



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19: ESTRATÉGIAS DE *COPING* E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Catarina Sequeira Morais Santos

Porto, julho 2022



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

IMPACTO DA PANDEMIA COVID 19: ESTRATÉGIAS DE *COPING* E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NUMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

-Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Catarina Sequeira Moraes Santos

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Doutora Elisa Veiga
Prof.^a Doutora Bárbara Machado

Porto, julho 2022

Agradecimentos

À Professora Elisa Veiga e à Professora Bárbara Machado pela vossa orientação e acompanhamento. Sem o vosso apoio contínuo e incondicional, nada disto seria possível. Muito obrigada pela persistência, dedicação, pelas palavras de motivação e pelo crescimento profissional que me proporcionaram ao longo de todo o meu percurso académico.

À minha colega e amiga Katia, por partilhar comigo as suas experiências e incertezas e em conjunto termos aprendido muito mais do que sempre acreditamos. Obrigada por me acompanhares neste caminho, marcado por momentos de força e companheirismo, que certamente se irá prolongar pela nossa vida pessoal e profissional.

À Marta, a minha melhor amiga, pelo apoio incondicional ao longo destes dez anos. Pela presença mesmo quando longe, pelo carinho e pelas palavras, pela honestidade e acima de tudo pela amizade.

À minha estrelinha, a minha avó, e aos meus avós pelo orgulho que sempre tiveram e que sei que têm em mim.

À minha irmã, por todo o amor, motivação e disponibilidade.

Aos meus pais, por terem tornado isto tudo possível. Por durante estes 5 anos nunca terem desistido de mim e pela dedicação e esforço para que eu pudesse ter acesso a tudo aquilo que eles nunca conseguiram ter. Por me terem incentivado a ser o melhor que eu posso ser. Por todo amor e amizade que nunca me faltou.

Resumo

A pandemia COVID-19 é a maior emergência de saúde pública registada nas últimas décadas. Para além das preocupações ao nível da saúde física da população, esta situação parece estar a trazer consequências ao nível da saúde mental e em especial aos estudantes universitários. O objetivo do presente estudo consiste em explorar o impacto psicológico da pandemia COVID-19 no risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*, bem como estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes universitários durante as medidas de confinamento. A amostra foi constituída por 913 estudantes, com idades compreendidas entre os 17 e os 75 anos. Para avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, utilizou-se a versão portuguesa adaptada da *EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* e para a avaliação das estratégias de *coping* utilizou-se o Questionário *Brief Cope*. Criou-se ainda um questionário para as variáveis sociodemográficas.

Dos resultados obtidos através de uma metodologia quantitativa, salienta-se que uma elevada percentagem dos estudantes apresentava níveis clínicos de ansiedade, depressão e *stress* durante o período de confinamento. Conclui-se ainda que existem diferenças e correlações entre as variáveis, sexo, idade e ciclo de estudos em relação à sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* e estratégias de *coping*.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estratégias de *Coping*; Pandemia Covid-19; Estudantes Universitários

Abstract

The COVID-19 pandemic is the biggest public health emergency registered in the last decades. Besides the concerns in terms of physical health of the population, the pandemic situation caused by the virus can also have consequences in terms of mental health, especially in university students. The purpose of this study is to explore the psychological impact of the COVID-19 pandemic on the risk for the development of depressive, anxious and stress symptoms, as well as coping strategies adopted by university students during confinement measures. The sample included 913 university students with ages ranging between 17 and 75 years old. To assess the anxiety, depression and stress levels it was used an adapted Portuguese version of the DASS21 – Depression, Anxiety and Stress Scale and to access the coping strategies was used the Brief Cope Questionnaire. A sociodemographic questionnaire was also created.

From the results obtained through a quantitative methodology, it was remarked a high percentage of students that showed clinical levels of anxiety, depression and stress during the confinement. It was also concluded that there are differences and correlations between the variables of gender, age and cycle of studies in relation to depressive, anxious and stress symptoms and coping strategies.

Keywords: Mental Health; Strategies of coping; COVID-19 Pandemic; University Students

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. <i>Impacto psicológico de uma Pandemia na população em geral.....</i>	3
2.2 <i>Etiologia e impacto psicológico da COVID-19 na população em geral.....</i>	3
2.3. <i>COVID-19 em Portugal.....</i>	5
2.4. <i>O impacto da COVID-19 nos estudantes</i>	6
2.4.1 <i>Estudos Internacionais</i>	7
2.4.2 <i>Estudos Portugueses.....</i>	8
3. Método	11
3.1 Objetivo Geral e Específicos	12
3.2 Amostra	13
3.3 Instrumentos	13
3.3.1 <i>Questionário Sociodemográfico</i>	13
3.3.2 <i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress</i>	14
3.3.3 <i>Brief Cope.....</i>	15
3.4 Procedimentos	16
3.4.1 Recolha de Dados	16
3.4.2 Tratamento e Análise de Dados.....	17
4. Resultados	17
5. Discussão dos resultados	26
6. Referências Bibliográficas	31

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Matriz Correlacional</i>	22
Tabela 2. <i>Diferenças entre o sexo e os resultados das subescalas do EADS e COPE..</i>	24
Tabela 3. <i>Diferenças entre o ciclo de estudos e os resultados subescalas do EADS e COPE</i>	25

Lista de Abreviaturas

COPE – *Brief Cope*

DASS - *Depression, Anxiety and Stress Scale*

EA – Estratégia de Coping Adaptativa

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

ED – Estratégia de Coping Desadaptativa

FAP – Federação Académica do Porto

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPP – Ordem de Psicólogos Portugueses

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

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

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO – World Health Organization

.

1. Introdução

A doença provocada pelo Coronavírus (COVID-19) foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, e em janeiro de 2020 a World Health Organization declarou-a como uma emergência em saúde pública de interesse internacional (Maia & Dias, 2020). Com a rápida propagação deste vírus, a nível mundial, alguns países têm vindo a adotar medidas de contingência de forma a diminuir o número de casos de infeção e de óbitos, sendo o ponto fulcral destas medidas, o isolamento social.

Com a chegada dos primeiros casos de infeção a Portugal, o Governo Português decretou um conjunto de medidas excecionais e temporárias, visando conter a propagação da infeção, sendo uma delas a medida de suspensão de atividades letivas presenciais nas instituições de ensino superior (Ferreinho, 2020). Esta pandemia transformou a vida dos estudantes do ensino superior em todo o mundo, influenciando na maneira como esses alunos vivem e trabalham, afetando diretamente o seu bem-estar físico e mental (Ferreinho, 2020). A literatura existente aponta para o impacto do COVID-19 no ensino em muitas partes do mundo, especialmente em termos de dificuldades, restrições e desafios enfrentados por governos, instituições e partes interessadas (Zhang et al., 2020; Judd et al., 2020).

Devido a esta situação pandémica, os principais focos de atenção, quer dos profissionais, quer do governo, são a saúde física e o combate ao vírus, negligenciando ou subestimando as consequências que este poderá trazer para a saúde mental das pessoas (Ornell et al., 2020). As medidas impostas, como o isolamento social, são fundamentais para proteger a saúde física pública, uma vez que impede o contágio do vírus, no entanto, quanto mais tempo esta situação de isolamento se mantiver, maior será o risco de aparecimento ou agravamento de doenças psiquiátricas (Afonso, 2020).

Segundo um estudo realizado por Wang e colaboradores (2020) os estudantes universitários são considerados uma população de risco para o desenvolvimento de doenças mentais. Neste sentido, foi desenvolvido o presente estudo com o objetivo de explorar a associação entre o COVID-19 e medidas de confinamento associadas e a presença de níveis de ansiedade, depressão e *stress*, bem como identificar estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes universitários da Universidade Católica Portuguesa. Este estudo torna-se assim pertinente, uma vez que, nos dias de hoje, a pandemia COVID-19 é o tema mais atual nas nossas vidas, pois conduziu a mudanças a nível mundial, que afetaram assim o quotidiano dos indivíduos. Assim sendo, é importante estudar a

associação da pandemia COVID-19 relativamente à presença de sintomatologia ansiosa, depressiva e *stress* nos estudantes universitários, no sentido em que ainda existem poucos estudos que explorem o impacto da COVID-19 na saúde mental em conjugação com o impacto psicológico em estudantes universitários, no contexto português.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Impacto psicológico de uma Pandemia na população em geral

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (OMS, 2010).

Todas as pandemias são geradoras de forte impacto social, económico e político. Basta lembrar, por exemplo, no contexto português, a gripe espanhola 1918-1919, conhecida em Portugal por “Pneumónica”. Esta revelou ser uma das mais mortíferas, tendo afetado uma em cada três pessoas a nível mundial, o que corresponde a cerca de 500 milhões de pessoas. Em Portugal terá sido responsável pela morte de cerca de 2% da população (Sobral & Lima, 2018).

Outros estudos de pandemias anteriores, como por exemplo, a Síndrome Respiratória Aguda Grave em 2003 (SARS) e o vírus Influenza A em 2009, revelaram respostas psicológicas adversas, nomeadamente, ansiedade, medo, depressão, raiva, irritabilidade, desamparo, tristeza e perda (Chew et al., 2020). As consequências psicológicas das doenças infecciosas não se limitam aos infetados, cuidadores e profissionais de saúde. A saúde mental e o bem-estar da população em geral também podem ser afetadas devido à interrupção da vida quotidiana, ao medo, à incerteza e às preocupações relacionadas com o trabalho e segurança financeira (Chew et al., 2020).

2.2 Etiologia e impacto psicológico da COVID-19 na população em geral

Preocupações semelhantes com a saúde mental surgiram com a COVID-19, revelando uma variedade de sintomas psicológicos na população em geral (Cao et al., 2020; S. Li et al., 2020; Z. Li et al., 2020). O medo de ser contagiado por este mesmo vírus potencialmente fatal, a rapidez de contágio, o desconhecimento sobre a sua origem e o carácter imprevisível da situação demonstram ser os principais motivos de *stress* e ansiedade na população geral (Asmundson & Taylor, 2020). Estes sintomas psicológicos foram possivelmente desencadeados pelo aumento de número de casos, confinamento em casa ou nas unidades de saúde, falta de serviços, bem como a informação exaustiva que os *mídia* apresentavam (Tan et al., 2020). Com o encerramento ou restrição das atividades laborais, várias pessoas correm o risco de desemprego, intensificando assim a vivência de sentimentos negativos (Rossi et al., 2020).

Este vírus é provocado pela Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), passando mais tarde a ser designado por COVID-19 e foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Quanto à sintomatologia desta doença, tem sido caracterizada por febre, tosse, dificuldade respiratória, garganta inflamada, fadiga, perda de apetite, dores musculares, anosmia (perda total ou parcial do olfato), ageusia (enfraquecimento do paladar) ou disgeusia (perturbação ou diminuição do paladar de início súbito). Em casos mais graves, pode levar a pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, e eventual morte (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Com base na evidência científica, sabe-se que o vírus se transmite essencialmente através de duas vias, por contacto direto (e.g., uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala da pessoa que lhe está próxima) e por contacto indireto (e.g., através do contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado). Existe um período de incubação deste vírus, ou seja, o tempo decorrido entre a exposição ao vírus e o aparecimento dos sintomas, sendo atualmente considerado de 14 dias (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Com o aumento de números de casos de infeção, na China e noutros países, a World Health Organization (WHO), no dia 30 de janeiro de 2020, declarou emergência em saúde pública de interesse internacional (Maia & Dias, 2020), sendo que, a 11 de março de 2020 foi decretado estado de pandemia a nível mundial, tendo sido adotadas medidas de restrição e isolamento em diversos países. Devido à extrema velocidade de contaminação e gravidade deste vírus, o epicentro desta doença foi-se modificando rapidamente, da China, para Itália, Espanha e Reino Unido. O isolamento social, que tinha como objetivo, restringir a circulação das pessoas infetadas pela COVID-19, foi extremamente necessário, devido às propriedades deste vírus e a facilidade de transmissibilidade do mesmo.

Segundo um estudo realizado na China, duas semanas depois do surto inicial de COVID-19, para avaliar o impacto psicológico do mesmo, revelou que, de um total de 1120 entrevistados, mais da metade classificou o impacto psicológico do surto como moderado ou grave. Dos participantes, 16,5% relataram sintomas depressivos moderados a graves, 28,8% relataram sintomas de ansiedade moderados a graves e 8,1% relataram níveis de *stress* moderado a grave (Wang et al., 2020a). Os níveis de depressão, ansiedade e *stress* permaneceram elevados e estáveis quando a pesquisa foi repetida 4 semanas depois (Wang et al., 2020b).

2.3. COVID-19 em Portugal

Em Portugal, a identificação do primeiro caso de COVID-19 ocorreu no dia 2 de março de 2020, onde o Governo Português decretou um conjunto de medidas excepcionais e temporárias, de forma a conter a propagação da infeção a vigorar a partir de 19 de março (Decreto do Presidente da República nº14-A/2020). Com este decreto, permitiu-se um maior controlo, relativamente ao isolamento social, abrangendo todo o território nacional. Para tal, o estado de emergência suspendeu o exercício de alguns direitos constituídos na lei e o desrespeito das regras impostas, constitui-se como crime de desobediência civil. Assim, a liberdade de ajuntamentos e de circulação de pessoas nas vias públicas só era permitida apenas em casos extremos, como a aquisição de bens essenciais, serviços, atividades laborais, motivos de saúde e emergências familiares (Campos & Lins, 2020).

Com o avançar do tempo, em muitos países, a epidemia gerou vagas sucessivas. Portugal não foi exceção e é um bom exemplo disso. Relembrando que o primeiro caso de infeção por SARSCoV-2 foi identificado oficialmente a 2 de março de 2020, no início do primeiro pico de infeção, verificou-se posteriormente um segundo aumento na incidência de infeção nos meses de outubro-novembro de 2020, seguido de uma terceira onda severa no mês de janeiro de 2021, quando Portugal foi por algumas semanas um dos países do mundo com mais mortes por milhões de pessoas.

Uma das estratégias conhecidas para mitigar o efeito das doenças infecciosas é por meio da vacinação e até que houvesse uma vacina capaz de nos proteger desta doença, apenas intervenções não farmacêuticas, destinadas a reduzir os contactos da população e, assim, a consequente redução da transmissão do vírus, poderia ser implementado na população. Assim sendo, a maior esperança da população mundial contra a COVID-19 é a vacinação em massa. Logo que foram aprovadas pelas autoridades reguladoras nacionais, a vacinação começou de acordo com o plano nacional de imunização do país.

As autoridades governamentais portuguesas adotaram uma estratégia de vacinação rápida contra COVID-19 e é por isso que Portugal é, atualmente, um dos países europeus com maior taxa de indivíduos vacinados (Direção-Geral da Saúde, 2021). Em Portugal, a vacinação começou no final de dezembro de 2020. Numa fase inicial, foi dada prioridade a indivíduos de alto risco (profissionais de saúde, indivíduos com comorbilidades e indivíduos com mais de 80 anos) seguindo posteriormente para a população em geral, organizando por faixas etárias.

Segundo um estudo realizado por Paulino e colaboradores (2021) a 27 de março de 2020 afim de avaliar o impacto psicológico imediato da pandemia COVID-19 em Portugal na sua fase inicial, bem como ansiedade, depressão e *stress* entre os portugueses, apenas 3 semanas após os primeiros casos confirmados em Portugal, 49,2% dos participantes classificaram o impacto psicológico do surto como moderado ou grave. Além disso, 11,7%, 16,9% e 5,6% dos participantes relataram sintomas moderados a graves de depressão, ansiedade e *stress*, respetivamente. Estes resultados evidenciam que é necessária a atenção especial à saúde mental da população em geral, principalmente na presença de alguns fatores de risco, como ser mulher, desempregado, ter baixa escolaridade, residir em áreas rurais, entre outros (Paulino et al., 2021).

Com o acumular de evidência empírica sobre o impacto da pandemia na saúde mental das pessoas, surgiu a necessidade da implementação de medidas no sentido de promover um maior bem-estar psicológico. Em Portugal, a linha telefónica do Sistema Nacional de Saúde 24 disponibilizou um contacto para aconselhamento psicológico com inúmeros Psicólogos dispostos a dar suporte psicológico às pessoas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

Para além dos níveis elevados de ansiedade e depressão encontrados na população geral, ser estudante parece ser um fator agravante, uma vez que os níveis encontrados nesta população, são bastante superiores aos encontrados na população geral (Adlaf et al., 2001; Ibrahim et al., 2013).

2.4. O impacto da COVID-19 nos estudantes

O ambiente académico é um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento da depressão. A excessiva carga de trabalhos académicos é apontada como um fator stressante para os alunos, mas fatores como dificuldades de ordem financeira, em relação à mudança de cidade e em relação a dificuldades interpessoais também contribuem para a fragilidade do estudante. Durante o período académico, essas dificuldades podem afetar o desempenho cognitivo do aluno e as suas relações interpessoais (Costa et al., n.d).

Acresce o facto de muitos estudantes universitários se verem obrigados a estarem afastados das suas famílias e dos seus amigos (Costa & Leal, 2008), sentindo-se mais sós, podendo ter uma adaptação mais negativa ao contexto académico (Almeida & Guisande, 2007). Consequentemente, estes estudantes apresentam um maior risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, estimando-se que entre 15% a 25% sofra

de algum tipo de problema ou perturbação mental durante a sua formação académica (Hunt & Eisenberg, 2010; Eisenberg et al., 2013).

Entre os setores da sociedade que foram fortemente impactados com a pandemia, está o da Educação. Como já foi referido anteriormente, uma das medidas imediatamente impostas, foi a suspensão de atividades letivas presenciais, levando assim a uma reconfiguração a todos os níveis de ensino. Estas alterações das rotinas, em conjunto com a incerteza e preocupação relacionada com o vírus, parecem estar a conduzir a um conjunto de impactos negativos para o bem-estar psicológico dos estudantes universitários.

2.4.1 Estudos Internacionais

Num estudo realizado a 746.217 estudantes universitários chineses, a 10 de fevereiro de 2020, demonstrou-se que 45% dos participantes tinham problemas de saúde mental, ou seja, prevalências de 34,9%, 21,1% e 11,0% estavam associados a níveis de *stress*, depressão e ansiedade, respetivamente. Para além disto, verificou-se que fatores como, membros da família infetados, exposição mássica aos *mídia*, baixo apoio social, antecedentes de problemas psicológicos estão associados ao aumento do risco de problemas de saúde mental (Ma et al., 2020).

Já num estudo realizado com estudantes do Bangladesh, entre 29 de abril e 7 de maio de 2020, Sayeed e colaboradores (2020) afirmam que o género e a idade estão relativamente associados ao *stress*, uma vez que participantes do sexo masculino apresentaram níveis de *stress* inferiores ao sexo feminino, ou seja, nas mulheres foram observados níveis mais elevados de *stress*, bem como sintomas de ansiedade e depressão, o que é consistente com estudos anteriores. Relativamente à idade, estudantes com menos de 22 anos apresentaram um impacto psicológico maior do que os alunos com mais de 22 anos. Ainda neste estudo, observaram-se diferenças na apresentação de sintomatologia ansiosa, depressiva e *stress*, relativamente ao nível socioeconómico e a sua zona de residência, sendo que estudantes que residem em áreas rurais apresentam sintomas de ansiedade e depressão mais baixos.

Em Espanha, realizaram-se alguns estudos sendo um realizado a 28 de março de 2020, aos estudantes universitários espanhóis com o objetivo de analisar o impacto da COVID-19 nas primeiras semanas de confinamento, verificou-se que dos 2.530 entrevistados, 21,34%, 34,19% e 28,14% revelaram níveis moderados a extremamente

graves de ansiedade, depressão e *stress*, respetivamente. Para além destes resultados, encontraram-se diferenças significativas na presença de sintomatologia ansiosa, depressiva e *stress* relativamente a diferentes cursos de diferentes áreas: Artes e Humanidades (A&H), Ciências da Saúde (CS), Ciências Sociais e Direito (CS&D) e Engenharia e Arquitetura (E&A). Os alunos de Artes e Humanidades, Ciências Sociais e Direito apresentaram pontuações mais altas relacionadas à ansiedade, depressão e *stress* relativamente aos alunos de Engenharia e Arquitetura (González et al., 2020).

Um outro estudo, realizado a 20 de junho de 2020 também em Espanha demonstrou que a pandemia efetivamente teve impacto significativo na saúde psicológica dos estudantes (Marques et al., 2021). Revelou a existência de sentimentos negativos, tais como o medo, a preocupação e o *stress* nos estudantes universitários, sendo possível verificar a existência de níveis moderados a graves de ansiedade e depressão nesta população (Marques et al., 2021).

2.4.2 Estudos Portugueses

Uma das medidas de contenção tomada pelo Governo Português, passou pelo encerramento de todas as instituições de ensino, no dia 16 de março de 2020. As Universidades suspenderam as atividades nos campi, tendo que adotar um modelo online de forma repentina, exigindo a reorganização das rotinas dos alunos, professores e funcionários num curto espaço de tempo. Neste processo, os meios de comunicação tornaram-se numa solução importante para a comunicação síncrona (e.g., *Zoom*, *Skype*, *Microsoft Teams*, *Blackboard Ultra*) ou assíncrona (e.g., *email*, *Moodle*, redes sociais).

Em Portugal foi realizado um inquérito, entre 1 e 8 de junho de 2020, pela Federação Académica do Porto (FAP) (Centro de Estudos FAP, 2020) sobre o impacto da pandemia COVID-19 a 2217 estudantes do ensino superior da Academia do Porto (público e privado). Verificou-se que 27% desses estudantes referiram ter falta ou recursos inadequados para acompanharem as aulas através dos meios digitais. Um terço dos estudantes referiu necessitar de apoio para adquirir os recursos necessários. 1 em cada 5 estudantes afirmou não ter um computador adequado e a maioria apresentou problemas no microfone, o que pode ter prejudicado a interação com os professores. Outra dificuldade surgia na conexão com a internet, um dos fatores referidos por 47% dos estudantes, no que diz respeito à falta de recursos. Alguns estudantes, também indicaram não ter condições adequadas em casa para estudar (e.g., espaço de estudo). Além disto,

78% dos estudantes referiu ter sentido um aumento nos níveis de ansiedade, depressão ou outros, durante o período de suspensão das atividades letivas presenciais. Entre estes estudantes, apenas 44% afirmaram ter acesso a soluções de ajuda em tempo útil de forma acessível.

Um outro estudo realizado em Portugal, com 173 estudantes universitários sobre o impacto da aprendizagem à distância, durante o segundo semestre do ano letivo 2019-2020, verificou que 74.6% dos estudantes afirmaram estar bastante preocupados com o impacto que a pandemia da COVID-19 poderá ter no seu percurso académico (Gonçalves et al., 2020). No que concerne aos obstáculos no âmbito da aprendizagem online, 98.2% dos estudantes identificaram obstáculos destacando-se o excesso de atividades e trabalho proposto (19.9%), a falta de concentração (12.6%) e a falta de interação dos estudantes (10%) (Gonçalves et al., 2020).

2.5 Relação entre saúde mental e estratégias de coping em estudantes universitários

Folkman & Lazarus (1986) definem o *coping* como os esforços que cada um faz para lidar com as pressões diárias, ou seja, os esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo indivíduo, para gerir, reduzir, minimizar e tolerar as exigências internas e externas pessoais que são percecionadas como transcendentais aos recursos individuais. O conceito *coping* corresponde a estratégias ou mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com situações de *stress* (Ramos & Carvalho, 2007). A relação entre as estratégias de *coping* adotadas pelos indivíduos e a sua saúde mental tem sido bastante evidenciada na literatura (Mahmoud et al., 2012). Em geral, a utilização de diferentes estratégias de *coping* para enfrentar situações stressantes, têm impacto diferente na qualidade de vida (Wang et al., 2020).

Na teoria de Lazarus e Folkman (1984) são identificados dois tipos de *coping*: (1) *coping focado na emoção*, que abrange a regulação do estado emocional da pessoa, com o objetivo de reduzir ou gerir situações de *stress*, usando esforços que lhe permitam pensar e agir de forma eficaz; (2) *coping focado no problema*, que pretende a resolução de problemas através de esforços que lhe permitam lidar com essas situações adversas de forma adequada.

Vários autores afirmam que as estratégias de *coping* são fulcrais no bem-estar geral do indivíduo, reduzindo o sofrimento a curto ou longo-prazo (Lazarus & Folkman, 1984; Skinner et al., 2003).

Neste sentido, segundo a literatura, tem-se verificado que estratégias de *coping* adaptativas estão associadas a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e *stress*, enquanto que estratégias desadaptativas referem-se a estratégias que não conseguem resolver ou amenizar o problema, podendo assim, as estratégias constituírem-se como fatores de risco ou de proteção (Lazarus & Folkman, 1984). Essas estratégias são geralmente avaliadas como, adaptativas ou desadaptativas, quando perspectivadas quanto ao sucesso ou insucesso no que concerne ao estado de saúde-doença dos indivíduos (Weinman et al., 1995).

Segundo Colten e Gore (1991, *in* Costa & Leal, 2004) as experiências passadas, características pessoais, suporte social e as estratégias de *coping* utilizadas são fatores fulcrais no impacto de situações adversas na saúde do indivíduo.

Num estudo realizado em 2006, com estudantes universitários observaram-se diferenças relativamente ao sexo, sendo que os estudantes do sexo masculino recorrem mais à estratégia de recusa e retraimento enquanto que estudantes do sexo feminino recorrem mais a estratégias de suporte social. Mais concretamente, os homens tendem a escolher estratégias mais focadas no problema, tal como, não aceitar o problema, enquanto que as mulheres recorrem a estratégias mais focadas na emoção, como por exemplo, a expressão de sentimentos e procura de suporte social (Costa & Leal, 2006). Alguns estudos, também demonstram que a idade parece ser um fator determinante na escolha de mecanismo de defesa, ou seja, adolescentes e jovens adultos usam estratégias menos adaptativas e adequadas comparativamente a pessoas com idade superior, que consequentemente influenciam na forma como lidam com os problemas (Costa & Leal, 2006).

Em conformidade, as respostas psicossociais a surtos de doenças infecciosas têm o potencial de acarretar consequências graves e duradouras para a saúde mental (Van Bortel et al., 2016). Para reduzir o sofrimento psicológico, os indivíduos podem utilizar várias estratégias de *coping*. Algumas dessas estratégias são ineficazes e podem exacerbar problemas de saúde mental, enquanto que outras podem efetivamente ser eficazes para mitigar a natureza e o impacto dessas respostas psicológicas.

Na Austrália, em contexto pandémico, foi feito um estudo à população, em maio de 2020, e encontraram-se estratégias de *coping* que foram significativamente associadas a níveis mais altos e mais baixos das três dimensões que impactam negativamente na saúde mental: depressão, ansiedade e *stress* (Gurvich et al., 2021). As estratégias associadas a níveis mais altos de depressão foram a autodistração, desinvestimento

comportamental e a autculpabilização, enquanto que a estratégia reinterpretção positiva foi significativamente associada a níveis mais baixos de depressão. Desinvestimento comportamental e autculpabilização, bem como o uso de suporte instrumental foram associadas a maiores níveis de ansiedade, enquanto que a aceitação revelou ser uma boa estratégia para a diminuição desses mesmos níveis. Por último, para os níveis de *stress*, a autculpabilização e a autodistração relacionaram-se a níveis mais elevados de *stress*, enquanto que o humor e a aceitação, revelaram-se ser fundamentais para a redução de *stress* (Gurvich et al., 2021).

Estudos recentes mostram que estratégias de *coping* focadas no problema e na emoção foram as estratégias mais utilizadas pelas pessoas para lidar com a quarentena (Li, 2020; Park et al., 2020; Sebri et al., 2021). Segundo alguns autores, o *coping* focado na emoção está associado a menores níveis de preocupação e sofrimento psicológico tanto em epidemias anteriores (SARS) como durante a pandemia COVID-19 (Jin et al., 2016; Sebri et al., 2021). As pessoas tendem a utilizar a estratégia de suporte social e emocional, sendo esta estratégia considerada como um fator de proteção durante a quarentena (Serafini et al., 2020). Já o *coping* focado no problema foi frequentemente associado à redução dos níveis de ansiedade durante a pandemia COVID-19 (Fu et al., 2020; Rogowska et al., 2020).

Para além dos estudos previamente mencionados relativamente ao impacto psicológico da pandemia COVID-19 no risco para o desenvolvimento de sintomatologia de ansiedade, depressão e *stress*, poucos se referem ao impacto desta nos estudantes universitários. Deste modo, compreende-se que a investigação nesta população pode ainda não ter sido assegurada, e assim sendo, este estudo de cariz exploratório tem como principal objetivo compreender o impacto psicológico da pandemia COVID-19 no risco para o desenvolvimento de sintomatologia de ansiedade, depressão e *stress*, bem como estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes universitários durante as medidas de confinamento.

3. Método

O presente estudo está inserido no projeto de investigação ACT-19, um projeto desenvolvido por uma equipa de investigadores da Universidade Católica Portuguesa (Escola Superior de Biotecnologia, Faculdade de Educação e Psicologia, Escola das Artes

e do Instituto de Ciências da Saúde), que tem como objetivo avaliar o impacto que a pandemia COVID-19 teve na saúde mental dos estudantes universitários da UCP (ACT-19, 2021).

Neste estudo pretende-se utilizar uma metodologia quantitativa, uma vez que serão utilizados procedimentos de quantificação para o tratamento e análise dos dados em causa (Martins, 2011), adotando assim uma lógica hipotético-dedutiva.

O *design* de investigação deste estudo, será um *design* misto, ou seja, correlacional e intersujeitos. *Design* correlacional, uma vez que se vai avaliar a relação, associação ou correlação entre variáveis através dos testes de associação e *design* intersujeitos, pois irá ser comparado dois ou mais grupos independentes ao nível de uma determinada variável, através de testes de diferenças para amostras independentes (Martins, 2011).

3.1 Objetivo Geral e Específicos

O objetivo geral deste estudo é explorar o impacto psicológico da pandemia COVID-19 no risco para o desenvolvimento de sintomatologia de ansiedade, depressão e *stress*, bem como estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes universitários durante as medidas de confinamento. Tendo em conta o objetivo geral, constituem-se como objetivos específicos:

Objetivos Específicos:

- Identificar a presença de sintomatologia depressiva durante a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento em estudantes universitários;
- Identificar a presença de sintomatologia ansiosa durante a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento em estudantes universitários;
- Identificar a presença de *stress* durante a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento em estudantes universitários;
- Descrever estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes universitários durante a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento;
- Analisar a associação entre características sociodemográficas dos estudantes universitários e a apresentação de *stress* e sintomatologia depressiva e ansiosa.
- Analisar a associação entre características sociodemográficas dos estudantes universitários e as estratégias de *coping* adotadas;

- Estudar a associação entre estratégias de *coping* e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* nos estudantes universitários durante a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento;

Com base na revisão da literatura, estudos recentes permitem antecipar a existência de associação entre a pandemia COVID-19 e medidas de confinamento associadas e a presença de níveis mais elevados de ansiedade, depressão e *stress* em estudantes universitários (e.g., Meyer, 2001). Também antecipamos que maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress* poderão estar associados à adoção de diferentes estratégias de *coping* (adaptativas vs. desadaptativas) (Meyer, 2001).

3.2 Amostra

Participaram no estudo 2000 estudantes do ensino superior, mais concretamente da Universidade Católica Portuguesa (UCP). No entanto, apenas 913 participantes apresentaram respostas válidas, 23,4% (n = 214) do sexo masculino e 76,6% (n = 699) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 75 anos (M = 24.87, DP = 9,10). No que concerne ao grau de estudos, verifica-se que a 59,5% (n = 543) dos participantes está a frequentar a licenciatura, 32,1% (n = 293) está no mestrado, 3,7% (n = 34) no doutoramento e 4,7% (n = 43) estará a frequentar outro grau de estudos, como por exemplo, uma pós-graduação. Desta amostra, sabe-se que 11,2% (n = 102) participantes frequentam o *campi* de Braga, 18,2% (n = 166) frequenta o *campi* de Lisboa, 2,3% (n = 21) o *campi* de Viseu e maioritariamente dos participantes (68,3%) (n = 624) estuda no *campi* do Porto. Por último, sabe-se também que 19,4% (n = 177) dos participantes é estrangeiro ou está deslocado da sua residência.

3.3 Instrumentos

Neste estudo, foram utilizados três instrumentos para a recolha de dados, um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Ansiedade Depressão e *Stress* (EADS-21) e o Questionário *Brief Cope*. É importante realçar que todos os instrumentos aqui utilizados e descritos estão devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa.

3.3.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico permite a recolha de dados sociodemográficos e outros dados considerados relevantes para a caracterização dos participantes deste

estudo. Para além da inclusão dos dados sociodemográficos, foram consideradas neste questionário perguntas relativas à COVID-19 para caracterizar a vivência dos participantes durante esta situação pandémica.

Assim sendo, neste estudo, o questionário sociodemográfico incluiu variáveis como: idade; sexo; nacionalidade; estado civil; curso e ano que frequenta; se é trabalhador/estudante e qual a sua residência atual. Relativamente à temática COVID-19 foram integradas perguntas como: se a pessoa esteve infetado ou não; se a pessoa viveu alguma preocupação em relação aos seus familiares durante a pandemia; se apresentou sintomas semelhantes à COVID-19; se atravessou alguma dificuldade socioeconómica decorrente da pandemia; e se já tinha antecedentes de problemas de saúde mental (manifestações de ansiedade, depressão e *stress*) antes da pandemia, ou se decorreram da vivência da mesma.

3.3.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond 1995; Ribeiro, Horando & Leal, 2014) permite analisar a perceção da ansiedade, depressão e *stress* dos estudantes universitários com mais de 17 anos, com o objetivo de avaliar a sintomatologia associada à depressão, ansiedade e *stress*. A versão original desta escala é constituída por 42 itens, enquanto a versão portuguesa é constituída por 21 itens estruturada em três dimensões: depressão, ansiedade e *stress*. Cada dimensão é constituída por 7 itens e inclui vários conceitos nomeadamente clínicos e empíricos. A dimensão Depressão é constituída pelos itens: Anedonia (item 3), Inércia (item 5), Desânimo (item 10), Disforia (item 13), Falta de interesse ou envolvimento (item 16), Autodepreciação (item 17) e Desvalorização da vida (item 21). A segunda dimensão, Ansiedade, apresenta: Excitação do sistema autónomo (itens 2,4 e 19), Efeitos músculo esqueléticos (item 7), Ansiedade situacional (item 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20). Por fim, a dimensão *Stress* está representada pelos itens: Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12), Excitação nervosa (item 8), Facilmente agitado/chateado (item 18), Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11) e Impaciência (item 14). Todos estes itens consistem numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos e pede-se aos sujeitos que respondam em que medida experimentaram cada sintoma na última semana. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de Likert, em que: “0” corresponde a “não se aplicou nada a mim”; “1” corresponde a “aplicou-se

a mim algumas vezes”; “2” corresponde a “aplicou-se a mim de muitas vezes” e “3” corresponde a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A cotação da EADS-21 é determinada pela soma dos resultados dos sete itens de cada dimensão, sendo que a pontuação mínima é 0 e a máxima é 21, em que pontuações mais elevadas em cada escala corresponde a estados afetivos mais negativos (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Relativamente à consistência interna da EADS-21 que foi verificada com recurso ao *Alfa de Cronbach*, constatou-se o valor de 0.81 para a dimensão “*Stress*”, 0.74 para a dimensão “*Ansiedade*” e por fim, 0.85 para a dimensão “*Depressão*” (Pais-Ribeiro et al., 2014). Quanto ao coeficiente de fidelidade da EADS-21, verificou-se um total de .97 provando uma elevada consistência interna do instrumento, sendo que a consistência interna das 3 subescalas obtidas foram de .96 para a dimensão “*Stress*”, .92 para a dimensão “*Ansiedade*” e 0.94 para a dimensão “*Depressão*” (Pereira & Pereira, 2010).

3.3.3 *Brief Cope*

O Brief Cope (Brief COPE; Carver et al., 1998; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) propõe-se responder à “necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível” (Carver, 1997). Este questionário até à versão de hoje sofreu várias alterações. Inicialmente incluía 52 itens distribuídos por 13 escalas, posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e finalmente, 60 itens em 15 escalas, ou seja, quatro itens por escala (Carver et al., 1998; Carver, 1997). A versão portuguesa deste instrumento desenvolvida por Ribeiro & Rodrigues (2004) é constituído por 14 escalas com dois itens cada escala, sendo estas: *Coping* ativo; Planear; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte social emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Autoculpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Autodistração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias e Humor. Os itens agrupados em escalas são redigidos em termos da ação que as pessoas implementam, sendo que a resposta é dada numa escala ordinal com quatro opções de resposta, de “0” a “3”, entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta resposta pode ser alterada consoante o investigador esteja interessado no “*coping* estado” ou no “*coping* traço”. Se for “*coping* estado” deverá responder “fiz isto”, se for “*coping* traço” deverá responder “costumo fazer isto”. O resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas, ou seja, não há um resultado final.

Segundo Meyer (2001) as estratégias de *coping* podem ser agrupadas em dois, estratégias adaptativas e desadaptativas. *Coping* ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social e emocional, religião, reinterpretação positiva, aceitação e humor são as oito dimensões que Meyer (2001) agrupou como sendo as estratégias de *coping* adaptativas. Quanto às estratégias de *coping* desadaptativas temos a autculpabilização, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental e uso de substâncias (Meyer, 2001).

Relativamente à consistência interna do Brief Cope que foi verificada com recurso ao *Alfa de Cronbach*, confirma-se que a consistência interna das escalas é satisfatória e segue padrões idênticos à versão original (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os valores da consistência interna (representados entre parêntesis) de cada escala pertencente a este instrumento são: *Coping* ativo (0,65); Planejar (0,70); Utilizar suporte instrumental (0,81); Utilizar suporte social emocional (0,79); Religião (0,80); Reinterpretação positiva (0,74); Autculpabilização (0,62); Aceitação (0,55); Expressão de sentimentos (0,84); Negação (0,72); Autodistração (0,67); Desinvestimento comportamental (0,78); Uso de substâncias (0,81) e Humor (0,83).

3.4 Procedimentos

3.4.1 Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito *online*, respondidos pelos estudantes da Universidade Católica Portuguesa, na plataforma *Google Forms*. Este inquérito foi enviado a todos os estudantes universitários dessa mesma universidade entre os meses de maio e junho de 2021, tendo que ser respondido de forma individual e com uma duração de aproximadamente 30 minutos. Este projeto foi financiado pela Universidade Católica Portuguesa e foi aceite pela Comissão de Ética da Universidade Católica.

Inicialmente, neste inquérito foi apresentado um Consentimento Informado com o objetivo de os participantes perceberem o intuito do mesmo, bem como todas as Questões Éticas e Deontológicas contempladas no código da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Esse consentimento significa que é reconhecida à pessoa a capacidade de consentir e que esta foi informada apropriadamente quanto à natureza do projeto. De ressaltar que todos os participantes foram informados que a confidencialidade dos dados recolhidos foi assegurada, bem

como o anonimato das suas identidades. Posteriormente ao Consentimento Informado foi pedido aos participantes que respondessem ao Questionário Sociodemográfico, bem como aos instrumentos EADS- Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress e Brief Cope*.

O único critério de inclusão para a participação deste estudo, era ser estudante da Universidade Católica Portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão não foram identificados quaisquer critérios.

A amostra deste estudo constitui-se como não probabilística, objetiva ou intencional, sendo apenas limitado a estudantes universitários da UCP (Martins, 2011).

3.4.2 Tratamento e Análise de Dados

Relativamente ao tratamento e análise de dados, foram utilizadas análises estatísticas, descritiva e inferencial com recurso ao programa IBM®SPSS® *Statistics* (versão 28). A estatística descritiva engloba um conjunto de medidas e de representações gráficas que nos permitem descrever, de uma forma sintetizada, um conjunto de dados (Howell, 2010), desta forma, recorri à estatística descritiva para a caracterização clínica e sociodemográfica da amostra. A estatística inferencial permitiu-me retirar conclusões acerca da população-alvo, com base nos resultados obtidos na amostra daí recrutada (Howell, 2010). A estatística inferencial engloba testes estatísticos, de associação e de diferenças, que nos permitiu concluir, recorrendo a probabilidades estatísticas, se as associações ou diferenças detetadas na amostra em estudo estarão, ou não, presentes na população-alvo (Martins, 2011).

Assim, neste estudo foram realizados testes de associação e de diferenças. Quanto aos testes de associação foi utilizado o Coeficiente de Correlação Pearson (r), que faz a associação entre duas (ou mais) variáveis intervalares.

Relativamente aos testes de diferenças utilizei o Teste T para amostras independentes (t) que averigua se as médias da variável dependente nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra.

4. Resultados

Participaram no estudo 2000 estudantes da UCP. No entanto, apenas 913 participantes apresentaram respostas válidas, 23,4% ($n = 214$) do sexo masculino e 76,6% ($n = 699$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 75 anos ($M = 24.87$, $DP = 9,10$). No que concerne ao grau de estudos, verifica-se que a 59,5% ($n = 543$)

dos participantes está a frequentar a licenciatura, 32,1% ($n = 293$) está no mestrado, 3,7% ($n = 34$) no doutoramento e 4,7% ($n = 43$) estará a frequentar outro grau de estudos. Desta amostra, sabe-se que 11,2% ($n = 102$) participantes frequentam o *campi* de Braga, 18,2% ($n = 166$) frequenta o *campi* de Lisboa, 2,3% ($n = 21$) o *campi* de Viseu e maioritariamente dos participantes (68,3%) ($n = 624$) estuda no *campi* do Porto. Por último, sabe-se também que 19,4% ($n = 177$) dos participantes é estrangeiro ou está deslocado da sua residência.

Com a consulta da Tabela 1 podemos observar correlações negativas significativas entre a idade e as subescalas da EADS e COPE. Assim, quanto mais velhos os participantes, menores os resultados nas subescalas depressão ($r = -.15$; $p = <.001$), ansiedade ($r = -.13$; $p = <.001$) e *stress* ($r = -.13$; $p = <.001$). Observa-se também uma correlação negativa significativa entre a idade e as estratégias de *coping* desadaptativas, ou seja, quanto mais velhos, menos estratégias de *coping* desadaptativas utilizam, sendo elas a autculpabilização ($r = -.13$; $p = <.001$), a negação ($r = -.10$; $p = .01$), a autodistração ($r = -.22$; $p = <.001$) e o desinvestimento comportamental ($r = -.14$; $p = <.001$). Existe também uma correlação negativa significativa entre a idade e a estratégia de *coping* adaptativa, utilização de suporte emocional ($r = -.13$; $p = <.001$). Quanto mais velhos os participantes, menor utilização de suporte emocional. Existe ainda uma correlação positiva significativa entre a idade e a utilização da estratégia de *coping* adaptativa, religião ($r = -.25$; $p = <.001$). Quanto mais velhos forem os participantes maior utilização desta estratégia de *coping*.

Observamos uma correlação positiva significativa entre a subescala depressão e as subescalas ansiedade ($r = .74$; $p = <.001$) e *stress* ($r = .78$; $p = <.001$). Assim, estudantes que apresentam maiores resultados na subescala depressão estão associados a resultados mais elevados nas subescalas ansiedade e *stress*. Também existe uma correlação positiva entre a subescala depressão e as estratégias de *coping* adaptativas, *coping* ativo ($r = .09$; $p = .02$) e utilização de suporte emocional ($r = .14$; $p = <.001$), ou seja, estudantes que apresentam maiores resultados na subescala depressão está associada a maior utilização das estratégias de *coping* adaptativas, *coping* ativo e utilização de suporte emocional. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala depressão e a estratégia de *coping* desadaptativa reinterpretação positiva ($r = -.16$; $p = <.001$). Maior resultado na subescala depressão está associado a menor utilização da estratégia reinterpretação positiva. Por outro lado, há uma correlação positiva significativa entre a subescala depressão e estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente a autculpabilização ($r = .56$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .20$; $p = <.001$), a negação ($r = .30$; $p = <.001$).

= <.001), a autodistração ($r = .40$; $p = <.001$), o desinvestimento comportamental ($r = .58$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .36$; $p = <.001$). Assim, estudantes que apresentam resultados superiores na subescala depressão está associada a maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas.

Analizamos também uma correlação positiva significativa entre a subescala ansiedade e a subescala *stress* ($r = .81$; $p = <.001$), ou seja, maior resultado na subescala ansiedade está associado a maior resultado na subescala *stress*. Verifica-se uma correlação positiva significativa relativamente à subescala ansiedade e estratégias de *coping* adaptativas, como o *coping* ativo ($r = .15$; $p = <.001$) e suporte emocional ($r = .16$; $p = <.001$). Assim, estudantes que apresentam resultados mais elevados na subescala ansiedade estão associados a maior utilização da estratégia de *coping* ativo e suporte emocional. Há também uma correlação negativa significativa entre a subescala ansiedade e a estratégia de *coping* adaptativa, reinterpretação positiva ($r = -.11$; $p = .01$). Maior resultado na subescala de ansiedade está associado a menor utilização da estratégia de *coping* adaptativa, reinterpretação positiva. Por fim, existe uma correlação positiva significativa entre os resultados da subescala ansiedade e as estratégias de *coping* desadaptativas, ou seja, maiores resultados da subescala ansiedade está associada a maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente a autoculpabilização ($r = .51$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .17$; $p = <.001$), a negação ($r = .32$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .38$; $p = <.001$), o desinvestimento comportamental ($r = .52$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .35$; $p = <.001$).

Posteriormente, verificamos também uma correlação positiva significativa entre a subescala *stress* e estratégias adaptativas, nomeadamente, o *coping* ativo ($r = .16$; $p = <.001$), planejar ($r = .09$; $p = <.02$), a utilização de suporte instrumental ($r = .09$; $p = <.02$), a utilização de suporte emocional ($r = .21$; $p = <.001$) e a aceitação ($r = .11$; $p = .01$). Assim, resultados mais elevados de *stress* estão associados a maior utilização de estratégias de *coping* adaptativas. Além disso observa-se também uma correlação positiva significativa entre a subescala *stress* e a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas, tais como, a autoculpabilização ($r = .52$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .27$; $p = <.001$), a negação ($r = .30$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .40$; $p = <.001$), o desinvestimento comportamental ($r = .49$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .28$; $p = <.001$). Quanto maior o resultado da subescala *stress* maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas.

De seguida, foram encontradas correlações positivas significativas entre a estratégia de *coping* ativo e todas as outras estratégias de *coping* adaptativas, sendo elas, planejar ($r = .62$; $p = <.001$), utilizar suporte instrumental ($r = .43$; $p = <.001$), utilizar suporte emocional ($r = .41$; $p = <.001$), religião ($r = .18$; $p = <.001$), a reinterpretação positiva ($r = .48$; $p = <.001$), a aceitação ($r = .40$; $p = <.001$) e o humor ($r = .25$; $p = <.001$). Assim, maior utilização de estratégia de *coping* ativo, está associado a maior utilização das restantes estratégias de *coping* adaptativas. Também se verifica uma correlação positiva significativa entre a o *coping* ativo e as estratégias de *coping* desadaptativas como, a autculpabilização ($r = .36$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .41$; $p = <.001$), a negação ($r = .25$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .43$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .09$; $p = .02$). Maior utilização da estratégia *coping* ativo está associada a maior utilização de estratégias desadaptativas.

Foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* planejar e todas as outras estratégias de *coping* adaptativas como o utilizar suporte instrumental ($r = .58$; $p = <.001$), o utilizar suporte emocional ($r = .50$; $p = <.001$), a religião ($r = .24$; $p = <.001$), a reinterpretação positiva ($r = .66$; $p = <.001$), a aceitação ($r = .58$; $p = <.001$) e o humor ($r = .38$; $p = <.001$), ou seja, maior utilização da estratégia planejar está associada a maior utilização de estratégias de *coping* adaptativas. Existe também uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* planejar e algumas estratégias de *coping* desadaptativas como a autculpabilização ($r = .30$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .48$; $p = <.001$), a negação ($r = .08$; $p = .03$) e a autodistração ($r = .37$; $p = <.001$). Assim, maior utilização da estratégia de *coping* planejar está associada a maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas.

A utilização de suporte instrumental está positivamente correlacionada com estratégias de *coping* adaptativas, como a utilização de suporte emocional ($r = .75$; $p = <.001$), a religião ($r = .33$; $p = <.001$), a reinterpretação positiva ($r = .44$; $p = <.001$), a aceitação ($r = .41$; $p = <.001$) e o humor ($r = .30$; $p = <.001$). Maior utilização da estratégia suporte instrumental está associada a maior utilização de estratégias adaptativas. Está também positivamente correlacionada com estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente, a autculpabilização ($r = .19$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .63$; $p = <.001$), a negação ($r = .16$; $p = <.001$) e a autodistração ($r = .33$; $p = <.001$). Assim, maior utilização de suporte emocional está associada a maior utilização de autculpabilização, expressão de sentimentos, negação e autodistração.

Posteriormente, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* utilização de suporte emocional com a utilização das estratégias adaptativas, religião ($r = .26$; $p = <.001$), reinterpretação positiva ($r = .36$; $p = <.001$), aceitação ($r = .37$; $p = <.001$) e humor ($r = .23$; $p = <.001$). Assim, maior utilização de suporte emocional está associada a maior utilização das estratégias de *coping* adaptativas. Observou-se também uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* utilização de suporte emocional com estratégias de *coping* desadaptativas, sendo estas a autculpabilização ($r = .27$; $p = <.001$), a expressão de sentimentos ($r = .65$; $p = <.001$), a negação ($r = .20$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .45$; $p = <.001$) e o desinvestimento comportamental ($r = .14$; $p = <.001$). Maior utilização de suporte emocional está associada a maior utilização das estratégias desadaptativas.

De seguida, foram identificadas correlações positivas significativas entre a estratégia de *coping* religião e estratégias de *coping* adaptativas, nomeadamente, a reinterpretação positiva ($r = .26$; $p = <.001$), a aceitação ($r = .26$; $p = <.001$) e o humor ($r = .16$; $p = <.001$). Maior utilização da estratégia religião está associada a maior utilização das estratégias de *coping* adaptativas. Esta estratégia está positivamente correlacionada com a estratégia de *coping* desadaptativa, expressão de sentimentos ($r = .23$; $p = <.001$). Assim, maior utilização da estratégia religião está associada a maior utilização da estratégia de *coping* desadaptativa expressão de sentimentos.

Há também uma correlação positiva significativa entre a estratégia reinterpretação positiva e as estratégias de *coping* aceitação ($r = .57$; $p = <.001$) e humor ($r = .45$; $p = <.001$). Assim, maior utilização da estratégia reinterpretação positiva está associada a maior utilização da estratégia de *coping* aceitação e humor. Verificou-se ainda uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* reinterpretação positiva com estratégias de *coping* desadaptativas, como a expressão de sentimentos ($r = .31$; $p = <.001$) e autodistração ($r = .35$; $p = <.001$). Maior utilização da reinterpretação positiva está associada a maior utilização das estratégias expressão de sentimentos e autodistração. Por outro lado, observou-se uma correlação negativa significativa entre a estratégia reinterpretação positiva com a estratégia desinvestimento comportamental ($r = -.12$; $p = .00$). Assim, maior utilização da estratégia reinterpretação positiva está associada a menor utilização da estratégia desadaptativa, desinvestimento comportamental.

Tabela 1. Matriz Correlacional.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Idade	1.00																	
2. Depressão	-.15***	1.00																
3. Ansiedade	-.13***	.74***	1.00															
4. <i>Stress</i>	-.13***	.78***	.81***	1.00														
5. <i>Coping</i> Ativo (EA)	-.07 ^a	.09*	.15***	.16***	1.00													
6. Planear (EA)	-.05	.03	.06	.09*	.62***	1.00												
7. Utilizar suporte instrumental (EA)	-.05	.03	.04	.09*	.43***	.56***	1.00											
8. Utilizar suporte emocional (EA)	-.13***	.14***	.16***	.21***	.41***	.50***	.75***	1.00										
9. Religião (EA)	.25***	-.06	-.01	-.00	.18***	.24***	.33***	.26***	1.00									
10. Reinterpretação positiva (EA)	.05	-.16***	-.11***	-.03*	.48***	.66***	.44***	.36***	.26***	1.00								
11. Autoculpabilização (ED)	-.13***	.56***	.51***	.52***	.36***	.30***	.19***	.27***	.05	.07 ^a	1.00							
12. Aceitação (EA)	-.05	.05	.08*	.11**	.40***	.58***	.41***	.37***	.26***	.57***	.13***	1.00						
13. Expressão de sentimentos (ED)	-.06	.20***	.17***	.27***	.41***	.48***	.63***	.65***	.23***	.31***	.34***	.31***	1.00					
14. Negação (ED)	-.10**	.30***	.32***	.30***	.25***	.08*	.16***	.20***	.05	.05	.40***	.07 ^a	.22***	1.00				
15. Autodistração (ED)	-.22***	.40***	.38***	.40***	.43***	.37***	.33***	.45***	.06	.19***	.47***	.32***	.40***	.35***	1.00			
16. Desinvestimento comportamental (ED)	-.14***	.58***	.52***	.49***	.05	.00	.05	.14***	-.05	-.12**	.57***	.09*	.13**	.36***	.37***	1.00		
17. Uso de substâncias (ED)	-.04	.36***	.35***	.28***	.09*	.03	.00	.06	-.00	-.02	.34***	.05	-.03	.25***	.20***	.41***	1.00	
18. Humor (EA)	.02	.00	.07 ^a	.04	.25***	.38***	.30***	.23***	.16***	.45***	.10*	.48***	.21***	.10*	.31***	.07 ^a	.06	1.00

As variáveis depressão, ansiedade e *stress* são subescalas da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS). *Coping* ativo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social e emocional, religião, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor são subescalas do *Brief Cope* (COPE).

(EA) – Estratégia de Coping Adaptativa; (ED)- Estratégia de Coping Desadaptativa.

^ap < .10; *p < .05; **p < .01; ***p < .001.

Há uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* autculpabilização com as restantes estratégias desadaptativas, a expressão de sentimentos ($r = .34$; $p = <.001$), a negação ($r = .40$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .47$; $p = <.001$), o desinvestimento comportamental ($r = .57$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .34$; $p = <.001$). Assim, maior utilização da estratégia autculpabilização está associada a maior utilização das restantes estratégias desadaptativas. Também existe uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* autculpabilização e estratégias adaptativas, como aceitação ($r = .13$; $p = <.001$) e humor ($r = .10$; $p = .01$). Maior utilização da estratégia de *coping* autculpabilização está associada a maior utilização das estratégias aceitação e humor.

A estratégia aceitação está positivamente correlacionada com a estratégia de *coping* adaptativa, humor ($r = .48$; $p = <.001$). Assim, maior utilização da estratégia aceitação está associada a maior utilização da estratégia humor. Existe também uma correlação positiva significativa entre a aceitação e estratégias desadaptativas, nomeadamente a expressão de sentimentos ($r = .31$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .32$; $p = <.001$) e o desinvestimento comportamental ($r = .09$; $p = .03$).

Observa-se uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* expressão de sentimentos com estratégias de *coping* desadaptativas como a negação ($r = .22$; $p = <.001$), a autodistração ($r = .40$; $p = <.001$) e com o desinvestimento comportamental ($r = .13$; $p = .00$). Assim, maior utilização da expressão de sentimentos está relacionada com maior utilização das estratégias desadaptativas. Relaciona-se positivamente ainda com a estratégia de *coping* adaptativa, humor ($r = .21$; $p = <.001$).

A estratégia de *coping* negação está positivamente correlacionada com estratégias de *coping* desadaptativas, como a autodistração ($r = .35$; $p = <.001$), o desinvestimento comportamental ($r = .36$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .25$; $p = <.001$). Relaciona-se igualmente com a estratégia de *coping* adaptativa, humor ($r = .10$; $p = .02$).

Há uma correlação positiva significativa entre a estratégia autodistração com as estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente o desinvestimento comportamental ($r = .37$; $p = <.001$) e o uso de substâncias ($r = .20$; $p = <.001$). Maior utilização da estratégia autodistração está associada a maior utilização da estratégia desinvestimento comportamental. A autodistração está positivamente correlacionada com a estratégia de *coping* adaptativa, humor ($r = .31$; $p = <.001$), ou seja, maior utilização da estratégia autodistração está associada a maior utilização da estratégia adaptativa, humor.

Por fim, existe uma correlação positiva significativa entre a estratégia de *coping* desadaptativa, desinvestimento comportamental e a estratégia de *coping* uso de substâncias ($r = .41$; $p = <.001$). Maior utilização da estratégia desinvestimento comportamental está associada a maior utilização da estratégia desadaptativa, uso de substâncias.

Tabela 2. Diferenças entre o sexo e os resultados das subescalas do EADS e COPE.

	Sexo		<i>t</i>
	Masculino	Feminino	
	(<i>n</i> = 214) <i>Média (DP)</i>	(<i>n</i> = 699) <i>Média (DP)</i>	
Depressão	9.23 (9.52)	11.13 (11.46)	-2.04*
Ansiedade	6.83 (8.55)	9.10 (9.93)	-2.80*
Stress	12.38 (10.42)	16.11 (12.31)	-3.72***
Coping Ativo (EA)	2.16 (1.60)	2.36 (1.55)	-1.34
Planear (EA)	2.68 (1.69)	2.86 (1.72)	-1.09
Utilizar suporte instrumental (EA)	1.59 (1.60)	1.94 (1.77)	-2.11*
Utilizar suporte emocional (EA)	1.59 (1.55)	2.23 (1.84)	-3.75***
Religião (EA)	1.80 (2.11)	1.25 (1.75)	3.11**
Reinterpretação positiva (EA)	2.40 (1.69)	2.69 (1.79)	-1.70 ^a
Autoculpabilização (ED)	2.03 (1.66)	2.17 (1.77)	-.78
Aceitação (EA)	2.54 (1.66)	2.86 (1.68)	-1.97 ^a
Expressão de sentimentos (ED)	1.61 (1.49)	2.18 (1.73)	-3.52***
Negação (ED)	.73 (1.17)	.76 (1.15)	-.33
Autodistração (ED)	1.49 (1.53)	2.14 (1.63)	-4.22***
Desinvestimento comportamental (ED)	.73 (1.17)	.93 (1.34)	-1.63
Uso de substâncias (ED)	.42 (1.14)	.24 (.89)	1.95 ^a
Humor (EA)	2.36 (1.62)	2.12 (1.77)	1.39

(EA) – Estratégia de *Coping* Adaptativa; (ED) – Estratégia de *Coping* Desadaptativa.

^a $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Com a observação da Tabela 2, conclui-se que há diferenças significativas entre o sexo dos participantes e a presença de sintomatologia depressiva ($t(779) = -2.04$, $p = 0.042$), ansiosa ($t(781) = -2.80$, $p = 0.01$) e *stress* ($t(782) = -3.72$, $p = <.001$). Os participantes do sexo feminino apresentam resultados superiores quanto à presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* do que os participantes do sexo masculino.

Observa-se ainda que há diferenças significativas entre o sexo dos participantes e estratégias de *coping* adaptativas, nomeadamente, utilizar suporte instrumental ($t(641) = -2.11$, $p = .04$), e utilizar suporte emocional ($t(641) = -3.75$, $p = <.001$), ou seja, estas estratégias de *coping* são mais utilizadas pelo sexo feminino do que pelos participantes

do sexo masculino. Relativamente à estratégia de *coping*, religião ($t(642) = 3.11, p = .00$) verifica-se que é uma estratégia mais utilizada pelo sexo masculino do que pelos participantes do sexo feminino. Também se encontram diferenças significativas entre o sexo e as estratégias de *coping* desadaptativas, mais especificamente, expressão de sentimentos ($t(643) = -3.52, p = <.001$) e autodistração ($t(644) = -4.22, p = <.001$), concluindo assim que estas estratégias de *coping* são mais utilizadas pelos participantes do sexo feminino do que pelos participantes do sexo masculino.

Tabela 3. Diferenças entre o ciclo de estudos e os resultados subescalas do EADS e COPE.

	Ciclo de Estudos		
	1º ciclo	2º e 3º ciclo	<i>t</i>
	(<i>n</i> = 543)	(<i>n</i> = 370)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Depressão	11.99 (11.62)	8.89 (9.97)	3.90***
Ansiedade	9.55 (10.09)	7.21 (8.90)	3.37***
Stress	16.50 (12.17)	13.50 (11.55)	3.48***
Coping Ativo (EA)	2.38 (1.52)	2.23 (1.62)	1.23
Planear (EA)	2.93 (1.70)	2.68 (1.73)	1.85 ^a
Utilizar suporte instrumental (EA)	1.99 (1.84)	1.69 (1.58)	2.25*
Utilizar suporte emocional (EA)	2.28 (1.85)	1.85 (1.70)	3.01**
Religião (EA)	1.27 (1.82)	1.50 (1.87)	-1.60
Reinterpretação positiva (EA)	2.55 (1.73)	2.73 (1.82)	-1.24
Autoculpabilização (ED)	2.34 (1.77)	1.87 (1.67)	3.38***
Aceitação (EA)	2.95 (1.67)	2.59 (1.66)	2.73***
Expressão de sentimentos (ED)	2.26 (1.76)	1.78 (1.56)	3.58***
Negação (ED)	.86 (1.23)	.62 (1.02)	2.56*
Autodistração (ED)	2.26 (1.67)	1.66 (1.52)	4.65***
Desinvestimento comportamental (ED)	1.03 (1.39)	.70 (1.17)	3.21**
Uso de substâncias (ED)	.33 (1.08)	.20 (.75)	1.72 ^a
Humor (EA)	2.25 (1.81)	2.07 (1.64)	1.23

(EA) – Estratégia de *Coping* Adaptativa; (ED) – Estratégia de *Coping* Desadaptativa.

^a $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Com a visualização da Tabela 3 podemos concluir que existem diferenças significativas entre o ciclo de estudos e a presença de sintomatologia depressiva ($t(779) = 3.90, p = <.001$), ansiosa ($t(781) = 3.37, p = <.001$) e *stress* ($t(782) = 3.48, p = <.001$). Os participantes do 1º ciclo apresentam resultados superiores quanto à presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* do que os participantes do 2º e 3º ciclo. Também se conclui que existem diferenças significativas entre o ciclo de estudos e as estratégias de *coping* adaptativas utilizadas, sendo elas, utilizar suporte instrumental (t

(641) = 2.25, $p = .03$), utilizar suporte emocional ($t(641) = 3.01$, $p = .00$) e aceitação ($t(642) = 2.73$, $p = .01$). Os participantes do 1º ciclo apresentam resultados superiores quanto à utilização de estratégias de *coping* adaptativas do que os participantes do 2º e 3º ciclo. Existe ainda diferenças significativas entre o ciclo de estudos e as estratégias de *coping* desadaptativas utilizadas, como, autoculpabilização ($t(641) = 3.38$, $p = <.001$), expressão de sentimentos ($t(643) = 3.58$, $p = <.001$), negação ($t(643) = 2.56$, $p = .01$), autodistração ($t(644) = 4.65$, $p = <.001$) e desinvestimento comportamental ($t(644) = 3.21$, $p = .00$). Os participantes do 1º ciclo apresentam resultados superiores quanto à utilização de estratégias de *coping* desadaptativas do que os participantes do 2º e 3º ciclo.

5. Discussão dos resultados

Apesar de existir literatura que corrobora as consequências negativas da pandemia COVID-19 em relação à saúde mental da população em geral (Ornell et al., 2020; Wang et al., 2020), existe pouca investigação sobre o impacto da pandemia causado na saúde mental dos estudantes universitários, nomeadamente em Portugal. Nesse sentido, o presente estudo teve como principal objetivo explorar o impacto psicológico da pandemia COVID-19 no risco para o desenvolvimento de sintomatologia de depressão, ansiedade e *stress*, bem como no estudo das estratégias de *coping* adotadas pelos estudantes universitários durante as medidas de confinamento.

Neste estudo participaram 913 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 17 e os 75 anos inscritos nos quatro *campi* da UCP - Lisboa, Porto, Braga e Viseu. A maioria dos estudantes era do sexo feminino e frequentavam o *campi* do Porto. A maioria dos participantes frequentavam a licenciatura.

Os resultados deste estudo demonstram que uma percentagem elevada dos estudantes universitários apresenta níveis clínicos de ansiedade, depressão e *stress*. Os nossos resultados estão em conformidade com a literatura, segundo a qual os estudantes universitários são vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade, depressão e *stress* (Almeida, 2015; Bayram & Bilgel, 2008; Eisenberg et al., 2007). Além disso, os desafios do contexto pandémico aos quais os estudantes foram expostos pode aumentar consequentemente o risco de desenvolvimento de problemas relacionados com a saúde mental (Maia et al., 2010; Venezia & Jaeger, 2013). Segundo Dobmeier e colaboradores (2011), os estudantes que procuram ajuda possuem, maioritariamente,

problemas de depressão, ansiedade e *stress*, frequentemente associados à fraca realização acadêmica e a problemas emocionais, que resultam da sobrecarga emocional e física a que estão sujeitos (por exemplo, longas horas de estudo e esforço na adaptação à instituição, ou seja, a professores, colegas e ao contexto acadêmico). Os problemas relacionados com a sintomatologia depressiva afetam de modo grave os estudantes universitários, uma vez que dificultam as tarefas desenvolvimentais (Veiga & Pereira, 2012), acadêmicas, provocando consequentemente a baixa produtividade e o absentismo escolar (Beck et al, 2014). Também a presença de sintomatologia ansiosa em contexto acadêmico, pode deteriorar as relações interpessoais, a autoestima e as competências intelectuais desses estudantes (Wang et al, 2009). De igual forma, estudos afirmam que elevados níveis de *stress*, afetam especificamente ao nível do desempenho acadêmico, dificuldades de concentração e perda de memória (Hudd et al., 2000).

Também neste estudo, foi possível observar que a presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* nos estudantes universitários está relacionada com o tipo de estratégias de *coping* adotadas, nomeadamente adaptativas vs. desadaptativas. Através do nosso estudo observámos que, na presença de sintomatologia depressiva, as estratégias de *coping* adaptativas mais utilizadas pelos estudantes foram o suporte emocional e o *coping* ativo. Já as estratégias de *coping* desadaptativas mais utilizadas pelos estudantes foram a autoculpabilização, a expressão de sentimentos, a negação, a autodistração, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias. Este padrão de resultados evidencia que são mais as estratégias desadaptativas utilizadas pelos estudantes do que propriamente as estratégias de *coping* adaptativas.

Da mesma forma, na presença de sintomatologia ansiosa também se verifica que as estratégias de *coping* adaptativas (*coping* ativo e suporte emocional) são menos utilizadas que as estratégias de *coping* desadaptativas (autoculpabilização, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental e uso de substâncias).

Quanto à presença de *stress*, estratégias adaptativas como, o *coping* ativo, planejar, a utilização de suporte instrumental e a utilização de suporte emocional são mais utilizadas em relação à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa. No entanto, as estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente, a autoculpabilização, a expressão de sentimentos, a negação, a autodistração, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias, não deixam de ser as estratégias mais utilizadas na presença de *stress*.

Neste sentido, segundo a literatura, tem-se comprovado que as estratégias de *coping* adaptativas estão associados a níveis mais baixos de depressão, ansiedade e *stress*, enquanto que as estratégias de *coping* desadaptativas referem-se a estratégias que não conseguem resolver ou atenuar o problema (Lazarus & Folkman, 1984). Estas estratégias podem assim constituírem-se como fatores de risco ou de proteção (Lazarus & Folkman, 1984).

Num estudo realizado por Sayeed e colaboradores (2020), os autores afirmam que o sexo e a idade estão associados ao *stress*, uma vez que participantes do sexo masculino apresentaram níveis de *stress* inferiores ao sexo feminino, bem como sintomas de depressão e ansiedade. Relativamente à idade, os estudantes com menos de 22 anos apresentaram um impacto psicológico maior do que os alunos com mais de 22 anos (Sayeed et al., 2020). Alguns estudos demonstram também que a idade parece ser um fator determinante na escolha do mecanismo de defesa, ou seja, pessoas mais jovens usam estratégias menos adaptativas e adequadas comparativamente a pessoas com idade superior, que consequentemente influenciam na forma como lidam com os problemas (Costa & Leal, 2006).

Assim no presente estudo, relativamente à idade observamos que quanto mais velhos são os participantes, menor é a presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*. Ainda em relação à idade, podemos afirmar que quanto mais velhos forem os participantes, menos estratégias de *coping* desadaptativas (autoculpabilização, negação, autodistração e desinvestimento comportamental) e adaptativas (utilização de suporte emocional) utilizam.

No que diz respeito aos níveis de ansiedade, depressão e *stress* dos estudantes universitários em função do sexo verificou-se, neste estudo, que existem diferenças significativas. Os nossos resultados permitem-nos concluir que os estudantes universitários do sexo feminino apresentaram níveis superiores de depressão, ansiedade e *stress* durante o período de confinamento, quando comparados aos estudantes do sexo masculino. Estes resultados podem ser explicados por uma maior prevalência de problemas de adaptação pessoal e académica, emocional e menor rendimento académico nos estudantes do sexo feminino (Pimentel et al., 2012), bem como por maior predisposição para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, particularmente, depressão, ansiedade (Mamun & Griffiths, 2019) e *stress* (Velten et al., 2018). De modo semelhante, estudos realizados no período pandémico, apresentaram um aumento nos

níveis de ansiedade, depressão e *stress* nos estudantes do sexo feminino (Cao et al., 2020; Maia & Dias, 2020; Wang et al., 2020).

Ainda relativamente ao sexo, observa-se que há diferenças quanto às estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes. Quanto às estratégias de *coping* adaptativas, mais especificamente, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte emocional, são mais utilizadas pelo sexo feminino do que pelos participantes do sexo masculino. Relativamente à estratégia de *coping*, religião os nossos resultados indicaram que é uma estratégia mais utilizada pelo sexo masculino do que pelos participantes do sexo feminino. Também se encontram diferenças entre o sexo e as estratégias de *coping* desadaptativas, mais especificamente, expressão de sentimentos e autodistração, concluindo assim que estas estratégias de *coping* são mais utilizadas pelos participantes do sexo feminino do que pelos participantes do sexo masculino.

Em relação ao ciclo de estudos, concluímos que estudantes do 1º ciclo, ou seja, que estejam a frequentar a licenciatura, apresentam valores mais elevados no que diz respeito à presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* do que estudantes que estejam a frequentar o 2º e 3º ciclo de estudos. Estes resultados também foram encontrados num estudo realizado por Pereira (2009), onde se observou que os estudantes do primeiro ano da faculdade apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão do que os estudantes do quarto ano ou com maior nível de escolaridade.

O mesmo acontece relativamente às estratégias de *coping* utilizadas, sendo elas adaptativas ou desadaptativas. Quanto às estratégias adaptativas (utilizar suporte instrumental, utilizar suporte emocional e aceitação), os participantes do 1º ciclo apresentam resultados superiores quanto à sua utilização do que os participantes do 2º e 3º ciclo. Quanto às estratégias de *coping* desadaptativas (autoculpabilização, expressão de sentimentos, negação, autodistração e desinvestimento comportamental), os participantes do 1º ciclo também apresentam resultados superiores do que os estudantes do 2º e 3º ciclo. Estes resultados poderão ser explicados através da idade dos participantes, uma vez que se evidencia que os estudantes do 1º ciclo tendem a ser mais novos do que os de 2º e 3º ciclo, e conforme apresentado anteriormente, quanto mais velhos são os participantes menos estratégias de *coping* desadaptativas (autoculpabilização, negação, autodistração e desinvestimento comportamental) utilizam.

Concluindo, os principais resultados deste estudo sugerem que uma elevada percentagem dos estudantes universitários apresentou níveis clínicos de depressão, ansiedade e *stress* durante as medidas de confinamento e que os estudantes do sexo

feminino apresentaram níveis superiores de depressão, ansiedade e *stress* comparativamente aos participantes do sexo masculino. A idade dos participantes também demonstrou ser uma variável importante para a presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*, como também na utilização de estratégias de *coping*, ou seja, estudantes mais novos tendem a apresentar níveis de ansiedade, depressão e *stress* mais elevados, bem como, maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas. O mesmo acontece relativamente ao ciclo de estudos, onde se encontraram diferenças ao nível da presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*, que demonstrou ser mais elevada nos alunos do 1º ciclo. Quanto às estratégias de *coping* desadaptativas, tendem igualmente a ser mais utilizadas nos estudantes do 1º ciclo, comparativamente aos estudantes de ensino mais elevado.

Apesar dos resultados muito relevantes nesta investigação, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas aquando da sua interpretação. Primeiramente, o facto de o estudo ter sido realizado durante uma pandemia com um impacto socioemocional desconhecido e exigindo níveis de esforços particulares para diferentes indivíduos e famílias. Uma outra limitação remete-se para a amostra, uma vez que apresenta pouca representatividade pelo facto de o estudo ter sido realizado apenas aos estudantes da Universidade Católica Portuguesa. Ainda em relação à amostra, elenca-se o facto da discrepância entre o número de participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. E por fim, o facto de o questionário ter sido realizado em formato *online*, criando vieses no acesso ao estudo. Importante considerar também o facto de os instrumentos de avaliação psicológica terem sido autoadministrados, podendo existir um enviesamento nas respostas dos participantes, respondendo de acordo com aquilo que é socialmente mais desejável.

Este estudo suscitou também algumas questões que podem vir a ser úteis para a investigações futuras. Assim, poderão ter em consideração alguns aspetos para superar algumas das limitações mencionadas anteriormente, tais como, recolher dados num período não pandémico, de forma a obter comparações válidas entre diferentes momentos. A nível prático, este estudo pode complementar informação pertinente para a sinalização de grupos de alto risco que beneficiem de programas de intervenção na promoção e prevenção da saúde mental dos estudantes universitários.

Apesar das limitações supramencionadas, o presente estudo reforça algumas conclusões de investigações anteriores, como o impacto negativo da pandemia COVID-19 e do confinamento, sobretudo em idades mais jovens e do sexo feminino.

6. Referências Bibliográficas

- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., Newton-Taylor, B. (2001). The Prevalence of Elevated Psychological Distress Among Canadian Undergraduates: Findings From the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50, 2. <https://doi.org/10.1080/07448480109596009>
- Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. *Acta Médica Portuguesa*, 33, 13.
- Almeida, J. S. P. D. (2015). A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação.
- Almeida, L., Soares, A., Guisande, M., & Paisana, J. (2007). Rendimento académico no ensino superior: estudo com alunos do 1o ano. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 14(1), 207– 220.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ªed.) Climepsi Editores.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Assunção Flores, M., & Gago, M. (2020). Teacher education in times of COVID-19 pandemic in Portugal: national, institutional and pedagogical responses. *Journal of Education for Teaching*, 46(4), 507-516.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(8), 667-672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Beck, A., Crain, A. L., Solberg, L. I., Unützer, J., Glasgow, R. E., Maciosek, M. V., & Whitebird, R. (2014). Does severity of depression predict magnitude of productivity loss?. *The American journal of managed care*, 20(8), e294.

- Campos, L. P., & Lins, T. (2020). Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. *Espaço e Economia*, 17. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Centro de Estudos FAP. (2020, June 29). Federação Académica do Porto. <https://www.fap.pt/representacao-estudantil-e-institucional/centro-de-estudos-fap>
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61(7), 350–356. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>
- Colten. M. E., & Gore, S. (Eds.). (1991). *Adolescent stress: Causes and consequences*. New York: Aldine de Gruyter.
- Costa, E. S., & Leal, I. (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. Em *Actas do 5º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 157-162).
- Costa, E., & Leal, I. (2006). *Estratégias de coping e adaptação à vida académica em estudantes universitários da cidade de Viseu*.
- Costa, E., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. In *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213–216).
- Costa, M., Yanne, & Moreira, B. (n.d.). *Saúde mental no contexto universitário*.
- Direção Geral da Saúde (2021). <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>

- Direção Geral de Saúde (2020). Porque se fala em saúde mental? <https://www.gds.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dobmeier, R., Hernandez, T., Barrell, R., Burke, D., Smith, K., Hanna, C., ... Siclare, M. (2011). Student Knowledge of Signs, Risk Factors, and Resources for Depression, Anxiety, Sleep Disorders, and Other Mental Health Problems on Campus. *Journal of Student Affairs*, 11(2), 27–46.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry*, 77(4), 534-542.
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(1), 60-67. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>
- Ferrinho, P. (2020). Impacto da pandemia de COVID-19 na vida dos estudantes da Nova-IHMT. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 19, 50-54. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.355>
- Gonçalves, S. P., Sousa, M. J., & Pereira, F. S. (2020). Distance learning perceptions from higher education students—the case of Portugal. *Education Sciences*, 10(12), 374. <https://doi.org/10.3390/educsci10120374>
- Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiatos, K., ... & Kulkarni, J. (2021). Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 540-549. <https://doi.org/10.1177/0020764020961790>
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behavior and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>

- Howell, D. C. (2010). *Statistical Methods for Psychology* (7.^a Ed). Belmont: Wadsworth.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*, 46(1), 3-10.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2012). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Jin, X., Wu, L., Becken, S., & Ding, P. (2016). How do Worry, Self-efficacy, and Coping Interact? Examining Chinese tourists to Australia. *Journal of China Tourism Research*, 12(3-4), 374-393. <https://doi.org/10.1080/19388160.2016.1251868>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.4135/9781412952576.n198>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., . . . Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916-919. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W., Ng, D. M., & Fielding, R. (2014). Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: Ten cross-sectional surveys. *BMC Infectious Diseases*, 14(1), 169. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-169>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Liu, N., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

- Ma, Z., Zhao, J., Li, Y., Chen, D., Wang, T., Zhang, Z., ... & Liu, X. (2020). Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000931>
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 149-156.
- Maia, A., Elias, A., Azevedo, V., Samorinha, A., & Ferreira, A. (2010). Desafios e oportunidades de promoção da saúde no campus universitário. *Apoio psicológico no ensino superior, modelos e práticas: Actas do I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 129-136).
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Mamun, M. A., Hossain, M. S., & Griffiths, M. D. (2019). Mental health problems and associated predictors among Bangladeshi students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.
- Marques, G., Drissi, N., Díez, I. D., De Abajo, B. S., & Ouhbi, S. (2021). Impact of COVID-19 on the psychological health of university students in Spain and their attitudes toward mobile mental health solutions. *International Journal of Medical Informatics*, 147, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104369>
- Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir. *Fazer, Interpretar e Redigir* (1.ª edição).
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry research*, 290, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República 2ª Série, 78, 17931-17936. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linha SNS24 passa a disponibilizar pela primeira vez aconselhamento psicológico aos portugueses*. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2769>
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo. *Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *What is a pandemic?*.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5, 2, 229-239.
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of general internal medicine*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Pereira, A. C. M. (2009). Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia. *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior*.

- Pimentel, M. H., Mata, M. A., & Pereira, F. (2012). Práticas iniciáticas de integração no ensino superior. Um ritual institucionalizado ou um processo de (des)integração? *V Encontro do CIED–Escola e Comunidade*, 393-401.
- Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. D. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Rev Interacções*.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136(7), 997–1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Marco, A., Di Rossi, A., Sracusano, A., & Lorenzo, G. D. (2020). *COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey (Preprint)*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802>
- Sayeed, A., Kundu, S., Al Banna, M. H., Hasan, M. T., Begum, M. R., & Khan, M. S. I. (2020). Mental health outcomes during the COVID-19 and perceptions towards the pandemic: Findings from a cross sectional study among Bangladeshi students. *Children and Youth Services Review*, 119, 105658. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105658>
- Sebri, V., Cincidda, C., Savioni, L., Ongaro, G., & Pravettoni, G. (2021). Worry during the initial height of the COVID-19 crisis in an Italian sample. *The Journal of general psychology*, 1–33. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1878485>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 113(8), 531–537. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 2, 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Sobral, J. M., & Lima, M. L. (2018). A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico. *Ler História*, 73, 45-66. <http://dx.doi.org/lerhistoria.4036>
- Tan, B., Chew, N., Lee, G., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L., Zhang, K., Chin, H., Ahmad, A., Khan, F., Shanmugam, G., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P., Wong, L., Sagayanathan, R., Chen, J., Ying Ng, A., . . . Sharma, V. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/m201083>
- Tran, B. X., Dang, A. K., Thai, P. K., Le, H. T., Le, X. T. T., Do, T. T., Nguyen, T. H., et al. (2020). Coverage of health information by different sources in communities: Implication for COVID-19 epidemic response. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3577–3589. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103577>
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210–214. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>
- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1), 1-15.
- Venezia, A., & Jaeger, L. (2013). Transitions from high school to college. *The future of children*, 117-136.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population

- in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, Y., Gorenstein, C., Andrade, L., Oliveira, L., & Andrade, A. (2009). Morbidades Psiquiátricas, sintomas depressivos e psicóticos entre os universitários brasileiros. *American Psychologist*, 5(3), 22-35.
- Weinman, J., Wright, S. & Johnston, M. (1995). Beliefs and knowledge about health and illness. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Berkshire: NFER-Nelson.
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
- Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., & Li, Y. (2020). The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neuroscience Bulletin*, 36(3), 299–302. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>