 (31,1%)	41 (39,8%)	
N.º de bebidas em média num em dia que tenha bebido álcool (n= 581)	1 ou 2	103 (22,3%)	177 (39%)	174 (38,3%)	0.090
	3 ou 4	20 (23%)	21 (24,1%)	46 (52,9%)	
	5 ou 6	4 (20%)	7 (35%)	9 (45%)	
	7 a 9	0 (0%)	1 (20%)	4 (80%)	
	10 ou mais	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	
Frequência consumo de 6 bebidas ou mais (n= 592)	Nunca	112 (22,9%)	183 (37,3%)	195 (39,8%)	0,451
	Uma vez por mês	8 (16,3%)	16 (32,7%)	25 (51%)	
	Semanalmente	5 (22,7%)	7 (31,8%)	10 (45,5%)	
	Quase diariamente	2 (22,2%)	1 (11,1%)	6 (66,7%)	
Consumo de medicamentos para dormir ou acalmar (n= 1062)	Não	172 (24%)	265 (36,9%)	281 (39,1%)	<0,001
	Sim	12 (9,9%)	37 (30,6%)	72 (59,5%)	

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; p- valor de p

Os resultados da análise de regressão logística bivariada mostram que as mulheres têm cerca de 2,05 vezes maior risco de ter sofrido de stress e nervosismo, quando comparados com os homens.

No que diz respeito à idade, tendo como referência a idade ≥ 65 anos, o risco de ter experienciado stress e nervosismo é tanto maior quanto mais nova for a pessoa, verificando-se o maior OR para as pessoas com idade inferior a 24 anos (21,99), sendo esta associação estatisticamente muito significativa ($p < 0,05$), conforme é possível observar na tabela 8.

Relativamente à escolaridade, apenas para o ensino secundário foi encontrado um efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$), observando-se um OR de 1,81 em comparação com o ensino superior (tabela 8).

No que concerne as alterações da situação de emprego devido à pandemia, não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), conforme se pode observar na tabela 8.

Tabela 8 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) I

Variável	Categorias	n (%)	Experiência stress e nervosismo		p
			n(%)	OR (95% IC)	
Género (n= 1062)	Masculino	236 (22,2%)	53 (15%)		<0,001
	Feminino	826 (77,8%)	300 (85%)	2,05 (1,44-2,92)	
Idade (n= 1056)	<25 anos	105 (9,9%)	59 (16,8%)	21,99 (7,69-62,82)	<0,001
	25-39 anos	353 (33,4)	135 (38,4%)	7,53 (2,89-19,62)	<0,001
	40-54 anos	381(36,1%)	114 (32,4 %)	4,97 (1,91-12,95)	0,001
	55-64 anos	153 (14,5%)	39 (11,1%)	3,72 (1,36 -10,13)	0,01
	≥ 65 anos	64 (6,1%)	5 (1,4%)		
Escolaridade (n=1043)	Ensino Preparatório ou 2º e 3º Ciclos do Ensino básico (5º ao 9º ano)	12 (1,2%)	2 (0,6%)	0,43 (0,09 -2,076)	0,292
	Ensino secundário	149 (14,3%)	64 (18,1%)	1,81 (1,22-2,68)	0,003
	Formação técnico-profissional	26 (2,5%)	8 (2,3%)	1,50 (0,56 -4,04)	0,424
	Ensino superior	856 (82,1%)	279 (79%)		
Alterações da situação de emprego devido à pandemia (n= 1012)	Sim, estou a trabalhar (mais) a partir de casa (teletrabalho)	440 (43,5%)	161 (45,7%)	1,17 (0,86-1,60)	0,316
	Sim, trabalho significativamente menos horas	91 (9%)	31 (8,8%)	1,09 (0,65-1,82)	0,752
	Sim, estou em situação de desemprego / suspensão da atividade profissional	91 (9%)	35 (9,9%)	1,46 (0,87-2,45)	0,152
	Sim, adquiriu um novo emprego ou atividade profissional	21 (2,1%)	7 (2%)	1,08 (0,40-2,92)	0,880
	Não, não teve impacto na atividade profissional	369 (36,5%)	118 (33,5%)		

Nota: n- frequência absoluta; % – frequência relativa; OR – *odds ratio*.

Quanto à capacidade de fazer face às despesas com o rendimento do agregado familiar, foi igualmente encontrada 1,64 maior possibilidade de ter sofrido stress e nervosismo naqueles que se tenha tornado mais difícil ou igualmente difícil, sendo o OR de 1,64 ($p < 0,05$) – tabela 9.

No que diz respeito ao tempo passado diariamente fora de casa, não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), conforme se pode verificar na tabela 9.

Para as interações sociais foi possível identificar efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$) comparados com os muito satisfeitos nos muito insatisfeitos e insatisfeitos nas interações presenciais, com OR 2,73 e 1,68 respetivamente; e, para os insatisfeitos nas interações à distância, quando, como se pode observar na tabela 9 que se segue.

A probabilidade de ter sentido stress e nervosismo reconhece-se também nos muito insatisfeitos e insatisfeitos com a relação conjugal, sendo que apresentam um OR 5,16 e 3,63 respetivamente, em relação aos muito satisfeitos (consultar tabela 9).

Tabela 9 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) II

Variável	Categorias	n (%)	Experiência stress e nervosismo		p
			n(%)	OR (95% IC)	
Perceção de capacidade para fazer face às despesas (n=992)	Mais difícil/igualmente difícil	555 (44,1%)	218 (62,5%)	1,64 (1,24-2,18)	0,001
	Igualmente fácil/mais fácil	437 (55,9%)	131 (37,5%)		
Tempo em média que passa diariamente fora de casa (n= 953)	Menos de 1 hora	453 (47,5%)	159 (46%)	1,08 (0,78-1,49)	0,66
	1-2 horas	133 (14%)	53 (15,3%)	1,34 (0,88-2,16)	0,16
	2-4 horas	84 (8,8%)	40 (11,6%)	2,19 (1,27-3,76)	0,005
	Mais de 4 horas	283 (29,7%)	94 (27,2%)		
Satisfação com as interações sociais presenciais (n=884)	Muito insatisfeito	98 (11,1%)	52 (14,8%)	2,73 (1,59-4,68)	<0,001
	Insatisfeito	170 (19,2%)	76 (21,7%)	1,68 (1,06-2,65)	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	187 (21,2%)	71 (20,2%)	1,33 (0,84-2,09)	0,22
	Satisfeito	266 (30,1%)	101 (28,8%)	1,30 (0,85-1,98)	0,23
	Muito satisfeito	163 (18,4%)	51 (14,5%)		
Satisfação com as interações sociais online/contactos telefónicos (n=876)	Muito insatisfeito	24 (2,7%)	8(2,3%)	1,21 (0,46-3,20)	0,70
	Insatisfeito	54 (6,2%)	29 (8,3%)	2,20 (1,15-4,20)	0,02
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	168 (19,2%)	72 (20,6%)	1,40 (0,88-2,21)	
	Satisfeito	474 (54,1%)	187 (53,4%)	1,18 (0,80-1,73)	0,41
	Muito satisfeito	156 (17,8%)	54 (15,4%)		
Satisfação com a relação conjugal (n=620)	Muito insatisfeito	21 (3,4%)	14 (6,3%)	5,16 (1,91-13,94)	0,001
	Insatisfeito	39 (6,3%)	23 (10,4%)	3,63 (7,77-7,44)	<0,001
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	68 (11%)	29 (13,1%)	1,73 (0,99-3,02)	
	Satisfeito	231 (37,3%)	80 (36%)	1,25 (0,85-1,84)	0,25
	Muito satisfeito	261 (42,1%)	76 (34,2%)		

Nota: F- frequência absoluta; f – frequência relativa; OR – odds ratio

Relativamente à experiência de violência doméstica, a regressão estatística revelou um efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na probabilidade de vir a sofrer stress e nervosismo com um OR de 3,03, conforme se pode observar na tabela 10, sendo que este risco é maior para as vítimas de violência doméstica quando comparadas com as que não viveram esta experiência.

No que se refere às variáveis relacionadas com o consumo de álcool, conforme se pode observar na tabela que se segue, não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Por fim, na mesma tabela também é possível observar que para o consumo de medicamentos para dormir ou acalmar foi igualmente identificado um efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$), sendo o OR de sofrer de stress e nervosismo para os que consomem medicamentos 2,29 superior aos que não consomem.

Tabela 10 - Experiência de stress e nervosismo e fatores associados, RSA-COVID-19, Portugal (2020) III

Variável	Categorias	N (%)	Experiência stress e nervosismo		p
			n(%)	OR (95% IC)	
Experiência de violência doméstica em tempo COVID-19 (n=1062)	Não	916 (86,3%)	259 (73,4%)		
	Sim	146 (13,7%)	94 (26,6%)	3,03 (2,09-4,39)	<0,001
Frequência de consumo de álcool (n= 877)	Nunca	277 (31,6%)	116 (32,9%)	1,18 (0,74-1,87)	0,49
	Uma vez	130 (14,8%)	53 (15%)	1,10 (0,65-1,87)	0,73
	2 a 4 vezes	250 (28,5%)	101 (28,6%)	1,13 (0,71-1,81)	0,61
	2-3 por semana	111 (12,7%)	42 (11,9%)	0,98 (0,56-1,70)	0,94
	4 vezes ou mais por semana	109 (12,4%)	41 (11,6%)		
N.º de bebidas em média num em que tenha bebido álcool (n= 581)	1 ou 2	468 (79,2%)	174 (74,4%)	0,062 (0,04-10)	0,74
	3 ou 4	93 (15,7%)	46 (19,7%)	1,12 (0,07-18,52)	0,94
	5 ou 6	22 (3,7%)	9 (3,8%)	0,82 (0,05-15)	0,89
	7 a 9	6 (1%)	4 (1,7%)	4 (0,12-136,96)	0,44
	10 ou mais	2 (0,3%)	1 (0,4%)		
Frequência consumo de 6 bebidas ou mais (n= 592)	Nunca	507 (85,6%)	195 (82,6%)	0,33 (0,08-1,34)	0,12
	Uma vez por mês	52 (8,8%)	25 (10,6%)	0,52 (0,12-2,32)	0,39
	Semanalmente	24 (4,1%)	10 (4,2%)	0,42 (0,08-2,11)	0,29
	Quase diariamente	9 (1,5%)	6 (2,5%)		
Consumo de medicamentos para dormir ou acalmar (n= 1062)	Não	939 (88,4%)	281 (79,6%)		
	Sim, nas últimas 4 semanas	123 (11,6%)	72 (20,4%)	2,29 (1,54-3,39)	<0,001

Nota: F- frequência absoluta; f – frequência relativa; OR – odds ratio

6. Discussão

Este estudo proporciona dados relevantes à compreensão da experiência de stress e nervosismo em contexto da pandemia COVID-19 da população residente em Portugal, com resultados em linha com a evidência existente. Diversos estudos sobre o stress vivido pela população em geral, e grupos específicos, como profissionais de saúde, trabalhadores essenciais e estudantes, têm sido realizados, os quais revelam impacto psicológico moderado nas populações^{62,63}.

Quanto à experiência de stress e nervosismo relatada, cerca de 42,1% reporta ter-se sentido stressado ou nervoso frequentemente ou muito frequentemente durante a pandemia, o que está em linha com os valores que outros estudos revelaram. Conforme Xiong, et al. (2020) refere, a prevalência do stress em tempos de pandemia COVID-19 é reportada com valores variáveis entre 8,1% e 81,9%, sendo que Cooke, et al. (2020) refere que aproximadamente 1 em 4 adultos sofreu de stress no contexto da pandemia^{62,86}. De acordo com Salari et al., a maior prevalência de stress encontrada no contexto europeu era 31,9 % (95% CI: 23,1–42,2)⁶³. Refira-se que para além da confirmação de experiência de stress e nervosismo, este estudo revelou prevalências relevantes quanto aos sintomas de stress, destacando-se o de evitamento de recordações com uma prevalência de 46,6%.

O presente estudo permitiu identificar maior risco de experiência de stress e nervosismo para o género feminino, o que vai ao encontro com a literatura, pois as mulheres têm maior risco de sofrer de perturbações do stress ou perturbação do stress pós-traumático⁴⁸, o que se verificou igualmente em estudos em contexto de pandemia^{62,63,86–90}. A diferença entre géneros carece de explicação inequívoca, embora seja amplamente discutido o papel das diferenças biológicas, como as de ordem hormonal, e a condição social da mulher, que a coloca como mais vulnerável na proteção da saúde e do trabalho⁸⁷.

No que diz respeito à experiência de stress e nervosismo, reportada sobretudo nas faixas etárias mais jovens, os resultados revelaram que o risco é tanto maior quanto mais nova fora a pessoa, comparativamente com aqueles com idade superior a 65 anos. O que se revela sobreponível ao que os demais autores têm vindo a encontrar^{62,63,88–90}, com provável justificação da preocupação com o futuro e as consequências e desafios económicos da pandemia, uma vez que se enquadram na faixa etária ativa. Nos mais jovens poderá não haver domínio de estratégias de *coping* adequadas, assim como a dependência de outrem⁹¹. Alguns autores sugerem também que o acesso constante a conteúdos através das redes sociais e outros meios de comunicação social também poderá contribuir para tal^{63,87}. Refira-se, por fim, a provável sobrecarga financeira e emocional do cuidado de

dependentes, como idosos e crianças⁶², particularmente relevante nas mulheres, que mais tradicionalmente assumem o papel de cuidador principal da família^{92,93}.

No que concerne a escolaridade, existem dados contraditórios, sendo que para alguns autores o fenómeno do stress é mais provável nas pessoas com maior diferenciação académica⁶³, ao passo que outros referem que é nas pessoas com níveis de escolaridade mais baixos que existe maior risco ^{62,87-89}. No caso da amostra deste estudo, a qual com uma larga maioria de pessoas com qualificações ao nível do ensino superior (82,1%), foi possível determinar, através da regressão logística que, comparativamente com pessoas com ensino superior, as pessoas com escolaridade do ensino secundário têm 1,81 mais possibilidade de vir a sofrer stress, resultado que se assemelha a do estudo de Burhamah, et al. (2020)⁹⁴, cuja amostra era igualmente composta por uma maioria com escolaridade do ensino superior.

No que diz respeito à alteração da situação laboral, conforme se observou, a maioria da amostra encontra-se em situação de teletrabalho (43,5%, n=440) ou não sofreu alterações (36,5%, n= 369), verificando-se, por meio dos testes estatísticos, não existir associação estatisticamente significativa ou maior risco para a vivência de stress e nervosismo, mediante a condição de alteração da situação laboral.

Conforme já foi referido, a literatura é reduzida e divergente no que diz respeito ao impacto do teletrabalho no stress²⁷, contudo de acordo com Shao, et al. (2021), uma possível interpretação para o contexto da pandemia é o peso dos fatores de stress relacionados com a COVID-19 em um efeito moderador no stress associado, por exemplo, a fatores relacionados com a perda de limites de trabalho-família⁹⁵. Ou seja, para esta amostra, estar em teletrabalho poderá ser encarado não só como uma necessidade de natureza obrigatória como algo percecionado como a melhor alternativa ao risco do desemprego ou infeção por COVID-19. Argumento igualmente possível para a segunda maior proporção da amostra que refere não ter havido impacto na situação laboral.

Note-se que variada literatura tem revelado alterações de stress e ansiedade nas pessoas que ficaram desempregadas^{90,96}, contudo nesta amostra as pessoas desempregadas estão sub-representadas, o que pode explicar neste estudo não ser possível inferir se a alteração da situação laboral tem impacto na experiência do stress.

Quanto à experiência relativamente à capacidade de fazer face às despesas com o rendimento do agregado familiar, a amostra distribui-se em proporções próximas, encontrando-se, contudo, uma associação estatisticamente significativa, a qual, sob regressão logística confirma que aqueles que sentem ser “mais difícil” ou “ igualmente difícil” tem maior risco de sentirem-se stressados ou nervosos, registando-se um OR de 1,64. Esta inferência coincide com o que os vários autores descrevem de risco acrescido de

vivenciar stress e ansiedade na ausência de segurança financeira^{22,62,87-89,97}. Realce-se que 62,3% das pessoas que referiram sentir-se sob stress e nervosismo “frequentemente/ muito frequentemente” situavam-se nas circunstâncias de ser “igualmente difícil/ mais difícil” de fazer face as despesas.

Conforme já foi referido, no que diz respeito à satisfação com as relações sociais, existe maior risco de percecionar stress e nervosismo quando insatisfeito ou muito insatisfeito nas interações cara-a-cara, ou se insatisfeito nas interações à distância. A solidão ou o isolamento social tem sido relatado por vários autores como um importante preditor de mal-estar psicológico^{22,98}.

De acordo com Dean et al. (2021), que comparou as alterações psicológicas em diferentes contextos culturais, há evidência suficiente para acreditar que, transculturalmente, ter um círculo ou sistema social de relações fortes, assim como um companheiro ou cônjuge, tem efeito protetor do bem-estar⁹¹. Perante a restrição de contactos sociais e o confinamento ao espaço de casa, a qualidade e a satisfação advinda das relações sociais e conjugais tempos de pandemia terá efeito protetor do stress, mais do que a quantidade e relações ou os diferentes papéis que desempenhe na sociedade⁹¹. Este argumento explica igualmente o observado na nossa amostra que revelou maior risco de stress e nervosismo em circunstância de insatisfação com a relação conjugal, algo igualmente sustentado por outros autores^{35,90}. Todavia, desconhecemos em que medida a solidão é experienciada nesta amostra, uma vez que apenas temos dados relativos à satisfação com as interações sociais e relação conjugal.

No que diz respeito aos consumos de álcool, este estudo revelou um padrão de consumo pouco expressivo, dados que contrariam alguma literatura que expõe um aumento do consumo de álcool em contexto de pandemia^{49,54,57,59}, estando este frequentemente associado à vivência de stress⁵³. Uma possível explicação para esta amostra é a de que face ao confinamento, e dada a escolaridade do ensino superior e provável literacia em saúde adequada, tenham mantido um estilo de vida saudável conforme as recomendações emanadas pelas diferentes organizações como a OMS e DGS.

Outra hipótese será a de que o consumo de álcool seja preferencialmente em contexto social, pois de acordo com Arpin et al. (2015), quando as experiências interpessoais são positivas o consumo de álcool ocorre num contexto de socialização⁶⁰. Dado que a satisfação com as interações sociais e relação conjugal é de uma forma geral positiva, e, perante uma situação de redução de contactos sociais, os consumos são menos frequentes ou raros⁶⁰.

Contudo, são apenas suposições pois é desconhecido o padrão de consumo prévio à pandemia e outros comportamentos que comprovem a adoção de um estilo de vida saudável por parte da amostra e há que contemplar o peso do viés da desejabilidade social

A amostra deste estudo acusou uma prevalência de violência doméstica relevante de 13,7% (n=146) pessoas, para as quais foi identificado três vezes mais risco de sentir stress e nervosismo, quando comparada com a restante amostra que não sofreu vitimação de violência doméstica. Conforme já foi referido, poderá existir uma relação bidirecional entre as alterações de saúde mental e a violência doméstica^{44,46}, e o papel do stress na violência doméstica, sobretudo quando o agressor é o parceiro íntimo, é algo pouco esclarecido³⁸. Desta forma, não podemos subestimar o papel instigador do stress vivido em contexto de pandemia na ocorrência da violência doméstica.

Relativamente à toma de medicação com efeito ansiolítico e indutor do sono, uma vez que a se regista a experiência de stress nesta amostra, seria exetável encontrar o registo de toma de medicação, contudo a prevalência de 11,6%. Conforme foi referido, a literatura tem vindo a expor prevalências preocupantes relacionadas com perturbações do sono⁶¹ e ansiedade^{62,63} em contexto COVID-19. Como tal, os sedativos (ansiolíticos) e hipnóticos, são sobejamente populares nas perturbações da ansiedade e do sono^{64,65}, em particular no contexto português^{64,65,69}. Contudo, por se desconhecer padrão de consumo prévio, não é possível inferir outros dados para além da prevalência de consumo e do inerente risco superior de experiência de stress naqueles que consomem este tipo de medicamentos, o que, aliás, constitui condição para o seu consumo.

Relativamente à ideação suicida, apenas 3,1% da mostra (n=33) revelaram pensar pôr termo à vida, sendo que não foram reportadas tentativas de suicídio, e os danos auto infligidos foram relatados apenas por 4 pessoas (0,4%). Comparativamente com alguns estudos existentes, os dados desta amostra revelam uma prevalência inferior para as três experiências⁹⁹. Alguns autores referem que o risco de suicídio será superior naquelas pessoas que estejam em circunstâncias de desemprego⁹¹, situação que apenas foi referida por 9% da amostra.

Contudo, os resultados do presente estudo devem ser interpretados tendo em consideração as limitações do mesmo. Dado o método de amostragem, os resultados deste estudo poderão não refletir a situação da população em geral. A amostra revelou-se predominantemente do sexo feminino e com escolaridade do ensino superior, sub-representando assim determinados grupos (como aqueles com menor escolaridade e que terão ficado em situação de desemprego), pelo que o viés de participação deve ser tido em conta, uma vez que sendo *online* apenas as pessoas com literacia digital se predispõe a participar. A desejabilidade social poderá ter contribuído igualmente para o sub-reporte de

experiência de violência doméstica; ideação suicida, tentativa suicídio e danos auto-infligidos; e, consumos de álcool e medicamentos ansiolíticos e indutores do sono. Contudo, o facto de ser anónimo terá contribuído para a mitigação deste efeito⁷.

O presente estudo não mede stress, mas sim a percepção do respondente quanto à experiência de stress e nervosismo. Como tal não podemos inferir que as pessoas estariam sob stress na sua configuração clínica ou qual seria a sua intensidade, sendo a sua resposta pautada pela interpretação própria de stress.

O questionário, apesar de abrangente, não contempla questões sobre a experiência de stress prévia ou até diagnóstico clínico de perturbação de stress ou ansiedade, o que teria sido relevante para perceber a diferença quanto ao impacto da pandemia. Com a sobrecarga das famílias com o ensino à distância dos filhos menores, teria sido igualmente interessante ponderar o peso das responsabilidades parentais acrescidas na experiência do stress e nervosismo, todavia, não foi recolhida informação no questionário que permitisse essa análise.

Outra questão ausente do instrumento é a condição suspeita ou doença confirmada por COVID-19 no próprio ou outra pessoa, dado que poderia ter sido relevante para a melhor compreensão do stress e nervosismo vivenciada pela amostra.

Ainda assim, este estudo abrangeu um número considerável de participantes (n=1062) e permitiu compreender a experiência de stress e nervosismo no período inicial da pandemia da Covid-19, podendo contribuir para o delineamento de estratégias de ação direcionadas para a promoção da saúde mental e prevenção em períodos posteriores da pandemia ou em contextos de crise semelhantes.

7. Conclusões

O presente trabalho pretendeu compreender o efeito da pandemia COVID-19 na experiência de stress numa amostra da população residente no período de abril a outubro de 2020, tendo verificado que a experiência de stress foi sentida frequentemente ou muito frequentemente por uma proporção significativa da amostra (42,1%, n=353), resultado em linha com os encontrados em outros estudos em semelhante contexto.

Foram identificados fatores que aparentam incrementar o risco de vivenciar stress, as quais a literatura aponta igualmente como determinantes, nomeadamente: o género feminino, idade mais jovens, sentir igual ou maior dificuldade em fazer face às despesas, e, vitimação de violência doméstica. Conforme esperado foi igualmente encontrada a evidência de que pessoas cujas relações sociais, presenciais ou à distância, sejam insatisfatórias poderão vivenciar stress. O papel protetor de uma relação conjugal foi igualmente identificado na presente amostra.

Ainda que o questionário não constitua um instrumento vocacionado para a avaliação da experiência de stress, não dispondo de medidas específicas para o efeito, os conteúdos fornecidos pelos respondentes revelaram-se ricos, congruentes com a evidência encontrada na literatura, e, relevantes para lavrar o caminho da construção de conhecimento do será sobre a experiência de stress portuguesa em tempos de COVID-19. Realce-se que a expressão de sintomas relacionados com o stress é revelador do mal-estar psicológico desta amostra.

Destaque-se o retrato da experiência de violência doméstica, que nesta amostra permitiu ser caracterizado em respondentes com escolaridade superior, grupo menos representado nos estudos existentes; e, naqueles que não assistiram a alterações significativas da situação de emprego (embora apenas seja relatada a própria e não a dos demais elementos do agregado familiar).

Não obstante as suas limitações, os resultados deste estudo alertam para a necessidade de melhor conhecer a experiência de stress na população portuguesa, pois, assumem valor de reforço para a justificação de medidas e políticas que visem a saúde mental e qualidade de vida da população. O stress é inerente à vida e possui um papel de ajustamento, contudo, há que antecipar que os mais vulneráveis, como as mulheres, os mais jovens e os que vivem isolados ou de forma solitária, incorrem em maior risco de o viver, e, na ausência de fatores protetores ou mecanismos que compensem o efeito dos estímulos stressores, incorrem no risco de sofrer alterações de saúde mental ou perturbações psiquiátricas – cujo impacto não é somente individual ou familiar, mas societal.

A pandemia COVID-19 incrementou o desequilíbrio nas populações, não só pelos desafios económicos, pela sobrecarga dos sistemas de saúde, mas, também porque tornou ainda mais visíveis os problemas pré-existentes. A vulnerabilidade da saúde mental das populações em tempos de pandemia deve-se não só à volatilidade da economia, à instabilidade do mercado laboral, às fragilidades socio-económicas, mas também, pela necessidade primordial de uma vida social plena e livre.

A resolução da atual crise de saúde pública não passa apenas pela contenção de uma doença infecciosa. O combate à COVID-19 deverá instigar o cidadão, o governo, a sociedade civil e o setor privado a mobilizar as suas capacidades e aspirações para que, face a aparente catástrofe, seja possível não apenas adaptar e sobreviver, mas construir uma visão do futuro integradora e capaz do tão ambicionado desenvolvimento sustentável acordado na Organização das Nações Unidas.

A crise de saúde pública relacionada com a COVID-19 estende-se para além da sua natureza infecciosa e as fragilidades do sistema de saúde pré-existentes apenas ficaram mais expostas. A saúde mental constitui programa prioritário do Plano Nacional de Saúde, pelo que a evidência que seja produzida deve ser tida em conta para a definição de políticas de saúde, para que a resposta às populações seja de facto dirigida aos seus problemas e necessidades.

O stress não deve ser encarado como algo negativo, a duração dos sintomas de stress deve ser contemplada na medida em que a resposta psicológica a um evento traumático pode ser protetora, sendo que os seus efeitos adversos são mais intensos numa inicial. Ou seja, o stress mobiliza a pessoa para que esta se proteja e defenda, como tal, estudos de *follow up* são necessários a fim de avaliar os efeitos a longo prazo⁶². Realce-se igualmente como a maioria dos estudos no campo da saúde mental são de natureza transversal, como este, pelo que é não é possível observar a evolução das alterações observadas¹⁰⁰.

A produção científica em torno do impacto da pandemia na saúde mental das populações em geral e grupos específicos, como os profissionais de saúde e estudantes, tem vindo a revelar prevalências relevantes no stress, depressão e ansiedade. Contudo, é necessário que se conheça a experiência daqueles que na era pré-COVID-19 já padeciam de condições do foro psiquiátrico ou saúde mental fragilizada, pois a evidência produzida em torno destas populações não é tão abundante.

Por fim, o planeamento em saúde deve contemplar medidas que permitam a promoção do bem-estar e da saúde mental da população, e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais⁸³.

Conforme o estudo reforça, intervir para a saúde mental implica também medidas de proteção social, económica e laboral - em particular dos jovens, mulheres e grupos mais vulneráveis à violência.

Em particular no âmbito da saúde mental, salienta-se: a necessidade de reforço de planos e orientações junto das unidades prestadoras de cuidados de saúde para a avaliação e intervenção de saúde mental; medidas que favoreçam a agilização da articulação e acessibilidade dos cuidados de saúde primários com os cuidados especializados de saúde mental; o planeamento de uma estratégia de comunicação ao cidadão para uma maior consciencialização e valorização das alterações de saúde mental, bem como para o conhecimento dos recursos disponíveis.

Para tal, é essencial que se reforce a colaboração intersectorial e multidisciplinar, entre entidades e profissionais, e reforçar o investimento nos programas de intervenção primária junto das comunidades.

Bibliografia

1. who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
2. covid19.min-saude.pt [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/>
3. who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020 [Internet]. [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. covid19.min-saude.pt/dispositivos-de-saude-publica/ [Internet]. [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/dispositivos-de-saude-publica/>
5. Sá Machado R (Coord). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19) [Internet]. Lisboa; 2020 Mar [cited 2021 Jun 8]. Available from: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Contingência-Novo-Coronavirus_Covid-19.pdf
6. Direção-Geral da Saúde. Novo Coronavirus, Covid-19: Distanciamento Social [Internet]. Lisboa; 2020 Apr [cited 2021 Jun 9]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Distanciamento-social.pdf>
7. Gama A, Pedro R, Leote J, Carvalho D. Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic in Portugal. Port J Public Heal [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28];38(Suppl. 1):32–40. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/516228>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and Isolation [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
9. Decreto-Lei n.º 48/95. D.R. 63 -Serie I-A (1995-03-15):1350 - 1416. Aprova o Código Penal.
10. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. D.R. 55 - 3º Suplemento. Iª Série. (2020-03-18): 13-(2)-13-(4). Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.
11. Resolução da Assembleia da República n.º 15-A/2020. D.R. 55 - 3.º Suplemento. I.ª Série. (2020-03-18): 13-(5)-13-(7). Autorização da declaração do estado de emergência.
12. Decreto-Lei n.º 10-A/2020. D.R. 52- 1.º Suplemento. Iª Série.(2020-03-13):22-(2)-22-(13). Estabelece medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus - COVID 19.

13. Decreto n.º 2-A/2020. D.R. 57 - 1.º Suplemento. Iª Série. (2020-03-20):11-(5) a 11-(17).Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo presidente da República.
14. Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020. D.R 66 - 1º Suplemento. Iª Série. (2020-04-02): 31-(2)-31-(5). Renova a declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.
15. Decreto n.º 2-B/2020. D.R. 66 - 2º Suplemento. Iª Série. (2020-04-02): 31-(2)-31-(20). Regulamenta a prorrogação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República.
16. Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020. D.R. 76 - 1º Suplemento. Iª Série. (2020-04-17): 7-(2)-7-(5). Procede à segunda renovação da declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.
17. Resolução da Assembleia da República .º 23-A/2020. D.R. 76 - 1º Suplemento. Iª Série. (2020-04-17): 7-(6)-7(8). Autorização para a renovação do estado de emergência.
18. Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020. D.R. 85 - 3º Suplemento. Iª Série. (2020-04-30): 7-(23) - 7-(25). Estabelece uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID 19. [Internet]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/132883346/details/maximized>
19. Portugal.gov.pt. Plano de Desconfinamento - Apresentação do plano aprovado no Conselho de Ministros de 30 de abril 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 18]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=plano-de-desconfinamento>
20. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. Int J Surg [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Sep 26];78:185–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32305533>
21. Kniffin KM, Narayanan J, Anseel F, Antonakis J, Ashford SP, Bakker AB, et al. COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. Am Psychol [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Aug 30];76(1):63–77. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/amp0000716>
22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Aug 13];395(10227):912–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620304608>
23. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis [Internet]. 2004 Jul [cited 2021 Aug 13];10(7):1206–12. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324539>
24. Soares S, Bonnet F, Berg J, Labouriau R. From potential to practice: Preliminary findings on the numbers of workers working from home during the COVID-19 pandemic [Internet]. International Labour Organization. 2021 [cited 2021 Aug 29]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/briefingnote/wcms_777896.pdf
 25. Resolução do Conselho de Ministros n.º101-A/2021.D.R. 147. - 1ª Série (2021-07-30): 55-(2)-55-(20). Altera as medidas aplicáveis em situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença COVID-19.
 26. Allen TD, Golden TD, Shockley KM. How Effective Is Telecommuting? Assessing the Status of Our Scientific Findings. *Psychol Sci Public Interest* [Internet]. 2015 Oct [cited 2021 Aug 30];16(2):40–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26403188>
 27. Oakman J, Kinsman N, Stuckey R, Graham M, Weale V. A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Nov 30 [cited 2021 Aug 22];20(1):1825. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33256652>
 28. Kotera Y, Correa Vione K. Psychological Impacts of the New Ways of Working (NWW): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jul 14 [cited 2021 Aug 29];17(14). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32674518>
 29. Pai N, Vella S-L. COVID-19 and loneliness: A rapid systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul 13 [cited 2021 Aug 14];48674211031489. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00048674211031489>
 30. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 14 [cited 2021 Aug 14];20(1):129. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8251-6>
 31. Groarke JM, Berry E, Graham-Wisener L, McKenna-Plumley PE, McGlinchey E, Armour C. Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. Murakami M, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Sep 24 [cited 2021 Aug 14];15(9):e0239698. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32970764>
 32. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 23 [cited 2021 Aug 14];17(22):8688. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33238506>
 33. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a

- predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Aug 19];274:880–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32664029>
34. Sallie SN, Ritou V, Bowden-Jones H, Voon V. Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Nov;10(11):e044276. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7692002/>
 35. Holt-Lunstad J, Birmingham W, Jones BQ. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Ann Behav Med* [Internet]. 2008 Apr [cited 2021 Feb 25];35(2):239–44. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238906> September
 36. Uecker JE. Marriage and mental health among young adults. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2012 Mar [cited 2021 Aug 28];53(1):67–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22328171>
 37. Pieh C, O'Rourke T, Budimir S, Probst T. Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 21];15(9):e0238906. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32915878>
 38. Eckhardt CI, Parrott DJ. Stress and Intimate Partner Aggression. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2017 Feb [cited 2021 Sep 27];13:153–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28497106>
 39. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Feb 21];23(6):741–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33263142>
 40. Gerino E, Caldarera AM, Curti L, Brustia P, Rollè L. Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors. *Front Psychol* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 26];9:1595. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30233454>
 41. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Violência Doméstica - Medidas Adotadas [Internet]. [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/covid-19-seguranca-em-isolamento/>
 42. APAV AP de A à V. Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020 [Internet]. Lisboa; 2021 Mar [cited 2021 Sep 26]. Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
 43. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Comissão para a Cidadania e a

- Igualdade de Género. Dados trimestrais de crimes de violência doméstica - 4º trimestre 2020 [Internet]. [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/indicadores-estatisticos/>
44. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 28];4(2):159–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
 45. Patton SC, Szabo YZ, Newton TL. Mental and Physical Health Changes Following an Abusive Intimate Relationship: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2021 Jan 20 [cited 2021 Sep 28];152483802098555. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838020985554>
 46. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2012 [cited 2021 Sep 28];7(12):e51740. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300562>
 47. World Health Organization. Alcohol Key Facts [Internet]. WHO. 2018 [cited 2021 Aug 22]. p. 1–5. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
 48. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5. 5th ed. Costa J, editor. Lisboa: Climepsi Editores; 2014. 1122 p.
 49. Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, et al. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15];219:108488. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871620306530>
 50. Wardell JD, Kempe T, Rapinda KK, Single A, Bilevicius E, Frohlich JR, et al. Drinking to Cope During COVID-19 Pandemic: The Role of External and Internal Factors in Coping Motive Pathways to Alcohol Use, Solitary Drinking, and Alcohol Problems. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 May 11];44(10):2073–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32870516>
 51. Steffen J, Schlichtiger J, Huber BC, Brunner S. Altered alcohol consumption during COVID-19 pandemic lockdown. *Nutr J* [Internet]. 2021 May 11 [cited 2021 Aug 27];20(1):44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33975597>
 52. Skrzynski CJ, Creswell KG. Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* [Internet]. 2020 Apr [cited 2021 Aug 26];115(11):1989–2007. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25771482>
 53. Rodriguez LM, Litt DM, Stewart SH. Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to

- drinking behaviors in American men and women. *Addict Behav* [Internet]. 2020 Nov [cited 2021 Aug 25];110:106532. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32652385>
54. López-Moreno M, López MTI, Miguel M, Garcés-Rimón M. Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from Covid-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients* [Internet]. 2020 Nov 10 [cited 2021 Jul 22];12(11). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33182816>
 55. Stanton R, To QG, Khaledi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 7 [cited 2021 Aug 29];17(11). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32517294>
 56. Callinan S, Mojica-Perez Y, Wright CJC, Livingston M, Kuntsche S, Laslett A-M, et al. Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2021 Feb [cited 2021 Aug 25];40(2):183–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33170976>
 57. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Heal Surveill* [Internet]. 2020 Sep 18 [cited 2021 Aug 25];6(3):e19630. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32589149>
 58. Skrzynski CJ, Creswell KG. Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* [Internet]. 2020 Nov [cited 2021 Jul 21];115(11):1989–2007. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32196794>
 59. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 31];26(6):309–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32961535>
 60. Arpin SN, Mohr CD, Brannan D. Having friends and feeling lonely: a daily process examination of transient loneliness, socialization, and drinking behavior. *Pers Soc Psychol Bull* [Internet]. 2015 May [cited 2021 Jul 21];41(5):615–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25758705>

61. Alimoradi Z, Broström A, Tsang HWH, Griffiths MD, Haghayegh S, Ohayon MM, et al. Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021 Jun [cited 2021 Aug 3];36:100916. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537021001966>
62. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jul 30];277:55–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32799105>
63. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* [Internet]. 2020 Jul 6 [cited 2021 Jul 11];16(1):57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32631403>
64. Direção De Informação e Planeamento Estratégico. Utilização de Benzodiazepinas e análogos [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Utilização+de+Benzodiazepinas+e+análogos/adb100fa-4a77-4eb7-9e67-99229e13154f>
65. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 055/2011: Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 3]. Available from: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Tratamento-Sintomático-da-Ansiedade-e-Insónia-com-Benzodiazepinas-e-Fármacos-Análogos.pdf>
66. Zhao X, Lan M, Li H, Yang J. Perceived stress and sleep quality among the non-diseased general public in China during the 2019 coronavirus disease: a moderated mediation model. *Sleep Med* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Aug 31];77:339–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32482485>
67. Coordenação Nacional da Estratégia do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Dormir e Relaxar sem depender de benzodiazepinas - Sobreutilização das benzodiazepinas e dos Z-hipnóticos na Ansiedade e na Insónia [Internet]. 2017 Nov [cited 2021 Oct 3]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Noticias/dormir_e_relaxar/doc_profissionais.pdf
68. Sirdifield C, Chipchase SY, Owen S, Siriwardena AN. A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *Patient* [Internet]. 2017 Feb [cited 2021 Aug 31];10(1):1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282559>

69. Portugal, Direção-Geral da Saúde. PORTUGAL Saúde Mental em Números (2015) - Programa Nacional para a Saúde Mental [Internet]. Lisboa; 2016 Mar [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
70. Randall AK, Bodenmann G. The role of stress on close relationships and marital satisfaction. Clin Psychol Rev [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2021 Sep 27];29(2):105–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735808001402>
71. Jennifer Schreiber LC. Suicidal ideation and behavior in adults. In: Roy-Byrne PP, editor. UpToDate [Internet]. Waltham, Massachusetts; 2021. Available from: https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults/print?search=suicide&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage
72. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
73. ine.pt [Internet]. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes por Local de residência , Sexo e Grupo etário; Anual. 2020 [cited 2021 Aug 19]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2
74. John A, Okolie C, Eyles E, Webb RT, Schmidt L, McGuinness LA, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. F1000Research [Internet]. 2020 Sep 4 [cited 2021 Aug 21];9:1097. Available from: <https://f1000research.com/articles/9-1097/v1>
75. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The lancet Psychiatry [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Aug 20];7(6):468–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32330430>
76. Leaune E, Samuel M, Oh H, Poulet E, Brunelin J. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Aug 22];141:106264. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743520302887>
77. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. J Clin Psychiatry [Internet]. 2020 Apr 14 [cited 2021 Aug 14];81(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32297718>
78. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal

- Behavior. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2008 May 14 [cited 2021 Aug 21];30(1):133–54. Available from: <https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxn002>
79. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2020 Mar 18 [cited 2021 Aug 21];368:m575. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32188637>
 80. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J psychiatry* [Internet]. 2015 Jun 22 [cited 2021 Aug 19];5(2):243–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26110126>
 81. Carrasco-Barrios MT, Huertas P, Martín P, Martín C, Castillejos MC, Petkari E, et al. Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2021 Sep 22];17(11):4115. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/4115>
 82. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2009 Jul 25 [cited 2021 Aug 21];374(9686):315–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589588>
 83. Despacho n.º 6401/2016. D.R.94. IIª Série. (2016-05-16): 15239 - 15239. Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários. [Internet]. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>
 84. Dias S, Gama A, Pedro AR, Quintas J, Leote de Carvalho MJ, Duarte V. Violência Doméstica em tempos de COVID-19: desigualdades de género e (novos) contornos da violência doméstica? [Internet]. Lisboa; 2021 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-publico-vdcovid19-protected-site.pdf>
 85. Maroco J. *Análise Estatística - Com utilização do SPSS*. 3rd ed. Robalo M, editor. Lisboa: Edições Sílabo; 2007. 822 p.
 86. Cooke JE, Eirich R, Racine N, Madigan S. Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Jul 11];292:113347. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32763477>
 87. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 21];15(12):e0244630. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33370404>

88. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 21];15(12):e0244809. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33382859>
89. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, Walter H, Heinz A, Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021 Mar 6 [cited 2021 Jul 14];271(2):223–34. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00406-020-01196-x>
90. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Mar 9];57(1):101–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590908/>
91. Dean DJ, Tso IF, Giersch A, Lee H-S, Baxter T, Griffith T, et al. Cross-cultural comparisons of psychosocial distress in the USA, South Korea, France, and Hong Kong during the initial phase of COVID-19. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Aug 20];295:113593. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33276269>
92. Kracht CL, Katzmarzyk PT, Staiano AE. Household chaos, maternal stress, and maternal health behaviors in the United States during the COVID-19 outbreak. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 28];17:17455065211010656. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886392>
93. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Aug 22];52:102066. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32302935>
94. Burhamah W, AlKhayyat A, Oroszlányová M, AlKenane A, Almansouri A, Behbehani M, et al. The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Mar 9];277:977–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476447/>
95. Shao Y, Fang Y, Wang M, Chang C-HD, Wang L. Making daily decisions to work from home or to work in the office: The impacts of daily work- and COVID-related stressors on next-day work location. *J Appl Psychol* [Internet]. 2021 Jun [cited 2021 Aug 22];106(6):825–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34138589>
96. Nelson BW, Pettitt A, Flannery JE, Allen NB. Rapid assessment of psychological and

- epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 22];15(11):e0241990. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657530/>
97. Luo X, Estill J, Wang Q, Lv M, Liu Y, Liu E, et al. The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Psychiatry Res [Internet]. 2020 Sep [cited 2021 Aug 21];291:113193. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32544708>
 98. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res [Internet]. 2020 Sep [cited 2021 Aug 21];291:113190. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32563745>
 99. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, Hoek J, Beaglehole B, Bell C, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 14];15(11):e0241658. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7641386/>
 100. Lin Y-H, Chen C-Y, Wu S-I. Efficiency and Quality of Data Collection Among Public Mental Health Surveys Conducted During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. J Med Internet Res [Internet]. 2021 Feb 10 [cited 2021 Sep 8];23(2):e25118. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33481754>