INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM ANÁLISES CLÍNICAS

IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Trabalho submetido por
Bernardo Filipe Emídio Claro
para a obtenção do grau de Mestre em Análises Clínicas

junho de 2022

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM ANÁLISES CLÍNICAS

IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Trabalho submetido por
Bernardo Filipe Emídio Claro
para a obtenção do grau de **Mestre** em Análises Clínicas

Trabalho orientado por
Professor Doutor Carlos Zagalo

junho de 2022

Agradecimentos

Durante a realização desta tese de dissertação de mestrado, foi fundamental o apoio incondicional transmitido pelos meus pais (Filipe Claro e Sandra Claro), pelo meu irmão (Tomás Claro) e pelas minhas irmãs (Alice Claro e Leonor Claro) sem eles não me seria possível realizar este Mestrado em Análises Clínicas.

Agradeço também à minha colega e amiga há já 6 anos (Ana Lúcia Monteiro), sendo ela a única pessoa que me acompanhou diretamente durante todo o meu percurso académico até aqui, juntos sofremos e juntos também, soubemos superar todos os obstáculos que foram aparecendo no nosso caminho apoiando-nos e motivando-nos mutuamente.

Ao Professor Doutor Carlos Zagalo, por ter sido o meu orientador nesta dissertação de tese de mestrado e por toda a ajuda prestada durante o processo.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pela preciosa ajuda no tratamento de dados utilizando o programa informático IBM SPSS.

À Coordenadora do Mestrado Prof.ª Doutora Maria Guilhermina Moutinho pela ajuda, principalmente nesta fase final de encerramento de mais um capítulo, nesta que é a minha vida académica.

A TODOS MUITO OBRIGADO!

Resumo

Introdução: O novo coronavírus, SARS-CoV-2, causou uma pandemia mundial e como resultado houve alterações na saúde em geral, sendo os estudantes universitários um dos grupos mais afetados.

Objetivo: Avaliar o impacto da COVID-19 na saúde dos estudantes universitários. Descobrindo quais os sintomas mais prevalentes. Qual o impacto tido na sua saúde mental. Quais as mudanças nos seus estilos de vida. Verificar a existência de possíveis associações entre variáveis. Quais os seus comportamentos individuas (testagem e vacinação). Qual a sua confiança no trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde.

Metodologia: A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário, preenchido por alunos da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, utilizando a plataforma Google Forms. Constituído por questões onde os participantes apenas poderiam assinalar uma opção em cada pergunta, indo estas de encontro ao objetivo. O tratamento estatístico realizou-se através do programa informático IBM SPSS.

Resultados: Entre os 221 alunos que fizeram parte deste estudo, 100 já teve COVID-19, sendo os sintomas mais frequentes tosse, fadiga, cefaleias, rinorreia e mialgias. A maior alteração tida na sua saúde mental foi o aumento da ansiedade (N=142) e no estilo de vida a prática de menos atividade física (N=127). Os resultados obtidos sugerem que há uma associação entre as seguintes variáveis: Sexo, *Stress*, Ansiedade, Tabaco, Alimentação menos Saudável com a variável COVID-19 e *Stress* e Ansiedade com a variável Sexo. Do total de alunos que participou neste estudo, 216 já realizou pelo menos um teste para deteção do vírus, 216 foram vacinados e 211 revelou ter confiança no trabalho realizado pelos profissionais de saúde.

Conclusão: Esta pandemia causou um impacto profundo nos estudantes universitários, alterando o seu estado de saúde. Apoio psicológico e social deve ser fornecido pelas instituições de ensino superior promovendo uma saúde plena dos seus estudantes.

Palavras-Chave: Covid, questionário, estudantes, saúde.

Abstract

Introduction: The new coronavirus, SARS-CoV-2, caused a worldwide pandemic and as a result changes happened health in general, with university students being one of the most affected groups.

Objective: To assess the impact of COVID-19 on the health of university students. Finding out which symptoms are more prevalent. What impact did it have on their mental health. What are the changes in their lifestyles. Check for possible associations between variables. What are their individual behaviors (testing and vaccination). How confident are they in the work performed by health professionals.

Methodology: Data collection was carried out through the application of a questionnaire, completed by students of the Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, using the Google Forms platform. Consisting of questions where participants could only mark one option, meeting the objective. Statistical treatment was performed using the IBM SPSS software.

Results: Among the 221 students who took part in this study, 100 had already had COVID-19, with the most frequent symptoms being cough, fatigue, headache, rhinorrhea and myalgia. The biggest change in their mental health was the increase in anxiety (N=142) and in the lifestyle, the practice of less physical activity (N=127). The results obtained suggest that there is an association between the following variables: Sex, Stress, Anxiety, Tobacco, Unhealthy Eating with the COVID-19 variable and Stress and Anxiety with the Sex variable. Of the total number of students who participated in this study, 216 had already performed at least one test to detect the virus, 216 were vaccinated and 211 revealed to have confidence in the work performed by health professionals.

Conclusion: This pandemic has had a profound impact on university students, changing their health status. Psychological and social support must be provided by higher education institutions promoting the full health of their students.

Keywords: Covid, questionnaire, students, health.

Índice Geral

Índice de Tabelas 8

Lista de Abreviaturas 10

1. Introdução 12

1.1 Retrospetiva histórica do surgimento do SARS-CoV-2 12

1.2 O que é o SARS-CoV-2 ? 14

1.3 Sintomas Provocados pelo SARS-CoV-2 15

1.4 Diagnóstico 16

1.5 Prevenção e Tratamento 17

1.6 Alterações na Saúde Mental da População em Geral 19

1.7 Alterações na Saúde Mental dos Estudantes Universitários 24

1.8 Alterações nos Estilos de Vida 28

1.9 Hesitação Vacinal e Confiança no Controlo e Gestão da Pandemia 29

2. Objetivos 33

2.1 Gerais 33

2.2 Específicos 33

3. Materiais e Métodos 34

3.1 Pesquisa 34

3.2 Aprovação Ética 34

3.3 Procedimentos 35

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão 35

3.5 Análise Estatística 35

3.6 Amostra Populacional 36

4. Resultados 37

4.1 Dados Sociodemográficos 37

4.2 Variáveis Agrupadas Criadas 38

4.3 Perguntas do Questionário 39

4.3.1 Grupo A 39

4.3.2 Grupo B 40

4.3.3 Grupo C 41

4.4 COVID-19 *VS* Variáveis 42

4.4.1 Sexo 42

4.4.2 Com quem vive Grupo1 43

4.4.3 Com quem vive Grupo2 43

4.4.4 Ano Curricular Grupo 44

4.5 COVID-19 *VS* Grupo B 44

4.5.1 *Stress* 44

4.5.2 Ansiedade 45

4.5.3 Depressão 45

4.5.4 Álcool 46

4.5.5 Tabaco 46

4.5.6 Alimentação 47

4.5.7 Atividade Física 47

4.5.8 Padrões de Sono 48

4.5.9 Pensamentos Suicidas 48

4.6 Sexo *VS* Grupo B 49

4.6.1 *Stress* 49

4.6.2 Ansiedade 49

4.6.3 Depressão 50

4.6.4 Álcool 50

4.6.5 Tabaco 51

4.6.6 Alimentação 51

4.6.7 Atividade Física 52

4.6.8 Padrões de Sono 52

4.6.9 Pensamentos Suicidas 53

4.7 Com quem Vive Grupo1 *VS* Grupo B 53

4.7.1 *Stress* 53

4.7.2 Ansiedade 54

4.7.3 Depressão 54

4.7.4 Álcool 55

4.7.5 Tabaco 55

4.7.6 Alimentação 56

4.7.7 Atividade Física 56

4.7.8 Padrões de Sono 57

4.7.9 Pensamentos Suicidas 57

4.8 Com quem Vive Grupo2 *VS* Grupo B 58

4.8.1 *Stress* 58

4.8.2 Ansiedade 58

4.8.3 Depressão 59

4.8.4 Álcool 59

4.8.5 Tabaco 60

4.8.6 Alimentação 60

4.8.7 Atividade Física 61

4.8.8 Padrões de Sono 61

4.8.9 Pensamentos Suicidas 62

4.9 Ano Curricular Grupo *VS* Grupo B 62

4.9.1 *Stress* 62

4.9.2 Ansiedade 63

4.9.3 Depressão 63

4.9.4 Álcool 64

4.9.5 Tabaco 64

4.9.6 Alimentação 65

4.9.7 Atividade Física 65

4.9.8 Padrões de Sono 66

4.9.9 Pensamentos Suicidas 66

5. Discussão de Resultados 68

5.1 Questões 68

5.1.1 COVID-19 68

5.1.2 Sintomas da COVID-19 68

5.1.3 *Stress* 73

5.1.4 Ansiedade 73

5.1.5 Depressão 74

5.1.6 Álcool 75

5.1.7 Tabaco 76

5.1.8 Alimentação 77

5.1.9 Atividade Física 78

5.1.10 Padrões de Sono 80

5.1.11 Pensamentos Suicidas 81

5.1.12 Teste a COVID-19 82

5.1.13 Vacinação 82

5.1.14 Confiança nos Profissionais de Saúde 83

5.2 Variáveis 84

5.2.1 Teve COVID-19 *VS* não teve COVID-19 84

5.2.2 Masculino *VS* Feminino 84

5.2.3 Vive com os Pais *VS* Vive sem os Pais 84

5.2.4 Vive Sozinho *VS* Vive Acompanhado 84

5.2.5 1º e 2º Ano Curricular *VS* 3º, 4º e 5º Ano Curricular 85

5.3 Geral 85

5.4 Limitações do Estudo 86

6. Conclusão 87

6.1 Perspetivas Futuras 88

6.1.1 Algumas sugestões poderão ser: 88

6.1.2 Futuros trabalhos: 89

7. Bibliografia 90

8. Anexos

Índice de Tabelas

Tabela 1 Frequências dos Dados Sociodemográficos……..…37

Tabela 2. Frequência das Variáveis Agrupadas Criadas……..39

Tabela 3. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo A do Questionário……..40

Tabela 4. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo B do Questionário……..…41

Tabela 5. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo C do Questionário……..42

Tabela 6. Sexo VS COVID-19……43

Tabela 7. Com quem Vive Grupo1 VS COVID-19……43

Tabela 8. Com quem Vive Grupo2 VS COVID-19……44

Tabela 9. Ano Curricular Grupo VS COVID-19……44

Tabela 10. *Stress* VS COVID-19……..……45

Tabela 11. Ansiedade VS COVID-19……45

Tabela 12. Depressão VS COVID-19……..……46

Tabela 13. Álcool VS COVID-19……...……46

Tabela 14. Tabaco VS COVID-19……...47

Tabela 15. Alimentação VS COVID-19……..……47

Tabela 16. Atividade Física VS COVID-19……48

Tabela 17. Padrões de Sono VS COVID-19……48

Tabela 18. Pensamentos Suicidas VS COVID-19……...……49

Tabela 19. *Stress* VS Sexo……...49

Tabela 20. Ansiedade VS Sexo……...50

Tabela 21. Depressão VS Sexo……50

Tabela 22. Álcool VS Sexo…….……51

Tabela 23. Tabaco VS Sexo……51

Tabela 24. Alimentação VS Sexo……..……52

Tabela 25. Atividade Física VS Sexo……..……52

Tabela 26. Padrões de Sono VS Sexo……...……...53

Tabela 27. Pensamentos Suicidas VS Sexo……...……..53

Tabela 28. *Stress* VS Com quem Vive Grupo1……...……54

Tabela 29. Ansiedade VS Com quem Vive Grupo1…….……54

Tabela 30. Depressão VS Com quem Vive Grupo1……...……..55

Tabela 31. Álcool VS Com quem Vive Grupo1……...…….55

Tabela 32. Tabaco VS Com quem Vive Grupo1……...……..56

Tabela 33. Alimentação VS Com quem Vive Grupo1……...…...……..56

Tabela 34. Atividade Física VS Com quem Vive Grupo1……...……..…..57

Tabela 35. Padrões de Sono VS Com quem Vive Grupo1…….……..57

Tabela 36. Pensamentos Suicidas VS Com quem Vive Grupo1…….……...……..58

Tabela 37. *Stress* VS Com quem Vive Grupo2……...……...……..58

Tabela 38. Ansiedade VS Com quem Vive Grupo2……...……..59

Tabela 39. Depressão VS Com quem Vive Grupo2…….59

Tabela 40. Álcool VS Com quem Vive Grupo2……...…….60

Tabela 41. Tabaco VS Com quem Vive Grupo2…….……60

Tabela 42. Alimentação VS Com quem Vive Grupo2……...……..61

Tabela 43. Atividade Física VS Com quem Vive Grupo2……...……61

Tabela 44. Padrões de Sono VS Com quem Vive Grupo2……...……62

Tabela 45. Pensamentos Suicidas VS Com quem Vive Grupo2……...…...……62

Tabela 46. *Stress* VS Ano Curricular Grupo……63

Tabela 47. Ansiedade VS Ano Curricular Grupo……...……..63

Tabela 48. Depressão VS Ano Curricular Grupo…….64

Tabela 49. Álcool VS Ano Curricular Grupo…….……64

Tabela 50. Tabaco VS Ano Curricular Grupo……..65

Tabela 51. Alimentação VS Ano Curricular Grupo……....……65

Tabela 52. Atividade Física VS Ano Curricular Grupo……...……..…..66

Tabela 53. Padrões de Sono VS Ano Curricular Grupo…….…..……66

Tabela 54. Pensamentos Suicidas VS Ano Curricular Grupo……..…67

Lista de Abreviaturas

Ag - Antigénio

AZA1222 - Vacina da Oxford/AstraZeneca contra a COVID-19

bat-SL-CoVZC45 - Estirpe de Coronavírus em Morcegos

C - Controlo

COVID-19 - Doença do Coronavírus SARS-CoV-2

CRISPR-CAS9 - Tecnologia única que permite editar partes do genoma, remover, adicionar ou alterar seções de sequências do Ácido Desoxirribonucleico

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E - Proteína de Envelope Pequeno

EUA - Estados Unidos da América

FDA - Agência Federal de Administração de Alimentos e Medicamentos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América

HCoV-HKU1 - Coronavírus Humano HKU1

HCoV-NL63 - Coronavírus Humano NL63

HCoV-OC43 - Coronavírus Humano OC43

HCoV-229E - Coronavírus Humano 229E

H1N1 - Subtipo do Influenza Vírus A

Ig A - Imunoglobulina A

Ig G - Imunoglobulina G

Ig M - Imunoglobulina M

kb - Kilo Bases

LDH - Enzima Lactato Desidrogenase

M - Proteína de Matriz

MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio

MERS-CoV - Síndrome Respiratória do Oriente Médio Coronavírus

mRNA - Ácido Ribonucleico Mensageiro

N - Proteína de Nucleocápside

NAc - Núcleo Accumbens

2019-nCoV - Nome inicial dado a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCR - Reação da Transcriptase Reversa seguida pela Reação em Cadeia da Polimerase

RdRp - RNA Polimerase Dependente de RNA

RNA - Ácido Ribonucleico

RT-PCR - Reação da Transcriptase Reversa seguida pela Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real

RTq-PCR - Reação em Cadeia da Polimerase Quantitativa em Tempo Real

S - Glicoproteína de Superfície

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV - Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus

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

SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiologia

T - Teste

TSPT - Transtorno de *Stress* Pós-Traumático

1. Introdução

1.1 Retrospetiva histórica do surgimento do SARS-CoV-2

O novo coronavírus, SARS-CoV-2 (síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2), foi detetado pela primeira vez em novembro de 2019 na cidade de Wuhan, cidade essa pertencente ao estado de Hubei, na China, onde se situa o Huanan South China Seafood Market (Khan, Khan, Khan & Nawaz, 2020; Huber, Steffen, Schlichtiger & Brunner, 2021; Ustun, 2021). A 31 de dezembro (2019) a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre 27 casos de pneumonia de origem desconhecida nessa mesma cidade (Drissi *et al*., 2020; Gómez-Salgado, Andrés-Villas, Domínguez-Salas, Díaz-Milanés & Ruiz-Frutos, 2020), havendo assim um cenário confuso (Martínez-Lorca, Martínez-Lorca, Criado-Álvarez, Armesilla & Latorre 2020).

A 7 de janeiro de 2020 este vírus foi inicialmente referido como "2019-nCoV" (Drissi *et al*., 2020), só mais tarde, a 21 de fevereiro de 2020, o Comité Internacional de Classificação de Vírus nomeou este novo coronavírus como "SARS-CoV-2" (Ouyang, Wen, Gu, Shen, & Song, 2021). A 9 de janeiro, este vírus pertencente à família coronavírus (Coronaviridae) foi descrito como sendo um vírus de RNA com alto potencial pandémico (García-Espinosa *et al*., 2021). A 20 de janeiro de 2020, o vírus já se encontrava espalhado por 4 países e vários casos foram relatados (Drissi *et al*., 2020). Desde 23 de janeiro de 2020, medidas estritas de quarentena foram implementadas em Wuhan e em outras regiões da China para tentar evitar o surgimento de uma pandemia (Ustun, 2021). A 30 de janeiro de 2020, devido ao aumento do número de casos em todo o mundo, a OMS declarou o surto como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (Ouyang *et al*., 2021; Yaday *et al*., 2021; Yang, Wang, Liu, Li & Jiang, 2021).

Este vírus continuou o seu curso atravessando fronteiras e espalhando-se pelos continentes atingindo assim a maior parte do globo (215 países) (Islam *et al*., 2020; Ghazawy *et al*., 2021), infetando milhões de pessoas (Deng *et al*., 2020), devastando o mundo inteiro (Ojewale, 2021).

A 11 de fevereiro de 2020 o vírus já se tinha espalhado por mais de 24 países e foi nessa data que a doença, deste coronavírus, passou a chamar-se oficialmente COVID-19 (Drissi *et al*., 2020).

O primeiro país da Europa a ser afetado foi a Itália, onde a 21 de fevereiro de 2020 a Lombardia se tornou no epicentro dos casos e óbitos ocorridos por COVID-19 (Villani *et al*., 2021). A 1 de novembro de 2020 o sistema de vigilância italiano já havia notificado 309.335 casos e 38.826 mortes por esta doença (Villani *et al*., 2021).
Este vírus causa uma pneumonia atípica denominada COVID-19 (Doença do coronavírus SARS-CoV-2) (Huber *et al*., 2021), sendo esta uma pneumonia infeciosa aguda (Basheti, Mhaidat & Mhaidat, 2021).

Em Portugal, o primeiro caso, diagnosticado de COVID-19 foi registado a 1 março de 2020, um homem apresentou febre, tosse e mialgia, este tinha também um histórico recente de viagem para um país com um surto ativo de COVID-19 (Duque *et al*., 2021).
A 11 de março de 2020, a OMS declarou esta nova doença (COVID-19) como sendo responsável por uma pandemia (Ustun, 2021), após esta já se ter espalhado por 114 países até à data (Gómez-Salgado *et al*., 2020) e ter atingido um valor de mais de 118.000 casos e mais de 4.000 mortes em todo o mundo (Yadav *et al*., 2021), sendo esta então considerada uma pandemia global (Meng *et al*., 2021), disseminada mundialmente causando um impacto nos estilos de vida e interações sociais (Ojewale, 2021).
A 29 de março de 2020 são percetíveis as altas taxas de infeção e de mortalidade (Martínez-Lorca *et al*., 2020), a 4 de abril de 2020 mais de 1,250.000 casos de COVID--19 haviam sido relatados (Vahedian-Azimi *et al*., 2020). Em maio de 2020 o vírus tinha--se espalhado por todas as regiões do mundo (Drissi *et al*., 2020), sendo que no dia 4 desse mesmo mês mais de 3 milhões de casos e mais de 200 mil mortes foram notificados (Drissi *et al*., 2020) e no dia 18, mais de 4 milhões de casos e mais de 300 mil mortes (Yadav *et al*., 2021).
A 22 de junho de 2020 a OMS relata 8.860.331 casos confirmados em laboratório e 465.740 mortes no mundo inteiro (Fu *et al*., 2021).
No ano seguinte, no início de abril de 2021, a mortalidade desta doença continua elevada e estima-se que ocorreram 2.857.702 mortos pela mesma (Ojewale, 2021).

Globalmente, aquando da realização desta tese, até ao dia 13 de junho de 2022 foram relatos à OMS um total de 532.201.219 casos confirmados de COVID-19, 6.305.358 mortes e até 7 de junho de 2022, um total de 11.854.673.610 doses de vacina foram administradas (WHO, 2022).

Em Portugal, (consulta essa feita também no dia 13 de junho de 2022) houve um total de 4 917 127 casos confirmados, 23 531 mortes e 24 105 499 doses de vacina foram administradas (WHO, 2022).

1.2 O que é o SARS-CoV-2 ?

Nos últimos anos, surtos de doenças infeciosas tornaram-se questões de saúde pública de grandes preocupações para a comunidade internacional (Ouyang *et al*., 2021). Como por exemplo: a pandemia SARS (Síndrome Respiratório Agudo Grave) na China em 2002 e 2003, a gripe A (H1N1) pandemia em 2009, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) pandemia em 2012 e o surto da doença Ébola na África Ocidental em 2014 (Basheti *et al*., 2021; Ouyang *et al*., 2021; Villani *et al*., 2021). E tal como nestes surtos, um número de especialistas em todo o mundo antecipou que a COVID-19 afetaria a saúde de toda a população (Villani *et al*., 2021). Ainda comparando com as doenças anteriores causadas por coronavírus (MERS e SARS), a COVID-19 apresentou estimativas mais altas de taxas de infecciosidade, nomeadamente 3,5 *versus* 0,92 (MERS) e 3 (SARS) infeções por pessoas infetadas e, portanto, este vírus é potencialmente mais contagioso (Nabavi *et al*., 2021). No entanto, esta doença (COVID-19) parece ser menos letal do que no caso da SARS e da MERS (Nabavi *et al*., 2021).

Coronavírus representa assim uma grande família que pode afetar não só os animais, mas também os seres humanos (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020). O sequenciamento completo do genoma e a análise filogenética indicou que o SARS-CoV-2 era um ramo distinto dos beta-coronavírus associados ao Homem, isto porque anteriormente já se conhecia 6 coronavírus que infetam humanos: HCoV-229E, HCoV-OC43, SARS-CoV, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 e MERS-CoV (Khan *et al*., 2020). Este (SARS-CoV-2) é muito semelhante ao coronavírus que infeta os morcegos, com uma homologia de 85% a 96% com o bat-SL-CoVZC45 (Estirpe de Coronavírus em Morcegos) daí ter sido postulado que os morcegos poderão ter sido a fonte primária (Khan *et al*., 2020).

Essencialmente, a COVID-19 é uma doença viral infeciosa, transmitida de humano para humano por meio de gotículas, durante a tosse e/ou espirros (diretamente) ou através do contacto com as gotículas do portador do vírus, apertando as mãos, usando os seus artigos pessoais ou tocando em superfícies contaminadas (indiretamente) (Ghazawy *et al*., 2021).

Sendo que este vírus pode entrar no organismo pelas membranas das mucosas da boca, nariz e olhos (Ghazawy *et al*., 2021).
Este é um agente patogénico respiratório com grande patogenicidade (Yang *et al*., 2021), sendo que a OMS declara que a taxa de letalidade é cerca de 2%, no entanto, alguns relatórios contrariam esta informação dizendo que a taxa variou entre os 0,3% e os 0,6% (Yadav *et al*., 2021).

1.3 Sintomas Provocados pelo SARS-CoV-2

O SARS-CoV-2 causa uma infeção respiratória superior (Ustun, 2021) e os seus portadores podem apresentar sintomatologia da doença COVID-19 ou não, distinguindo--se assim entre sintomáticos e assintomáticos (Islam *et al*., 2020). Curiosamente, o transporte assintomático de SARS-CoV-2 deve ser definido para melhorar as medidas de proteção bem como para explicar tendências na epidemiologia da doença (Salameh, Basha, Basha & Abdallah, 2021), sendo que a maioria das pessoas desenvolve uma doença leve ou até mesmo assintomática (Nabavi *et al*., 2021).

O quadro clínico dos doentes varia significativamente entre as pessoas, podendo ser semelhante ao de uma gripe ou ao de uma simples constipação (Duque *et al*., 2021) e as pessoas apresentarem febres altas, tosse, aperto no peito, calafrios, dores de garganta, fadiga, dores musculares, diarreia, perda de paladar, perda de olfato, dificuldades respiratórias (dispneia) ou como já foi dito anteriormente, nenhum sintoma de todo (Basheti, *et al*., 2021; Ghazawy *et al*., 2021; Ustun, 2021).
Além disso, pacientes com problemas médicos subjacentes (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crónicas e cancro) e doentes com idade mais avançada (idosos) têm maior probabilidade de apresentar doenças graves (Ghazawy *et al*., 2021), como pneumonia, pneumonite e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (Khan *et al*., 2020; Duque *et al*., 2021).
A nível interno pode ser observada uma diminuição na contagem de leucócitos e evidências radiográficas de pneumonia (Khan *et al*., 2020), podendo haver disfunção orgânica (choque, SDRA, lesão cardíaca e lesão renal aguda) podendo levar à morte em casos graves, sendo que esta gravidade está associada a diversos fatores (idade, sexo, tabagismo e comorbilidades (doença renal, podendo esta ser crónica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC))) (Khan *et al*., 2020).

No início da pandemia, a presença de sintomas não respiratórios, como é o caso de distúrbios de olfato e de paladar, foram amplamente divulgados (Duque *et al*., 2021), sendo que anosmia é a perda total do olfato (perda parcial é hiposmia) e ageusia é a perda total do paladar (perda parcial é hipogeusia) (Sahoo *et al*., 2021; Trachootham *et al*., 2021). Estes sintomas podem desenvolver-se repentinamente durante o curso da doença, embora para muitos sejam os primeiros sinais da infeção (Polat, Yilmaz, Altin, Atakcan & Mert, 2021) e as únicas manifestações da COVID-19 (Husain *et al*., 2021). Relatórios iniciais sugeriram que a perda do olfato em pacientes com COVID-19 pode estar associada a um curso clínico mais leve, podendo ser um indicador de prognóstico da gravidade da doença e da taxa de mortalidade em geral (Husain *et al*., 2021).

1.4 Diagnóstico

O diagnóstico molecular por RT-PCR (reação da transcriptase reversa seguida pela reação em cadeia da polimerase em tempo real) para a deteção da COVID-19 é o método recomendado para a identificação e confirmação laboratorial da COVID-19 (Salameh *et al*., 2021), sendo este o teste confirmatório padrão (Khan *et al*., 2020). Este método de diagnóstico confirma a doença através da amplificação do RNA viral (Salameh *et al*., 2021) e é capaz de detetar a presença do vírus, mas não fornece nenhuma evidência de pré-exposição de pacientes assintomáticos recuperados ou do estado imunológico na infeção aguda (Salameh *et al*., 2021). Para a sua realização são feitas zaragatoas orofaríngeas ou nasofaríngeas para obter a amostra (Duque *et al*., 2021). O SARS-CoV--2 tem um genoma de RNA de sentido positivo de fita simples com 26kb a 32kb (kilo bases) de comprimento, codificando 27 proteínas incluindo uma RNA polimerase dependente de RNA (RdRp) e 4 estruturas proteicas naturais, a glicoproteína de superfície (S), a proteína de nucleocápside (N), a proteína de envelope pequeno (E) e a proteína de matriz (M) (Khan *et al*., 2020). Sendo que pessoas com RNA positivo para SARS-CoV--2 por amostras do trato respiratório provavelmente são uma fonte de infeção de COVID-19 (Khan *et al*., 2020). Altos níveis de biomarcadores séricos, incluindo lactato desidrogenase (LDH), proteína C reativa e D-dímero, assim como a diminuição da contagem de plaquetas e linfócitos no sangue também têm sido associados a condições mais letais desta doença (Nabavi *et al*., 2021).

As amostras precisam de ser transportadas e examinados em locais com capacidade para realizar o RT-qPCR (Reação em Cadeia da Polimerase Quantitativa em Tempo Real), o que atrasa o resultado do teste e aumenta a ansiedade dos pacientes com suspeita de COVID-19 (Yamayoshi *et al*., 2020). Para melhorar esta situação, testes rápidos de antigénio para a COVID-19 foram aprovados, não requerendo muito dinheiro nem materiais (Yamayoshi *et al*., 2020).
Teste padrão Q COVID-19 Ag é um imunoensaio cromatográfico rápido para a deteção de Antigénio do nucleocapsídeo (N) SARS-CoV-2 no sistema respiratório (Chaimayo *et al*., 2020). Este dispositivo de teste rápido de antigénio tem duas linhas na janela de resultados, a linha de controlo (C) e a do teste (T) (Chaimayo *et al*., 2020). A cor migra via força capilar e a intensidade da linha depende da quantidade de SARS-CoV-2 N antigénio apresentado na amostra (Chaimayo *et al*., 2020).

Testes sorológicos para anticorpos específicos contra SARS-CoV-2, incluindo IgM, IgG e IgA, têm sido desenvolvidos como métodos complementares de diagnóstico, uma vez que podem fornecer informações sobre infeções recentes ou anteriores (Chen *et al*., 2021). Embora alguns estudos tenham relatado que testes sorológicos apresentam alta sensibilidade, variando de 96,0% a 97,8%, os resultados são mais precisos quando combinados com o PCR (Chen *et al*., 2021). Um resultado é positivo quando há a presença de IgG ou IgM (Chen *et al*., 2021).

1.5 Prevenção e Tratamento

A COVID-19 é uma doença infeciosa que surgiu de forma repentina e devido à falta de medicamentos específicos ao não ser tratada em tempo útil poderá levar à morte (Ouyang *et al*., 2021). Embora o período médio de incubação tenha sido inicialmente estimado de 2 a 11 dias, atualmente as linhas das autoridades de saúde indicam uma incubação média num período de 7 dias (variando de 2 a 14 dias) (Khan *et al*., 2020).
Pacientes com COVID-19 moderado ou grave geralmente são hospitalizados para observação e obtenção de cuidados de apoio, uma vez mais, devido à falta de tratamento específico (Duque *et al*., 2021).

Ao longo do ano passado (2021), várias vacinas contra SARS-CoV-2 foram desenvolvidas pelo mundo todo (Forchette, Sebastian & Liu, 2021). No entanto, apesar

da rápida produção e distribuição de vacinas, novas estirpes originárias de várias regiões do mundo estão continuamente a ser descobertas, e as vacinas atuais podem não ser suficientes para proteger a população (Forchette *et al*., 2021). Portanto, é importante entender o mecanismo das vacinas atuais, bem como potenciar o surgimento de novas vacinas e tratamentos para evitar novas ondas da atual pandemia (Forchette *et al*., 2021). Atualmente, existem três tipos comuns de vacinas contra o vírus SARS-CoV-2: Ácido Ribonucleico mensageiro (mRNA), vetor de adenovírus e vacinas inativadas (Forchette *et al*., 2021). As vacinas desenvolvidas pela Pfizer-BioNTech, Inc. (EUA) e pela Moderna, Inc. (EUA), são vacinas de mRNA, sendo que estas foram aprovadas para uso nos Estados Unidos (EUA) e em países da União Europeia (Forchette *et al*., 2021). Diferente da Pfizer-BioNTech e Moderna, a fábrica Johnson & Johnson apresenta uma vacina de vetor de adenovírus (vacina de vetor viral) (Forchette *et al*., 2021). Embora esta vacina ainda utilize a sequência de aminoácidos da proteína S de SARS-CoV-2, utiliza DNA de adenovírus 26 como vetor (Forchette *et al*., 2021), sendo que o mecanismo imunológico pelo qual protege o hospedeiro é semelhante ao das vacinas de mRNA (Forchette *et al*., 2021). Uma das vantagens de usar uma vacina de vetor viral é a capacidade de produzir rapidamente vacinas, uma vez que o vetor viral é sintetizado no laboratório (Forchette *et al*., 2021). A vacina Johnson & Johnson foi também aprovada pelos EUA e por países da União Europeia, sendo esta uma vacina de dose única (Forchette *et al*., 2021). A outra vacina (AZA1222), desenvolvida pela AstraZeneca e pela Universidade de Oxford é uma vacina de vetor viral (Forchette *et al*., 2021). Foi aprovada pela primeira vez no Reino Unido a 30 de dezembro de 2020 e desde então tem sido aprovada em vários países da Europa e Ásia. No entanto, até à data, esta não foi aprovada pela FDA dos EUA (Forchette *et al*., 2021).

Medicamentos antivirais têm sido utilizados e pesquisados para tratar pacientes com COVID-19 (Forchette *et al*., 2021). Os principais medicamentos antivirais que foram testados para o tratamento da COVID-19 incluem remdesivir, hidroxicloroquina e lopinavir-ritonavir (Forchette *et al*., 2021). Existem também anticorpos monoclonais que estão a ser desenvolvidos com esse objetivo (Forchette *et al*., 2021).

Vários métodos de vigilância têm sido usados para monitorizar a propagação do SARS--CoV-2, como testes PCR, testes sorológicos e vigilância das águas residuais (Forchette *et al*., 2021). Novas formas de testagem para SARS-CoV-2 estão em processo de

desenvolvimento, incluindo a utilização da tecnologia CRISPR-Cas9, este sistema usa endonucleases para cortar DNA viral ou RNA viral e amplificar as sequências para permitir a deteção rápida, precisa e barata do vírus (Forchette *et al*., 2021). Esta tecnologia permite detetar a origem viral usando vários RNA guia simultaneamente, permitindo não só que os médicos detetem SARS-CoV-2 em pacientes, mas também que determinem a estirpe específica que causou a infeção (Forchette *et al*., 2021).

Há que continuar a lutar para eliminar o SARS-CoV-2, melhorando a vigilância de variantes por meio de sequenciamento global, criando um repositório central de amostras de soros e células de indivíduos com infeções passadas ou imunizações passadas com as vacinas disponíveis para seroneutralização e testes funcionais de imunidade celular contra as variantes descobertas, produzir vacinas contra a COVID-19 de forma reativa e adaptá--las a linhagens emergentes, garantindo também o acesso global às mesmas (Fontanet *et al*., 2021).

Em Portugal, todas as doenças notificáveis a nível nacional devem ser registadas no SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) que é um sistema eletrónico de vigilância epidemiológica (Duque *et al*., 2021). Assim, a notificação é exclusivamente e compulsoriamente online, onde clínicos e laboratórios relatam cada caso suspeito numa forma clínica e laboratorial específica da doença, respetivamente (Duque *et al*., 2021). O formulário de relato de caso da COVID-19 foi criado em janeiro de 2020 e este inclui uma secção clínica com sintomas e sinais para consulta, com base em diretrizes internacionais (Duque *et al*., 2021).

1.6 Alterações na Saúde Mental da População em Geral

Não há dúvida que a saúde mental é um requisito básico e que todas as pessoas procuram conseguir viver em equilíbrio nesta vida (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020). A OMS define saúde mental não só como meramente desprovida de sintomas de doença mental, mas sim um estado positivo de saúde física, conforto psicológico e social representado pelo prazer em saúde mental, integridade sensorial e comportamento adequado (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020). Portanto, uma saúde mental saudável inclui um sentimento de felicidade consigo, um sentimento de contentamento, tranquilidade, segurança, integridade mental, prazer em viver, sentimento de força, atividade e

adaptação positiva às exigências devidas (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020). Um alto nível de saúde aparece claramente numa pessoa que tem eficiência, equilíbrio emocional, bom comportamento, integridade da personalidade e capacidade de enfrentar crises (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020).

A COVID-19 criou uma crise de saúde em rápida expansão com drásticas consequências mundiais (Gómez-Salgado *et al*., 2020), causando roturas massivas na vida quotidiana (Kecojevic, Basch, Sullivan & Davi, 2020), com o isolamento de muitas pessoas nas suas casas pouco tempo após o surto ter sido anunciado (Tang *et al*., 2020).

O crescimento exponencial de casos COVID-19 desafiou assim a capacidade dos sistemas de saúde e dos governos, tendo estes implementado restrições e bloqueios em todas as áreas da vida (Huber *et al*., 2021). De forma a controlar este surto a OMS decretou que o público devia evitar frequentar locais lotados, usar máscaras cirúrgicas e manter pelo menos 1 metro de distância para com outras pessoas (Meng *et al*., 2021). Tentando assim evitar a disseminação do vírus por contacto direto, ou seja, por gotículas espalhadas através de tosse ou espirros de um indivíduo infetado (Basheti *et al*., 2021).
Para limitar a propagação do vírus, a OMS aconselhou as pessoas a praticarem distanciamento social e a ficarem em casa (Drissi *et al*., 2020), e os governos dos diferentes países adotaram medidas diferenciadas e específicas para prevenir a disseminação e propagação da doença (Drissi *et al*., 2020; Ghazawy *et al*., 2021). Como exemplos de medidas adotadas podem referir-se bloqueios obrigatórios, viagens interrompidas e o encerramento de aeroportos, comércio, locais de entretenimento, espaços de trabalho e locais de ensino (Drissi *et al*., 2020; Ghazawy *et al*., 2021; Yang *et al*., 2021). Os esforços de prevenção e controlo da COVID-19 foram e continuam a ser apoiados por organizações internacionais, como é o caso da OMS que tem coordenado uma resposta global à pandemia de inúmeras maneiras (Yang *et al*., 2021).

A quarentena representa assim uma medida globalmente eficaz para diminuição da propagação do vírus (Basheti *et al*., 2021), sendo que esta é usada como medida preventiva há séculos para lidar com grandes surtos infeciosos e provou ter sido eficaz no controlo da cólera e da peste (Khan *et al*., 2020). A definição de quarentena é então, a separação e restrição de circulação de pessoas potencialmente expostas a uma doença para verificar se estas ficam doentes, com o objetivo de reduzir o número de pessoas

infetadas na comunidade (Khan *et al*., 2020; Martínez-Lorca *et al*., 2020), por isso muitos dos países implementaram esta medida de forma rigorosa (Martínez-Lorca *et al*., 2020).

Muitos estudos mostram que a pandemia por COVID-19 causou sérias ameaças à saúde física e psicológica e à vida das pessoas (Martínez-Lorca *et al*., 2020). Em qualquer desastre biológico, incerteza, medo e depressão são temas comuns (Chen *et al*., 2020), sendo que este medo se propaga de forma rápida e invisível, levando os indivíduos a serem incapazes de pensar de forma clara e racional (Martínez-Lorca *et al*., 2020). Sabe-se que a prevalência de epidemias acentua ou cria novos fatores de *stress*, incluindo medo e preocupação por si mesmo e pelos entes queridos (para além das já mencionadas restrições dos movimentos físicos e atividades sociais e das mudanças radicais e repentinas no estilo de vida) (Son, Hegde, Smith, Wang & Sasangohar, 2020). Por fator de *stress*, entende-se um tipo de estímulo ambiental que leva a uma resposta psicológica e fisiológica específica num indivíduo, que ameaça as necessidades importantes e a capacidade de confrontação do indivíduo (Yang *et al*., 2021).
Uma revisão recente de surtos de vírus e pandemias documentou diversos fatores de *stress* como o medo de infeção, frustração, tédio, suprimentos inadequados, informação inadequada, perda financeira e estigma (Son *et al*., 2020), provocando assim sofrimento psicológico (Yadav *et al*., 2021). Existem relatos de várias comorbilidades psiquiátricas como depressão, ataques de pânico, ansiedade, excitação psicomotora, sintomas de *stress* e suicídio (Vahedian-Azimi *et al*., 2020). Pessoas também com doença mental pré-existente tiveram dificuldades de acesso a serviços de saúde mental durante o bloqueio (Chen *et al*., 2020), o que levou a graves traumas psicológicos (Ouyang *et al*., 2021).

Após a SARS de 2003 na China, muitos pacientes desenvolveram transtornos de *stress* agudo e transtorno de *stress* pós-traumático (TSPT) (Ouyang *et al*., 2021). Dados recolhidos, também anteriormente, com a SARS de 2003 e outras pandemias (MERS, Influenza A (vírus subtipo H1N1) e Ébola) mostraram que a quarentena como medida de proteção tem efeitos psicológicos sobre a população (Gómez-Salgado *et al*., 2020), havendo um aumento significativo no risco de problemas de saúde mental (Basheti *et al*., 2021). Com base ainda na pandemia causada pela SARS de 2003, foi provado que quanto maior o isolamento maior é também a possibilidade de sofrimento psíquico (Tang *et al*., 2020), sendo que a população se tornou mais pessimista depois desse surto (Wang *et al*., 2020). O mesmo se relatou durante o surto do vírus Ébola, em que as pessoas

apresentaram um maior número de problemas mentais e psicossociais (Wang *et al*., 2020).

As crises de saúde pública podem provocar emoções negativas consideráveis em consonância com o *stress* (Islam *et al*., 2020). A redução de atividades (causada pela quarentena) pode levar a um círculo vicioso em que as formas de aliviar as emoções negativas são reduzidas (Chen *et al*., 2020). Assim sendo, a quarentena tem sido associada à presença de alta sintomatologia depressiva, ansiedade, *stress*, *stress* pós-traumático, raiva e/ou sofrimento psicológico (Gómez-Salgado *et al*., 2020).
Desastres que provocam estes problemas de saúde mental podem ser definidos como: ocorrências destrutivas que perturbam e sobrecarregam as comunidades, afetando milhões em todo o mundo, num determinado ano (Xu *et al*., 2021).
Assim sendo, a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 está a ter um impacto psicológico muito grande na sociedade, afetando também a indústria e a economia bem como o trabalho, a vida diária e os estudos das pessoas (Yang *et al*., 2021), não permitindo aos indivíduos trabalhar adequadamente ou participar em atividades sociais e de aprendizagem, agravando assim a sua ansiedade (Ouyang *et al*., 2021). Além disso, a grande quantidade de informação sobre a pandemia teve um impacto significativo na saúde mental pública, fazendo com que as pessoas sintam pânico, ansiedade, preocupação e até depressão (Ouyang *et al*., 2021). O fluxo constante de informação sobre a aceleração de novos casos e mortes, bem como a desinformação negativa enviesada nas redes sociais desencadeia histeria em massa (Shitandi, Efe & Sunday, 2021).

Todas as medidas de confinamento e restrições de viagens levaram ao fecho de negócios com consequente desemprego e cortes salariais (Shitandi *et al*., 2021). A incerteza deste efeito económico levou a perturbações mentais para toda a família (Shitandi *et al*., 2021). Para além das já referidas anteriormente podem ser encontradas igualmente a negação, solidão, tristeza, angústia, frustração, maus hábitos de sono, insónias, automutilação e idealizações suicidas presentes na sociedade devido ao distanciamento social e quarentena em massa (Shitandi *et al*., 2021). Tudo isto devido à privação de liberdade, separação das famílias (Shitandi *et al*., 2021) e perda de entes queridos por doença (García-Espinosa *et al*., 2021).

Desta maneira pode-se perceber que o impacto da pandemia está longe de ser apenas uma crise de saúde, pois está a afetar a sociedade e a economia e embora varie de país para país certamente aumentará a pobreza, desemprego, distanciamento social, auto isolamento e desigualdades, representando assim um grande impacto a nível psicossocial (Patelarou *et al*., 2021). Por outro lado, o impacto da recessão económica na saúde mental não pode ser ignorado e pode ser cumulativo (Branquinho, Kelly, Arevalo, Santos & Matos, 2020), levando assim a altas taxas de prevalência de depressão, ansiedade e distúrbios de sono (Nomura *et al*., 2021), podendo também levar ao aumento do consumo de álcool e a tabagismo (Ustun, 2021).

Esperava-se assim que a prevalência de transtornos mentais duplicasse (Yadav *et al*., 2021). Algo que já foi confirmado por alguns estudos, Meng *et al*. (2021), num estudo realizado na China, mostrou que 16,5% e 28,8% da população geral apresentava depressão moderada a grave e ansiedade durante a fase inicial da COVID-19. Estudos têm apontado que os danos físicos causados por súbitos incidentes de saúde pública podem ser recuperados em pouco tempo, mas o impacto psicológico durará muito tempo (Ouyang *et al*., 2021). O sofrimento psíquico associado à pandemia de crise sanitária já foi estudado e estima-se que 38,2% da população europeia sofra um transtorno mental (Gómez-Salgado *et al*., 2020). Embora a saúde mental seja importante na gestão de crises e reconstrução da sociedade, o foco das diferentes autoridades, durante a pandemia, tem sido preservar a vida através do controlo da propagação, testagem, desenvolvimento de protocolos de tratamento e vacinas, levando a atrasos das necessidades de saúde mental que também são fundamentais para a sobrevivência (Shitandi *et al*., 2021).

Emoções negativas podem levar a uma ampla gama de problemas de comportamento individual e social que acompanhados por *stress* (agudo ou crónico) podem comprometer a função do sistema imunológico (Wang, Jing, Han, Jing & Xu, 2020), por outro lado, emoções positivas não devem ser ignoradas, dado que podem promover o controlo emocional eficaz dos indivíduos como, gratidão, interesse e amor, após uma emergência estas podem ajudar a resiliência dos indivíduos a combater a depressão (Wang *et al*., 2020). Quando não administrado corretamente, o *stress* crónico leva a problemas emocionais e psicossociais, as consequências físicas manifestam-se por meio de esgotamento físico, cognitivo e emocional, bem como por despersonalização e indignação profissional (Babicka-Wirkus, Wirkus, Stasiak & Kozłowski, 2021). Para além dos já falados anteriormente, a ansiedade contínua e/ou *stress* podem causar outros distúrbios funcionais físicos, como palpitação e aperto no peito o que pode levar ainda a distúrbios

endócrinos e hipertensão (Martínez-Lorca *et al*., 2020). O uso eficiente de emoções permite a resolução de problemas de forma eficaz, ao mesmo tempo que dá vazão à raiva, frustração e negação da realidade, estas são reações potencialmente destrutivas ao *stress*, expressar as emoções pode também levar a diminuir os níveis de depressão e hostilidade em situações de elevado *stress* (Babicka-Wirkus *et al*., 2021). Entre as consequências para a saúde a depressão é a mais grave por estar intimamente ligada ao suicídio (Nomura *et al*., 2021). O nível de saúde mental está intimamente relacionado com o nível de imunidade física, então a imunidade mental é uma base sólida sobre a qual a imunidade do corpo é baseada e ajuda a combater as doenças de forma mais eficaz (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020).

1.7 Alterações na Saúde Mental dos Estudantes Universitários

Como já deu para perceber, a rápida propagação deste vírus tem causado ansiedade e angústia excessivas na população em geral, na qual os estudantes universitários se incluem (Shitandi *et al*., 2021).

Já na pandemia SARS em 2003, muitos relatórios revelaram as mudanças psicológicas que os estudantes universitários sofreram durante esse período pandémico (Yang *et al*., 2021). Uma pandemia tem assim o risco de afetar os estudantes universitários a nível académico, físico e psicológico (Kecojevic *et al*., 2020).

Ao contrário dos adultos, que são capazes de regular mais facilmente as suas emoções, as crianças são mais propensas a limitar ou a suprimir as suas, além disso, estas podem desenvolver doenças mentais graves (Xu *et al*., 2021). Geralmente, o período final da adolescência é um período de risco relativamente ao neurodesenvolvimento, podendo haver incompatibilidade no desenvolvimento entre as regiões subcorticais maduras (núcleo accumbens (NAc), amígdalas), associado à busca de recompensa e experiência de emoções sendo que as regiões corticais regulatórias pré-frontais ainda estão em desenvolvimento (Copeland *et al*., 2021).

Assim sendo, como consequência das grandes mudanças na vida era de esperar que a saúde mental dos estudantes universitários fosse afetada (Basheti *et al*., 2021). Os riscos são especialmente elevados para estes, a maioria deles experiência uma diminuição

abrupta na supervisão e apoio dado pelos pais (Copeland *et al*., 2021). Os estudantes universitários representam a faixa etária mais ativa e dinâmica (Ghazawy *et al*., 2021) e estão a viver um período de oportunidades (Ojewale, 2021). Isto torna-os numa das populações mais vulneráveis para sofrerem problemas de saúde mental (Wang *et al*., 2020). Os estudantes universitários encontram-se assim num período crítico das suas vidas, formando uma visão sobre o mundo, a vida e os valores, por isso mesmo, eventos públicos de grande escala podem ter múltiplos efeitos complexos e profundos na sua saúde física e mental (Yang *et al*., 2021). Este grupo social é especial e os seus hábitos baseiam-se em relacionamentos, contactos, atividades físicas, atividades universitárias e viagens (Villani *et al*., 2021).

O bem-estar dos alunos contribui para o seu sucesso académico (Tiaprapong *et al*., 2021), sendo a educação um dos muitos setores afetados, o mesmo pode estar comprometido (Yang *et al*., 2021). Notícias, desinformação e rumores sobre a COVID-19 podem também aumentar os pensamentos e emoções negativas dentro dos alunos e sobre o seu futuro também (Islam *et al*., 2020), como por exemplo, preocupações em encontrar emprego após a conclusão desse ciclo de estudos (Babicka-Wirkus *et al*., 2021).

Mesmo antes da pandemia, estudantes em todo o mundo experienciavam níveis crescentes de ansiedade, depressão, mau humor, falta de autoestima, problemas psicossomáticos, abuso de substâncias e tendências suicidas (Browning *et al*., 2021). Esta situação era devida ao facto de se encontrarem num período stressante, significando para muitos, a necessidade de estabelecer novas relações, desenvolver novos hábitos de estudo, lidar com o trabalho, aprender a administrar o seu tempo, muitas vezes mudando o local de residência, começando então uma transição para a vida adulta independente (Babicka-Wirkus *et al*., 2021).

A emergência pandémica veio alterar drasticamente as suas vidas, tendo em conta também as restrições universitárias, agravando assim toda a situação (Villani *et al*., 2021). Estudos, efetuados até agora, mostram que muitos estudantes lutam para lidar com esses fatores de *stress* e que a incidência de *stress* entre os alunos está a aumentar (Babicka-Wirkus *et al*., 2021). O *stress* faz diminuir a eficiência, produtividade e empenho nas atividades da vida, bem como a satisfação com os seus resultados (Babicka-Wirkus *et al*., 2021).

A saúde mental dos estudantes universitários é uma área de especial interesse, tanto pela vulnerabilidade desta faixa etária, como pelas perturbações durante o período de estudos que têm profundas consequências a longo prazo na vida dos indivíduos (Patsali *et al*., 2020).

De repente, com a pandemia da COVID-19, os estudantes universitários foram diretamente afetados pela proibição de frequentar as universidades, ficar em casa, não interagir com os amigos, não praticar exercícios, não viajar, assim como viver com o medo de se infetarem ou infetarem algum familiar ou amigo (Ghazawy *et al*., 2021), assim sendo experienciaram pressão adicional devido a isso mesmo, aumentando assim a incerteza e por sua vez o *stress* (Meng *et al*., 2021). Podendo a falta de recursos tecnológicos provocar também ansiedade, depressão e medo (Meng *et al*., 2021). Muitos estudantes universitários sofreram alterações e as expectativas de continuar o seu trabalho mantinham-se, só que deste vez remotamente, sendo que muitos enfrentaram esta interrupção sem uma rotina familiar e apoio para o fornecimento de uma sensação de estabilidade e coerência (Copeland *et al*., 2021). Essa nova vida tornou-se mais stressante e as precauções necessárias antes de sair, voltar a casa ou até mesmo uma simples ida ao supermercado aumentou os encargos nos alunos (Ghazawy *et al*., 2021). Para além dos fatores de *stress* ditos anteriormente, como o facto de terem de assistir a aulas online houve também a perda de aulas clínicas/práticas (Ghazawy *et al*., 2021), aumentando assim a pressão para aprender de forma independente (Shitandi *et al*., 2021). O uso de tecnologias de aprendizagem parece contribuir para o desinteresse, uma vez que reduz a quantidade de tempo que os alunos passam no campus, interagindo cara a cara com outros, sendo que estes participam menos nas discussões em grupo nas aulas online (Branquinho, Santos, Ramiro & Matos, 2021).

Mais de 160 países implementaram o fecho de escolas, afetando 87% dos estudantes em todo o mundo (Meng *et al*., 2021). Provocando assim, alterações nos calendários académicos, impacto no progresso académico e conexões sociais restritas (Shitandi *et al*., 2021) e inclusive provocou alterações em toda a cultura universitária (Babicka-Wirkus *et al*., 2021). Assim sendo, foram afetados os programas educacionais e as avaliações (Shitandi *et al*., 2021). O ensino à distância tornou-se o caminho para a educação e sem surpresa englobou novas preocupações e desafios para os alunos (Basheti *et al*., 2021),

pelo facto de a instrução presencial, que está bem documentada, ser benéfica (Pattison, Hoke, Schaefer, Alter & Sekhar, 2021).
A falta de contacto regular com os amigos em todas as fases da pandemia SARS-CoV-2 resultou em solidão que não pode ser totalmente mitigada por contactos regulares via telefónica ou por outros meios (Babicka-Wirkus *et al*., 2021).
Os efeitos observados, mais comuns, foram ansiedade, depressão e *stress* mas também baixa motivação académica (Copeland *et al*., 2021). Sendo que problemas de saúde mental são o principal obstáculo ao sucesso académico (Son *et al*., 2020). A doença mental pode afetar a motivação, concentração e interações sociais dos alunos, fatores esses, cruciais para que os alunos tenham sucesso no ensino superior (Son *et al*., 2020).

Um estudo feito em universidades francesas mostrou que estudantes de ciências da saúde tinham a sua saúde mental (associada a qualidade de vida) pior do que a sua saúde física (Yadav *et al*., 2021). Um outro estudo diz-nos que estudantes, futuros profissionais de saúde, quando comparados com os seus pares da mesma idade, em geral, apresentavam comportamentos de risco para a sua saúde devido a enfrentarem múltiplos fatores de *stress* e que 50% tinha pelo menos um comportamento de risco para a sua saúde (Tiaprapong *et al*., 2021). Assim sendo, estudantes de instituições de ensino superior, especialmente aqueles que serão profissionais de saúde estão em maior risco de doença mental (Shitandi *et al*., 2021).

Como já foi dito anteriormente, Itália foi o primeiro país europeu a ser afetado e esta pandemia, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, representou uma novidade que gerou medo, ansiedade e depressão, o que falta acrescentar é que estes encontraram-se mais presente nos jovens (e população idosa) sendo que a sua prevalência foi de 18,7%, 32,7% e 27,2%, respetivamente (Villani *et al*., 2021).

Apesar da crescente necessidade de serviços de saúde mental em instituições de ensino superior é alarmante que apenas uma pequena parte dos alunos que se suicidam contactam os centros de acolhimento das suas instituições, isto deve-se talvez ao estigma associado à saúde mental (Son *et al*., 2020).
Num estudo anteriormente realizado em Portugal (durante o primeiro confinamento) a perda de contactos sociais já tinha sido reportada pelos jovens, juntamente com o relato

de mais sintomas de ansiedade, depressão e sentimentos de solidão (Branquinho *et al*., 2021).

1.8 Alterações nos Estilos de Vida

O isolamento social por longos períodos pode levar ao tédio e *stress*, mas pode sujeitar ainda a mais indivíduos desenvolverem uma maior tendência em comer demasiado, especialmente recorrendo aos ditos "alimentos de conforto" que por norma são mais calóricos (Kumari *et al*., 2020), levando assim a mudanças dos hábitos alimentares (Brancaccio *et al*., 2021). Esta tendência já foi anteriormente revelada por alguns estudos, que indicam que as pessoas aumentam o consumo de alimentos não saudáveis, comendo fora, tendo mais lanches entre refeições e tendo um maior número de refeições principais (Brancaccio *et al*., 2021). Por outro lado, um estudo realizado em Espanha destaca os benefícios que uma dieta mediterrânica teve sobre a sua população (Brancaccio *et al*., 2021).
De facto, o aumento no consumo de frutas, legumes ou leguminosas e uma menor ingestão de carnes vermelhas, álcool, alimentos fritos ou doces poderá ter um impacto positivo na prevenção de doenças crónicas e complicações relacionadas à COVID-19 (Brancaccio *et al*., 2021).

Estes problemas psicológicos causados pelos efeitos da pandemia podem contribuir também para o abuso de substâncias (Shitandi *et al*., 2021). O aumento do consumo de álcool e comportamentos sexuais de risco são típicos em pessoas que apresentam *stress* significativo (Babicka-Wirkus *et al*., 2021).

A educação física desempenha também um papel importante no alívio da pressão não só no corpo, mas também na mente, sendo esta particularmente importante e essencial durante uma pandemia (Deng *et al*., 2020). Um estudo descreveu que a atividade física vigorosa está associada a menor possibilidade de problemas de saúde mental e sintomas depressivos (Deng *et al*., 2020). Feita de forma regular é uma das formas mais eficaz de prevenir a morte prematura (Romero-Blanco *et al*., 2020). A OMS recomenda, pelo menos, 150 minutos de atividade física moderada e 75 minutos de atividade vigorosa ou uma combinação de ambas, por semana (Romero-Blanco *et al*., 2020). Mas independentemente da atividade física torna-se importante avaliar o comportamento

sedentário, pois este está associado ao aumento da morbilidade e dos fatores de risco de doenças cardiovasculares (Romero-Blanco *et al*., 2020). A OMS tem ainda o objetivo de até 2030 reduzir a prevalência de inatividade física em 15% no mundo inteiro (Romero-Blanco *et al*., 2020). Sabendo que a atividade física varia de acordo com a idade, sexo e estado de saúde do indivíduo e que outros fatores associados a atividade física são a motivação, a falta de tempo e os aspetos relacionados à imagem corporal ou aparência física (Romero-Blanco *et al*., 2020), e que esta representa benefícios como a redução da ansiedade e da depressão (Romero-Blanco *et al*., 2020).
Além disso, o confinamento prolongado, em casa, pode induzir a um aumento do tempo ao ecrã e a uma redução de tempo ao ar livre levando assim ao aumento do sedentarismo (Kumari *et al*., 2020). Em estudantes universitários, o tempo sentados pode ultrapassar as 9 horas diárias (Romero-Blanco *et al*., 2020). Sendo que um estilo de vida saudável deve ser promovido em todas as idades mas quanto mais cedo for implementado mais provável é de se tornar enraizado (Romero-Blanco *et al*., 2020).

Como já foi referido anteriormente, o confinamento em casa e as interrupções nas rotinas diárias podem afetar não só os padrões de sono como a sua qualidade (Kumari *et al*., 2020). Durante o surto anterior do SARS em 2003 muitas pessoas sofreram com problemas de sono devido à ansiedade e a sintomas depressivos sendo assim razoável supor que uma maior exposição leve a menos sono, o que por sua vez, aumenta o risco de doença (Tang *et al*., 2020). O *stress* psicológico severo pode causar estes distúrbios de sono, desconforto físico e outras consequências nos indivíduos (Yang *et al*., 2021).
Alta prevalência de sofrimento psicológico e a sua forte associação com má qualidade do sono, entre alunos, foram relatados em estudos anteriores (Ghazawy *et al*., 2021). Sendo então necessário entender as possíveis relações entre a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, sono e doenças mentais na população de estudantes universitários (Tang *et al*., 2020).

1.9 Hesitação Vacinal e Confiança no Controlo e Gestão da Pandemia

O desenvolvimento de uma vacina foi reconhecido como um meio crucial para travar a propagação da doença COVID-19 (Wismans *et al*., 2021). Embora a vacinação seja amplamente reconhecida como uma forma eficaz de reduzir ou eliminar o fardo das doenças infeciosas pelas autoridades de saúde e pela comunidade médica, este benefício

depende da vontade de cada indivíduo em ser vacinado (Petravić *et al*., 2021). A hesitação vacinal, ou seja, a relutância de uma parte da população em levar a vacina apesar desta estar disponível (Wismans *et al*., 2021), está intimamente relacionado com a confiança do público no sistema de saúde (Petravić *et al*., 2021). A hesitação vacinal representa uma ameaça crónica à saúde pública que pode prejudicar os esforços para alcançar imunidade por vacinação (Patelarou *et al*., 2021). Apesar das evidências sobre os benefícios da imunização, desconfianças das informações sobre a eficácia da vacina e segurança permanecem assim como falta de conhecimento (Patelarou *et al*., 2021). Essas barreiras são fortalecidas por diferentes teorias da conspiração e notícias que circulam, principalmente nas redes sociais (Patelarou *et al*., 2021). De referir que, esta hesitação encontra-se também presente nos profissionais de saúde (Patelarou *et al*., 2021). A vacinação de profissionais de saúde é de extrema importância para evitar a propagação do vírus dado que estes pertencem a um grupo de risco pois estão em contacto com muitas pessoas que estão infetadas, como também estão numa posição em que em princípio melhor poderão compreender as dúvidas e preocupações dos pacientes, responder às suas perguntas e explica-lhes com palavras simples a importância e pontos positivos da vacinação (Patelarou *et al*., 2021), representando assim uma importante fonte de informação (Sugawara, Yasui-Furukori, Fukushima & Shimoda 2021). No entanto, mais e mais estudos relatam baixos níveis de aceitação por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, etc.), incluindo aqueles que vacinam os pacientes (Patelarou *et al*., 2021).

Em 2019, a OMS declarou a "hesitação vacinal" como uma das 10 principais ameaças à saúde global e os níveis mais altos de ceticismo encontraram-se na Europa (Wismans *et al*., 2021). Numa amostra de 7.000 europeus, 18,9% revelaram não ter a certeza se iram ou não ser vacinados e 7,2% relataram que não iriam mesmo ser, sendo ainda que números mais pessimistas foram encontrados entre os Britânicos e os Irlandeses, onde apenas 65% e 69% dos entrevistados manifestaram intenção de se vacinarem (Wismans *et al*., 2021). Garantir taxas de vacinação suficientemente elevadas para estabelecer a dita imunidade de grupo, tornou-se um grande desafio, uma vez que é necessário atingir valores entre os 67% e os 95% de indivíduos vacinados (Wismans *et al*., 2021).

As vacinas contra a COVID-19 diferem das vacinas anteriores em muitos aspetos, entre eles, a velocidade de desenvolvimento, inovação de técnicas utilizadas, incerteza, magnitude, extensão da eficácia e potenciais efeitos colaterais (Wismans *et al*., 2021).

Como a vontade da vacinação depende do contexto, tempo, lugar e vacina, pesquisas sobre a intenção de vacinação revelam ser necessárias, preferencialmente entre uma variedade de grupos-alvo e países (Wismans *et al*., 2021). Fatores, como a disponibilidade e custo de vacinas, confiança nas autoridades de saúde, media e governo revelam ser importantes na intenção de vacinação (Wismans *et al*., 2021).

Em resposta a novas ondas, causadas por novas variantes, alguns países anunciaram planos para introduzir vacinas de reforço (Sugawara *et al*., 2021; Yadete *et al*., 2021; Paul & Fancourt, 2022). Um regime de 3 doses pode reduzir o risco de infeção e reverter a diminuição dos anticorpos neutralizantes após as duas doses da vacina (Sugawara *et al*., 2021). A sua adoção revelou ser essencial para manter o progresso feito durante esta pandemia (Paul & Fancourt, 2022), reduzindo assim o número de mortes e doenças graves e também a carga sobre os sistemas de saúde bem como a redução de restrições mais rigorosas (Paul & Fancourt, 2022). Pois, embora esta seja altamente eficaz na prevenção de doenças graves e na morte, evidências emergentes sugerem que a imunidade das vacinas contra a COVID-19 diminui ao longo do tempo e podem ser menos eficazes com novas variantes (Paul & Fancourt, 2022).
Um estudo realizado em Israel demonstrou que a administração de uma dose de reforço 5 meses após completar o regime inicial de 2 doses aumentou a proteção contra a infeção em 11,3 vezes e a proteção contra doença grave em 19,5 vezes (Yadete *et al*., 2021).
A maior falta de vontade de aceitar a dose de reforço foi encontrada entre a camada mais jovem (Paul & Fancourt, 2022). Sendo que os jovens adultos eram quase 6 vezes mais propensos a não aceitar comparativamente aos adultos mais velhos (Paul & Fancourt, 2022). A aceitação por parte do público de uma dose de reforço surge como uma potencial preocupação, pois esta tem um papel essencial na resposta de saúde pública à pandemia (Yadete *et al*., 2021). A fim de projetar intervenções e aumentar a adesão da dose de reforço é imperativo quantificar os níveis de aceitação em relação à dose de reforço (Yadete *et al*., 2021).

É importante entender as perceções de risco sobre a COVID-19 e a confiança na liderança política e de saúde pública/científica entre a população (McFadden, Malik, Aguolu, Willebrand & Omer, 2020). Além disso, como já aconteceu em epidemias no passado, medidas preventivas podem ter um impacto negativo na confiança dos cidadãos em relação às instituições e autoridades governamentais (Graffigna, Palamenghi, Savarese,

Castellini & Barello, 2021). Este é um aspeto potencialmente perigoso da política de saúde pública e medidas preventivas, devendo este ser cuidadosamente considerado, pois implica com as mudanças de comportamentos da população, bem como com as desconfianças na ciência e/ou nas autoridades de saúde, podendo afetar a eficácia de um plano preventivo (Graffigna *et al*., 2021). Em particular, o cumprimento das normas preventivas, como a quarentena domiciliar exige um forte vínculo de colaboração, confiança e parceria entre as autoridades de saúde e os cidadãos, uma vez que a mensagem de saúde implícita no confinamento consiste num apelo para que os cidadãos renunciem à sua liberdade pessoal e prioridades em prol da saúde individual e coletiva (Graffigna *et al*., 2021). A perceção de risco e o consequente comportamento das pessoas durante uma pandemia são muito complexos e são afetados por múltiplos fatores culturais e psicológicos (Diotaiuti *et al*., 2021). As pessoas costumam julgar o risco pessoal com base nas suas impressões sobre a prevalência geral e gravidade da doença (Diotaiuti *et al*., 2021). Além disso, estudos sobre pró-sociais *versus* comportamentos egoístas mostraram que quando não há certeza de que uma ação egoísta pode levar a um resultado potencialmente negativo para os outros, os indivíduos são muito mais propensos a agir de forma egoísta do que quando há a certeza (Diotaiuti *et al*., 2021). Sendo que, uma mudança na taxa de confiança pode estar relacionada a diferentes períodos de tempo ao longo do desenvolvimento da pandemia e as correspondentes medidas restritivas adotadas (Diotaiuti *et al*., 2021).

Este surto marca um momento vital em que os sistemas de saúde podem levar a uma "epidemia de empatia", aproximando a ciência e humanismo para benefício dos pacientes e consolidar a confiança dos cidadãos nos prestadores de cuidados de saúde durante esta e futuras crises (Barello & Graffigna, 2020). Interações, mesmo as ocorridas em atendimentos de saúde, são um "veículo" capaz, não só de comunicar intenções e moldar comportamentos, mas também de construir (ou não) confiança mútua, afetando assim o processamento de informações e até a determinação de escolhas de saúde (Barello & Graffigna, 2020). No entanto garantir a correta compreensão de mensagens e adesões não é tarefa fácil (Graffigna *et al*., 2021).

Juntos, é necessário avaliar de forma rápida e contínua os problemas de saúde relacionadas a emergências entre civis, especialmente em grupos vulneráveis (Tiaprapong *et al*., 2021). Os estudantes universitários são frequentemente um grupo-alvo para muitos estudos científicos, devido à sua representação social (Salameh *et al*., 2021).

2. Objetivos

2.1 Gerais

Tendo mais informação sobre esta temática para além de avaliar o impacto na população estudantil da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, pode também ajudar na implementação de novas políticas e fornecimento por parte da instituição de melhores diretrizes de saúde e serviços de aconselhamento para prevenir o desenvolvimento de doenças mentais e também para saber como lidar com estas, obtendo desta maneira uma maior probabilidade de tratamentos bem sucedidos, fornecendo também orientações para os profissionais de saúde, pessoal universitário e legisladores da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz na formulação e implementação de apoio psicológico e estratégias de intervenção durante tais emergências no presente e no futuro. Sabendo o impacto da pandemia COVID-19 e os fatores de risco, os administradores universitários poderão servir melhor a comunidade estudantil da instituição, podendo haver intervenções mais direcionadas e imediatas focadas na prevenção e tratamento.

2.2 Específicos

- Saber quantos estudantes da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz já foram infetados pelo vírus SARS-CoV-2 e também quais os sintomas mais prevalentes que a doença COVID-19 lhes causou;

- Perceber o impacto da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 na saúde mental dos estudantes da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e também quais as alterações que estes tiveram na sua vida quotidiana;

- Verificar se existe uma associação entre as diferentes variáveis em estudo;

- Recolher dados relativamente à testagem para a presença do vírus SARS-CoV-2, tanto dados numéricos como graus de satisfação, atitudes tomadas relativamente à vacinação e ao reforço para combater a doença COVID-19 e a confiança que estes sentem no desempenho dos profissionais de saúde ao combaterem esta atual pandemia.

3. Materiais e Métodos

3.1 Pesquisa

Revisão literária entre os anos 2020 e 2022 através da utilização da plataforma PubMed.

Todas as pesquisas foram realizadas utilizando as seguintes palavras em inglês:

- 1ª Pesquisa: COVID, questionário, estudantes, saúde, saúde mental (maioria dos artigos citados);
- 2ª Pesquisa: COVID, confiança, profissionais de saúde, governo, questionário, estudantes;
- 3ª Pesquisa: COVID, anosmia, hiposmia;
- 4ª Pesquisa: COVID, perda de olfato;
- 5ª Pesquisa: COVID, dor de peito, sintomas;
- 6ª Pesquisa: COVID, reforço, vacina.

Esta é uma investigação primária do tipo fundamental, apresentando uma metodologia quantitativa e o desenho de estudo correlacional/epidemiológico.

3.2 Aprovação Ética

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz. Cada participante aceitou o consentimento informado online e foi informado sobre o conteúdo, benefícios e riscos do presente estudo, bem como sobre os seus direitos como voluntários. As informações recolhidas de todos os participantes foram anónimas e confidenciais, garantindo-se assim a proteção dos dados recolhidos, cada indivíduo teve também a opção de desistir e sair do estudo em qualquer altura se assim o desejasse. Ao aceitarem a participação no estudo os estudantes confirmaram que foram esclarecidos sobre as condições do mesmo e que não tinham dúvidas. Podendo o consentimento informado ser encontrado em Anexo.

3.3 Procedimentos

Todas as avaliações foram realizadas por um investigador e orientadas por um professor especializado e doutorado. Os questionários foram armazenados no Google Forms, uma plataforma online para aplicação de questionários. Os questionários online foram preenchidos por 20 indivíduos durante a fase pré-pesquisa, com características semelhantes à da população em estudo para deteção de eventuais dificuldades de preenchimento e de compreensão e exigiu-lhes um tempo médio de 5 a 10 minutos para preenchimento do mesmo. O link para acesso ao questionário foi enviado aos alunos através de grupos de Facebook onde a população alvo se concentra, através de e-mails, e através de mensagens enviadas por WhatsApp e por Facebook Messenger. Os estudantes universitários foram incentivados a compartilhar o link com seus colegas que também estudassem na Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz. Questionário este que pode também ser encontrado em Anexo.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Estudantes dos diversos cursos e de diversos anos curriculares que estudem na Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, quer sejam do Instituto Universitário Egas Moniz ou da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Preenchimento de todos os campos do questionário. Entre as pessoas que preencheram o questionário um total de 100% passou nos critérios de inclusão do estudo.

3.5 Análise Estatística

A análise estatística foi toda realizada através do programa IBM SPSS Statistics v23 e todos os valores das tabelas, presentes nos Resultados, foram obtidos utilizando esse mesmo programa.

A base de dados contém toda a informação obtida através da aplicação do questionário.

Os dados sociodemográficos são encontrados através da análise da estatística descritiva, pedindo a frequência, à exceção da idade, pois para este parâmetro para além da frequência foi analisada a média e o desvio padrão. Estes encontram-se expressos como frequências e percentagens (**Tabela 1**). Criou-se também, utilizando este programa, novas

variáveis e pediu-se a frequência das mesmas (**Tabela 2**). Por fim, pediu-se as frequências para todas as respostas obtidas às perguntas do questionário (**Tabela 3**,**4** e **5**).
De seguida, o teste aplicado foi o teste do Qui-Quadrado de Pearson (da **Tabela 6** até à **Tabela 54**), para este ser obtido vai-se a analisar, de seguida estatística descritiva e finalmente a abas cruzadas, passa-se para a direita as variáveis que se pretende cruzar os dados (coloca-se uma na fila e a outra na coluna) e na parte de estatística pede-se desta forma o teste do Qui-Quadrado de Pearson, obtendo no final uma tabela a cruzar as variáveis e a tabela do teste do Qui-Quadrado de Pearson. Este teste permite-nos saber se há ou não associação entre duas variáveis e se a informação pode ser traduzida para a população em geral (neste caso para todos os alunos da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz). Toma-se como estatisticamente significativo, evidenciando-se então associação entre variáveis, quando a significância é inferior a 0.05. Porém este teste tem as suas limitações, nomeadamente, quando os valores esperados nas células da tabela são inferiores a 5 e nestes casos o teste não pode ser aplicado.

3.6 Amostra Populacional

Um total de 221 estudantes universitários da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz realizaram o questionário e todos os itens do questionário eram de resposta obrigatória. O questionário esteve disponível desde o dia 7 de fevereiro de 2022 até ao dia 17 de março de 2022. As idades são compreendidas entre os 18 e os 49 anos, sendo que a média é de 21,04 anos, 184 indivíduos são do sexo feminino e 37 do sexo masculino (**Tabela 1**).

4. Resultados

4.1 Dados Sociodemográficos

Foram obtidos, num total, 221 questionários, sendo que todos estes passaram nos critérios de inclusão. Na **Tabela 1** encontra-se uma descrição das características gerais dos alunos. A maioria dos indivíduos é do sexo feminino 184 (83,3%) e a minoria do sexo masculino 37 (16,7%). Relativamente ao ano curricular do 1ºano temos 84 alunos (38%), do 2ºano 59 alunos (26,7%), do 3ºano 42 alunos (19%) do 4ºano 24 alunos (10,9%) e por último do 5ºano temos 12 alunos (5,4%). No que diz respeito ao curso universitário que frequentam, 67 alunos (30,3%) estão a frequentar o mestrado integrado em medicina dentária, 39 alunos (17,6%) a frequentar o mestrado integrado em ciências farmacêuticas, 31 alunos (14%) a frequentar a licenciatura em ciências forenses e criminais, 21 alunos (9,5%) a frequentar a licenciatura em fisioterapia, 21 alunos (9,5%) a frequentar a licenciatura em ciências da nutrição, 12 alunos (5,4%) a frequentar a licenciatura enfermagem, 12 alunos (5,4%) a frequentar a licenciatura em psicologia, 9 alunos (4,1%) a frequentar o mestrado em análises clínicas, 7 alunos (3,2%) a frequentar a licenciatura em ciências biomédicas laboratoriais e por último tanto no mestrado em psicologia forense e criminal como na licenciatura em prótese dentária temos apenas 1 aluno (0,5%) de cada curso. A grande maioria relata viver com os pais 145 (65,6%) de seguida sozinho(a) 28 (12,7%), com amigos 21 alunos (9,5%), na residência universitária 12 alunos (5,4%), tanto com o(a) parceiro(a) como com outros familiares temos 7 alunos (3,2%) em cada e para finalizar com colegas temos 1 aluno (0,5%). A média de idades é de 21,04 anos e o desvio padrão é 3,962.

Tabela 1. Frequências dos Dados Sociodemográficos

Variável	Categoria	Total (N)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	37	16,7
	Feminino	184	83,3
Ano Curricular	1º	84	38
	2º	59	26,7
	3º	42	19
	4º	24	10,9
	5º	12	5,4

Tabela 1. (Continuação - Frequências dos Dados Sociodemográficos)

Variáveis	Categoria	Total (N)	Percentagem (%)
Curso	Mestrado em Análises Clínicas	9	4,1
	Mestrado Integrado em Medicina Dentária	67	30,3
	Licenciatura em Enfermagem	12	5,4
	Licenciatura em Fisioterapia	21	9,5
	Mestrado em Psicologia Forense e Criminal	1	0,5
	Licenciatura em Ciências Forenses e Criminais	31	14
	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	39	17,6
	Licenciatura em Prótese Dentaria	1	0,5
	Licenciatura em Ciências Biomédicas Laboratoriais	7	3,2
	Licenciatura em Ciências da Nutrição	21	9,5
	Licenciatura em Psicologia	12	5,4
Com quem vive	Pais	145	65,6
	Amigos	21	9,5
	Sozinho(a)	28	12,7
	Residência Universitária	12	5,4
	Parceiro(a)	7	3,2
	Outros Familiares	7	3,2
	Colegas	1	0,5
Idade $\bar{x}$=21,04 (± 3,962)	18	40	18,1
	19	52	23,5
	20	43	19,5
	21	23	10,4
	22	20	9
	23	13	5,9
	24	4	1,8
	25	8	3,6
	26	5	2,3
	27	2	0,9
	28	2	0,9
	29	1	0,5
	31	1	0,5
	33	1	0,5
	34	2	0,9
	35	1	0,5
	39	1	0,5
	40	1	0,5
	49	1	0,5

4.2 Variáveis Agrupadas Criadas

No que diz respeito às variáveis agrupadas criadas, **Tabela 2**, obteve-se na variável com quem vive grupo1 que 145 (65,6%) alunos vivem com os pais e 76 (34,4%) alunos vivem

sem os mesmos. Já na variável com quem vive grupo2 obteve-se que 193 (87,3%) alunos vivem acompanhados e 28 (12,7%) alunos vivem sozinhos. Por último, relativamente à variável ano curricular grupo obteve-se que 143 (64,7%) alunos frequentam o 1º ou 2º ano curricular e 78 (35,3%) alunos frequentam o 3º, 4º ou 5º ano curricular dos seus respetivos cursos.

Tabela 2. Frequência das Variáveis Agrupadas Criadas

Variável	Categoria	Total (N)	Percentagem (%)
Com quem Vive Grupo1	Com os Pais	145	65,6
	Sem os Pais	76	34,4
Com quem Vive Grupo2	Sozinho(a)	28	12,7
	Acompanhado(a)	193	87,3
Ano Curricular Grupo	1º e 2º Ano Curricular	143	64,7
	3º, 4º e 5º Ano Curricular	78	35,3

4.3 Perguntas do Questionário

Na **Tabela 3** encontra-se as frequências das respostas às perguntas do Grupo A do questionário, na **Tabela 4** as frequências das respostas às perguntas do Grupo B do questionário e na **Tabela 5** encontram-se as frequências das respostas às perguntas do grupo C do questionário.

4.3.1 Grupo A

O grupo A do questionário é relativo ao facto de ter tido infeção por SARS-CoV-2 e quais os principais sintomas relatados na população em estudo. Dos indivíduos que tiveram COVID-19 (45,2%), 89% teve sintomatologia presente. De entre os 15 sintomas apresentados, os 5 sintomas mais presentes foram tosse (87,6%), fadiga (79,8%), cefaleias (76,4%), rinorreia (75,3%) e mialgias (70,8%). De seguida, vieram os outros, dores de garganta (61,8%), arrepios (57,3%), febre (≥38ºC) (48,3%), anosmia/hiposmia (36%), ageusia/hipogeusia (32,6%), dispneia (22,5%), diarreia (20,2%), dores torácicas (19,1%), náuseas ou émese (13,5%) e dor abdominal (11,2%). Por último pediu-se aos participantes para relatarem se tiveram sintomas adicionais e 7,9% disse que sim.

Tabela 3. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo A do Questionário

Perguntas do Grupo A	Sim		Não	
	Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Já teve COVID-19?	100	45,2	121	54,8
Teve sintomas ?	89	89	11	11
Teve febre (≥38 ºC)?	43	48,3	46	51,7
Teve arrepios?	51	57,3	38	42,7
Teve fadiga?	71	79,8	18	20,2
Teve dores musculares?	63	70,8	26	29,2
Teve dores de garganta?	55	61,8	34	38,2
Teve tosse?	78	87,6	11	12,4
Teve pingos no nariz?	67	75,3	22	24,7
Teve dificuldades em respirar?	20	22,5	69	77,5
Teve dores no peito?	17	19,1	72	80,9
Teve dores de cabeça?	68	76,4	21	23,6
Teve náuseas ou vómitos?	12	13,5	77	86,5
Teve dor abdominal?	10	11,2	79	88,8
Teve diarreia?	18	20,2	71	79,8
Teve perda de olfato?	32	36	57	64
Teve perda de paladar?	29	32,6	60	67,4
Teve outro(s) sintomas?	7	7,9	82	92,1

4.3.2 Grupo B

Já o grupo B é relativo à saúde mental dos participantes e a alterações do seu estilo de vida, podendo estas levar a um deterioramento da sua saúde mental. Em 4 das perguntas mais de 50% dos participantes relataram alterações sofridas com o surgimento da pandemia do vírus SARS-CoV-2. Estas foram, aumento de ansiedade (64,3%), aumento de *stress* (62,9%), praticarem menos atividade física (57,5%) e alterações nos padrões de sono (55,7%). Posteriormente, temos reportada alimentação menos saudável (45,7%), sentirem-se mais deprimidos (44,8%), aumento da ingestão de bebidas alcoólicas

(14,9%), aumento do consumo de tabaco (13,6%) e por último, mas não menos importante, 10% dos alunos relataram ter tido um acréscimo de pensamentos suicidas.

Tabela 4. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo B do Questionário

Perguntas	Sim		Não	
	Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Teve um aumento no nível de *stress*?	139	62,9	82	37,1
Aumentou o seu nível de ansiedade?	142	64,3	79	35,7
Sente-se mais deprimido?	99	44,8	122	55,2
Aumentou o seu consumo de bebidas alcoólicas?	33	14,9	188	85,1
Aumentou o seu consumo de tabaco?	30	13,6	191	86,4
Tem feito uma alimentação menos saudável em tempos de pandemia?	101	45,7	120	54,3
Tem feito menos atividade física em tempos de pandemia?	127	57,5	94	42,5
Teve alterações nos padrões de sono?	123	55,7	98	44,3
Teve mais pensamentos suicidas?	22	10	199	90

4.3.3 Grupo C

Para finalizar, o grupo C do questionário é focado em perguntas para saber o comportamento e grau de satisfação dos participantes para com os profissionais de saúde nesta situação pandémica. Obteve-se que 97,7% já fez um teste para deteção da doença COVID-19, destes, 63,4 % fizeram com prescrição obtida por um profissional de saúde. No que diz respeito à satisfação durante a realização do teste 2,2% relata que a experiência foi muito má, 14,6% má, 40,1 % neutra, 32,1% boa e 10,9% muito boa. 97,7% dos participantes foram vacinados e 90% relata intenção de levar a dose de reforço. Na última pergunta obteve-se que 95,5% dos participantes confia no trabalho dos profissionais de saúde.

Tabela 5. Frequência das Respostas às Perguntas do Grupo C do Questionário

Perguntas		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Já fez algum teste a COVID-19?		216	97,7	5	2,3
Se respondeu Sim, foi-lhe prescrito por um profissional?		137	63,4	79	36,6
Se respondeu Sim, classifique a sua experiência durante a realização do teste	Muito Má	3	2,2		
	Má	20	14,6		
	Neutra	55	40,1		
	Boa	44	32,1		
	Muito Boa	15	10,9		
Foi vacinado(a) para a COVID-19?		216	97,7	5	2,3
Tenciona levar a dose de reforço (3ª dose) se assim lhe for indicado?		199	90	22	10
Sente-se confiante com os profissionais de saúde ao desempenharem o seu trabalho?		211	95,5	10	4,5

4.4 COVID-19 *VS* Variáveis

Nas **Tabelas 6**, **7**, **8** e **9** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui--Quadrado, avaliando a associação entre a variável COVID-19 e as variáveis abaixo enunciadas.

4.4.1 Sexo

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção bastante superior no sexo feminino de indivíduos que tiveram COVID-19 (48,9% - FEMININO *vs* 27% - MASCULINO). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e ter tido COVID-19 (p=0.015).

Tabela 6. Sexo *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	10	27	27	73
	Feminino	90	48,9	94	51,1
	Valor-P	**0.015**			

4.4.2 Com quem vive Grupo1

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que não vive com os pais de indivíduos que reportaram ter tido COVID-19 (46,1% - SEM OS PAIS *vs* 44,8% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e ter tido COVID-19 (p=0.862), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 7. Com quem Vive Grupo1 *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Com quem Vive Grupo	Com os Pais	65	44,8	80	55,2
	Sem os Pais	35	46,1	41	53,9
	Valor-P	0.862			

4.4.3 Com quem vive Grupo2

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive acompanhado de indivíduos que reportaram ter tido COVID-19 (45,6% - ACOMPANHADO *vs* 42,9% - SOZINHO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e ter tido COVID-19 (p=0.786), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 8. Com quem Vive Grupo2 *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Com quem Vive Grupo2	Sozinho(a)	12	42,9	16	57,1
	Acompanhado(a)	88	45,6	105	54,4
	Valor-P	0.786			

4.4.4 Ano Curricular Grupo

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 1º e 2º ano curricular de indivíduos que reportaram ter tido COVID--19 (46,9% - 1º E 2º ANO CURRICULAR *vs* 42,3% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e ter tido COVID-19 (p=0.516), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 9. Ano Curricular Grupo *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Ano Curricular Grupo	1º e 2º Ano Curricular	67	46,9	76	53,1
	3º, 4º e 5º Ano Curricular	33	42,3	45	57,7
	Valor-P	0.516			

4.5 COVID-19 *VS* Grupo B

Nas **Tabelas 10**, **11**, **12**, **13**, **14**, **15**, **16** e **18** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado, avaliando a associação entre a variável COVID-19 e as variáveis abaixo enunciadas.

4.5.1 *Stress*

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no aumento de *stress* de indivíduos que não tiveram COVID-19 (60,4% - NÃO TEVE COVID-19 *vs*

39,6% - TEVE COVID-19). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e aumento de *stress* (p=0.027).

Tabela 10. *Stress VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento *Stress*	Sim	55	39,6	84	60,4
	Não	45	54,9	37	45,1
	Valor-P	**0.027**			

4.5.2 Ansiedade

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no aumento de ansiedade de indivíduos que não tiveram COVID-19 (59,9% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 40,1% - TEVE COVID-19). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e aumento de ansiedade (p=0.041).

Tabela 11. Ansiedade *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Ansiedade	Sim	57	40,1	85	59,9
	Não	43	54,4	36	45,6
	Valor-P	**0.041**			

4.5.3 Depressão

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sentir-se mais deprimido em indivíduos que não tiveram COVID-19 (61,6% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 38,4% - TEVE COVID-19). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID--19 e sentir-se mais deprimido (p=0.065), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 12. Depressão *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Mais Deprimido (a)	Sim	38	38,4	61	61,6
	Não	62	50,8	60	49,2
	Valor-P	0.065			

4.5.4 Álcool

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no aumento no consumo de álcool em indivíduos que não tiveram COVID-19 (63,6% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 36,4% - TEVE COVID-19). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e aumento no consumo de álcool (p=0.266), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 13. Álcool *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Álcool	Sim	12	36,4	21	63,6
	Não	88	46,8	100	53,2
	Valor-P	0.266			

4.5.5 Tabaco

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção bastante superior no aumento no consumo de tabaco em indivíduos que não tiveram COVID-19 (73,3% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 26,7% - TEVE COVID-19). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e aumento no consumo de tabaco (p=0.028).

Tabela 14. Tabaco *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Tabaco	Sim	8	26,7	22	73,3
	Não	92	48,2	99	51,8
	Valor-P	**0.028**			

4.5.6 Alimentação

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção bastante superior no aumento de alimentação menos saudável em indivíduos que não tiveram COVID-19 (66,3% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 33,7% - TEVE COVID-19). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e alimentação menos saudável (p=0.002).

Tabela 15. Alimentação *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alimentação Menos Saudável	Sim	34	33,7	67	66,3
	Não	66	55	54	45
	Valor-P	**0.002**			

4.5.7 Atividade Física

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior de menos atividade física em indivíduos que não tiveram COVID-19 (57,5% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 42,5% - TEVE COVID-19). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e menos atividade física (p=0.343), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 16. Atividade Física *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Menos Atividade Física	Sim	54	42,5	73	57,5
	Não	46	48,9	48	51,1
	Valor-P	0.343			

4.5.8 Padrões de Sono

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior de alterações dos padrões de sono em indivíduos que não tiveram COVID-19 (58,5% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 41,5% - TEVE COVID-19). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID-19 e alterações nos padrões de sono (p=0.205), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 17. Padrões de Sono *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alterações Padrões Sono	Sim	51	41,5	72	58,5
	Não	49	50	49	50
	Valor-P	0.205			

4.5.9 Pensamentos Suicidas

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior de pensamentos suicidas em indivíduos que não tiveram COVID-19 (63,6% - NÃO TEVE COVID-19 *vs* 36,4% - TEVE COVID-19). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ter tido COVID--19 e aumento de pensamentos suicidas (p=0.378), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 18. Pensamentos Suicidas *VS* COVID-19

		Teve COVID-19?			
		Sim		Não	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Pensamentos Suicidas	Sim	8	36,4	14	63,6
	Não	92	46,2	107	53,8
	Valor-P	0.378			

4.6 Sexo *VS* Grupo B

Nas **Tabelas 19**, **20**, **21**, **22**, **23**, **24**, **25**, **26** e **27** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado, avaliando a associação entre a variável Sexo e as variáveis abaixo enunciadas.

4.6.1 *Stress*

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram um aumento de *stress* (65,8% - FEMININO *vs* 48,6% - MASCULINO). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e aumento de *stress* (p=0.049).

Tabela 19. *Stress VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento *Stress*	Sim	18	48,6	121	65,8
	Não	19	51,4	63	34,2
	Valor-P	**0.049**			

4.6.2 Ansiedade

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram um aumento de ansiedade (67,4% - FEMININO *vs* 48,6% - MASCULINO). Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e aumento de ansiedade (p=0.030).

Tabela 20. Ansiedade *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Ansiedade	Sim	18	48,6	124	67,4
	Não	19	51,4	60	32,6
	Valor-P	**0.030**			

4.6.3 Depressão

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram sentirem-se mais deprimidos (45,7% - FEMININO *vs* 40,5% - MASCULINO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e sentir-se mais deprimido (p=0.568), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 21. Depressão *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Mais Deprimido (a)	Sim	15	40,5	84	45,7
	Não	22	59,5	100	54,3
	Valor-P	0.568			

4.6.4 Álcool

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no sexo masculino de indivíduos que reportaram um aumento no consumo de álcool (16,2% - MASCULINO *vs* 14,7% - FEMININO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e aumento no consumo de álcool (p=0.810), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 22. Álcool *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Álcool	Sim	6	16,2	27	14,7
	Não	31	83,8	157	85,3
	Valor-P	0.810			

4.6.5 Tabaco

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram um aumento no consumo de tabaco (14,1% - FEMININO *vs* 10,8% - MASCULINO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e aumento no consumo de tabaco (p=0.591), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 23. Tabaco *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Tabaco	Sim	4	10,8	26	14,1
	Não	33	89,2	158	85,9
	Valor-P	0.591			

4.6.6 Alimentação

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sexo masculino de indivíduos que reportaram fazer uma alimentação menos saudável (51,4% - MASCULINO *vs* 44,6% - FEMININO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e alimentação menos saudável (p=0.450), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 24. Alimentação *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alimentação Menos Saudável	Sim	19	51,4	82	44,6
	Não	18	48,6	102	55,4
	Valor-P	0.450			

4.6.7 Atividade Física

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram fazer menos atividade física (58,2% - FEMININO *vs* 54,1% - MASCULINO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e menos atividade física (p=0.645), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 25. Atividade Física *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Menos Atividade Física	Sim	20	54,1	107	58,2
	Não	17	45,9	77	41,8
	Valor-P	0.645			

4.6.8 Padrões de Sono

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram alterações nos padrões de sono (57,6% - FEMININO *vs* 45,9% - MASCULINO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis sexo e alterações nos padrões de sono (p=0.193), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 26. Padrões de Sono *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alterações Padrões Sono	Sim	17	45,9	106	57,6
	Não	20	54,1	78	42,4
	Valor-P	0.193			

4.6.9 Pensamentos Suicidas

Não se verificam as condições de aplicação do teste estatístico para avaliação de associação entre as variáveis. No entanto, no grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no sexo feminino de indivíduos que reportaram um aumento de pensamentos suicidas (10,9% - FEMININO *vs* 5,4% - MASCULINO).

Tabela 27. Pensamentos Suicidas *VS* Sexo

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Pensamentos Suicidas	Sim	2	5,4	20	10,9
	Não	35	94,6	164	89,1
	Valor-P	Teste do Q-Quadrado não pode ser aplicado			

4.7 Com quem Vive Grupo1 *VS* Grupo B

Nas **Tabelas 28**, **29**, **30**, **31**, **32**, **33**, **34**, **35** e **36** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado, avaliando a associação entre a variável com que vive grupo1 e as variáveis abaixo enunciadas.

4.7.1 *Stress*

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive com os pais de indivíduos que reportaram aumento de *stress* (63,4% - COM OS PAIS *vs* 61,8% - SEM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis

com quem vive grupo1 e aumento de *stress* (p=0.814), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 28. *Stress VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento *Stress*	Sim	92	63,4	47	61,8
	Não	53	36,6	29	38,2
	Valor-P	0.814			

4.7.2 Ansiedade

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive sem os pais de indivíduos que reportaram aumento de ansiedade (65,8% - SEM OS PAIS *vs* 63,4% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e aumento de ansiedade (p=0.730), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 29. Ansiedade *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Ansiedade	Sim	92	63,4	50	65,8
	Não	53	36,6	26	34,2
	Valor-P	0.730			

4.7.3 Depressão

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive sem os pais de indivíduos que reportaram sentir-se mais deprimidos (47,4% - SEM OS PAIS *vs* 43,4% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e sentir-se mais deprimido (p=0.578), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 30. Depressão *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Mais Deprimido (a)	Sim	63	43,4	36	47,4
	Não	82	56,6	40	52,6
	Valor-P	0.578			

4.7.4 Álcool

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive com os pais de indivíduos que reportaram um aumento no consumo de álcool (15,9% - COM OS PAIS *vs* 13,2% - SEM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e aumento no consumo de álcool (p=0.592), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 31. Álcool *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Álcool	Sim	23	15,9	10	13,2
	Não	122	84,1	66	86,8
	Valor-P	0.592			

4.7.5 Tabaco

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive sem os pais de indivíduos que reportaram aumento no consumo de tabaco (15,8% - SEM OS PAIS *vs* 12,4% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e aumento no consumo de tabaco (p=0.486), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 32. Tabaco *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Tabaco	Sim	18	12,4	12	15,8
	Não	127	87,6	64	84,2
	Valor-P	0.486			

4.7.6 Alimentação

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sem os pais de indivíduos que reportaram fazer uma alimentação menos saudável (51,3% - SEM OS PAIS *vs* 42,8% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e alimentação menos saudável (p=0.225), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 33. Alimentação *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alimentação Menos Saudável	Sim	62	42,8	39	51,3
	Não	83	57,2	37	48,7
	Valor-P	0.225			

4.7.7 Atividade Física

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive sem os pais de indivíduos que reportaram fazer menos atividade física (59,2% - SEM OS PAIS *vs* 56,6% - COM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e menos atividade física (p=0.704), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 34. Atividade Física *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Menos Atividade Física	Sim	82	56,6	45	59,2
	Não	63	43,4	31	40,8
	Valor-P	0.704			

4.7.8 Padrões de Sono

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção insignificantemente superior no grupo que vive com os pais de indivíduos que reportaram alterações nos padrões de sono (55,9% - COM OS PAIS *vs* 55,3% - SEM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e alterações nos padrões de sono (p=0.932), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 35. Padrões de Sono *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alterações Padrões Sono	Sim	81	55,9	42	55,3
	Não	64	44,1	34	44,7
	Valor-P	0.932			

4.7.9 Pensamentos Suicidas

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que vive com os pais de indivíduos que reportaram aumento de pensamentos suicidas (11% - COM OS PAIS *vs* 7,9% - SEM OS PAIS). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo1 e aumento de pensamentos suicidas (p=0.459), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 36. Pensamentos Suicidas *VS* Com quem Vive Grupo1

		Com quem Vive Grupo1			
		Com os Pais		Sem os Pais	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Pensamentos Suicidas	Sim	16	11	6	7,9
	Não	129	89	70	92,1
	Valor-P	0.459			

4.8 Com quem Vive Grupo2 *VS* Grupo B

Nas **Tabelas 37**, **38**, **39**, **40**, **41**, **42**, **43**, **44** e **45** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado, avaliando a associação entre a variável com que vive grupo2 e as variáveis abaixo enunciadas.

4.8.1 *Stress*

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram aumento de *stress* (75% - SOZINHO *vs* 61,1% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e aumento de *stress* (p=0.156), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 37. *Stress VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento *Stress*	Sim	21	75	118	61,1
	Não	7	25	75	38,9
	Valor-P	0.156			

4.8.2 Ansiedade

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram aumento de ansiedade (71,4% - SOZINHO *vs* 63,2% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente

significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e aumento de ansiedade (p=0.397), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 38. Ansiedade *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Ansiedade	Sim	20	71,4	122	63,2
	Não	8	28,6	71	36,8
	Valor-P	0.397			

4.8.3 Depressão

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram sentir-se mais deprimidos (57,1% - SOZINHO *vs* 43% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e sentir-se mais deprimido (p=0.160), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 39. Depressão *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Mais Deprimido (a)	Sim	16	57,1	83	43
	Não	12	42,9	110	57
	Valor-P	0.160			

4.8.4 Álcool

Não se verificam as condições de aplicação do teste estatístico para avaliação de associação entre as variáveis. No entanto, no grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior nos indivíduos que vivem sozinhos que reportaram um aumento no consumo de álcool (17,9% - SOZINHO *vs* 14,5% - ACOMPANHADO).

Tabela 40. Álcool *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Álcool	Sim	5	17,9	28	14,5
	Não	23	82,1	165	85,5
	Valor-P	Teste do Q-Quadrado não pode ser aplicado			

4.8.5 Tabaco

Não se verificam as condições de aplicação do teste estatístico para avaliação de associação entre as variáveis. No entanto, no grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior nos indivíduos que vivem sozinhos que reportaram um aumento no consumo de tabaco (21,4% - SOZINHO *vs* 12,4% - ACOMPANHADO).

Tabela 41. Tabaco *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Tabaco	Sim	6	21,4	24	12,4
	Não	22	78,6	169	87,6
	Valor-P	Teste do Q-Quadrado não pode ser aplicado			

4.8.6 Alimentação

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram fazer uma alimentação menos saudável (57,1% - SOZINHO *vs* 44% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e alimentação menos saudável (p=0.193), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 42. Alimentação *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alimentação Menos Saudável	Sim	16	57,1	85	44
	Não	12	42,9	108	56
	Valor-P	0.193			

4.8.7 Atividade Física

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram fazer menos atividade física (67,9% - SOZINHO *vs* 56% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e menos atividade física (p=0.234), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 43. Atividade Física *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Menos Atividade Física	Sim	19	67,9	108	56
	Não	9	32,1	85	44
	Valor-P	0.234			

4.8.8 Padrões de Sono

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que vive sozinho de indivíduos que reportaram alterações nos padrões de sono (64,3% - SOZINHO *vs* 54,4% - ACOMPANHADO). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis com quem vive grupo2 e alterações nos padrões de sono (p=0.325), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 44. Padrões de Sono *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alterações Padrões Sono	Sim	18	64,3	105	54,4
	Não	10	35,7	88	45,6
	Valor-P	0.325			

4.8.9 Pensamentos Suicidas

Não se verificam as condições de aplicação do teste estatístico para avaliação de associação entre as variáveis. No entanto, no grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior nos indivíduos que vivem sozinhos que reportaram um aumento em pensamentos suicidas (10,7% - SOZINHO *vs* 9,8% - ACOMPANHADO).

Tabela 45. Pensamentos Suicidas *VS* Com quem Vive Grupo2

		Com quem Vive Grupo2			
		Sozinho(a)		Acompanhado(a)	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Pensamentos Suicidas	Sim	3	10,7	19	9,8
	Não	25	89,3	174	90,2
	Valor-P	Teste do Q-Quadrado não pode ser aplicado			

4.9 Ano Curricular Grupo *VS* Grupo B

Nas **Tabelas 46**, **47**, **48**, **49**, **50**, **51**, **52**, **53** e **54** encontram-se os resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado, avaliando a associação entre a variável Ano Curricular Grupo e as variáveis abaixo enunciadas.

4.9.1 *Stress*

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 1º e 2º ano curricular de indivíduos que reportaram aumento de *stress* (63,6% - 1º E 2º ANO CURRICULAR *vs* 61,5% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não

sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e aumento de *stress* (p=0.758), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 46. *Stress VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento *Stress*	Sim	91	63,6	48	61,5
	Não	52	36,4	30	38,5
	Valor-P	0.758			

4.9.2 Ansiedade

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram aumento de ansiedade (67,9% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 62,2% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e aumento de ansiedade (p=0.397), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 47. Ansiedade *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Ansiedade	Sim	89	62,2	53	67,9
	Não	54	37,8	25	32,1
	Valor-P	0.397			

4.9.3 Depressão

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram sentir-se mais deprimido (48,7% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 42,7% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não

sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e sentir-se mais deprimido (p=0.387), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 48. Depressão *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Mais Deprimido (a)	Sim	61	42,7	38	48,7
	Não	82	57,3	40	51,3
	Valor-P	0.387			

4.9.4 Álcool

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 1º e 2º ano curricular de indivíduos que reportaram um aumento no consumo de álcool (15,4% - 1º E 2º ANO CURRICULAR *vs* 14,1% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e aumento no consumo de álcool (p=0.798), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 49. Álcool *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Álcool	Sim	22	15,4	11	14,1
	Não	121	84,6	67	85,9
	Valor-P	0.798			

4.9.5 Tabaco

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram aumento no consumo de tabaco (15,4% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 12,6% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não

sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e aumento no consumo de tabaco (p=0.562), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 50. Tabaco *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Aumento Consumo Tabaco	Sim	18	12,6	12	15,4
	Não	125	87,4	66	84,6
	Valor-P	0.562			

4.9.6 Alimentação

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram fazer uma alimentação menos saudável (48,7% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 44,1% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e alimentação menos saudável (p=0.506), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 51. Alimentação *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alimentação Menos Saudável	Sim	63	44,1	38	48,7
	Não	80	55,9	40	51,3
	Valor-P	0.506			

4.9.7 Atividade Física

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram fazer menos atividade física (61,5% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 55,2% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não

sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e menos atividade física (p=0.366), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 52. Atividade Física *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Menos Atividade Física	Sim	79	55,2	48	61,5
	Não	64	44,8	30	38,5
	Valor-P	0.366			

4.9.8 Padrões de Sono

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção insignificantemente superior no grupo que frequenta o 1º e 2º ano curricular de indivíduos que reportaram alterações nos padrões de sono (55,9% - 1º E 2º ANO CURRICULAR *vs* 55,1% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e alterações nos padrões de sono (p=0.907), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 53. Padrões de Sono *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Alterações Padrões Sono	Sim	80	55,9	43	55,1
	Não	63	44,1	35	44,9
	Valor-P	0.907			

4.9.9 Pensamentos Suicidas

No grupo em estudo verificou-se a existência de uma proporção ligeiramente superior no grupo que frequenta o 3º, 4º e 5º ano curricular de indivíduos que reportaram um aumento de pensamentos suicidas (10,3% - 3º, 4º E 5º ANO CURRICULAR *vs* 9,8% - 1º E 2º ANO CURRICULAR). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, não sendo evidenciada uma associação entre as variáveis ano curricular grupo e aumento de pensamentos suicidas (p=0.912), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 54. Pensamentos Suicidas *VS* Ano Curricular Grupo

		Ano Curricular Grupo			
		1º e 2º Ano Curricular		3º, 4º e 5º Ano Curricular	
		Total (N)	Percentagem (%)	Total (N)	Percentagem (%)
Pensamentos Suicidas	Sim	14	9,8	8	10,3
	Não	129	90,2	70	89,7
	Valor-P	0.912			

5. Discussão de Resultados

5.1 Questões

5.1.1 COVID-19

De acordo com o estudo 45,2% da amostra estudantil que participou no mesmo teve COVID-19, o que revela ser um número bastante superior ao encontrado em outros estudos, que dizem que só 10,5% dos alunos terão tido COVID-19 (Tang *et al*., 2020) e alguns até chegam mesmo a dizer que apenas 3% teve (Essadek & Rabeyron, 2020).

Ao contrário do estudo de Brancaccio *et al*. (2021) que diz haver uma maior incidência no sexo masculino e que estes se encontram mais propensos a ter esta doença, o presente estudo revelou o oposto, mostrando que de facto que existe uma correlação entre o sexo e ter tido uma infeção por SARS-CoV-2, mas que os indivíduos que se encontram mais propensos a ter a doença são os indivíduos do sexo feminino, existindo uma diferença percentual de 21,9% entre os sexos e 98,5% de probabilidade de isto estar a acontecer na população estudantil em geral.

Nos seguintes grupos não foi evidenciada associação entre as variáveis, contudo, vale a pena evidenciar a diferença percentual entre as mesmas.
O grupo que vive sem os pais apresentou um maior número de pessoas que já tiveram a infeção provocada pelo vírus SARS-CoV-2, existindo uma diferença de 1,3% comparativamente com quem vive com os pais.
Quem vive acompanhado também apresentou um valor maior, sendo a diferença de 2,7%, comparando com quem vive sozinho.
O mesmo se verificou para alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos esses que entraram na universidade já em altura de pandemia), sendo a diferença de 4,6% comparativamente aos alunos do 3º, 4º ou 5º ano.

5.1.2 Sintomas da COVID-19

Relativamente a presença de sintomas, a grande maioria (89%) teve, somente 11% não apresentou sintomatologia, sendo esta uma percentagem baixa de indivíduos assintomáticos. O facto de a maioria apresentar sintomas vai de acordo com outros

estudos anteriormente feitos, como por exemplo Ouyang *et al*. (2021) que menciona que 63,76% apresentaram sintomas, Khan *et al*. (2020) que menciona 77% e Abuhmaidan & Al-Majali (2020) que menciona uma média de 70% com sintomatologia presente, todos estes, incluindo o presente estudo, contrariam o estudo de Essadek & Rabeyron (2020) que menciona que apenas 12% de indivíduos apresentava sintomatologia.

O sintoma mais frequente foi a tosse (87,6%), o que está de acordo com os dados do SINAVE e com o estudo desenvolvido por Duque *et al*. (2021) onde a tosse também foi um dos sintomas principais (73%) assim como noutros estudos (Khan et al., 2020; Duque *et al*., 2021). Contrariando Gómez-Salgado *et al*. (2020) e Ouyang *et al*. (2021) que relatam percentagens na ordem dos 30%.

O segundo sintoma mais frequente foi a fadiga (79,8%), o que está de acordo com os dados do SINAVE e com o estudo desenvolvido por Duque *et al*. (2021) onde a fadiga também foi um dos sintomas mais frequentes, contudo existe uma grande discrepância entre as percentagens, esse estudo revelou que 38% apresentava fadiga, sendo este um valor significativamente inferior ao apresentado no presente estudo. Outros estudos apresentam percentagens ainda menores, revelando valores de 27,47% (Ouyang *et al*., 2021) e 13,47% (Khan *et al*., 2020), respetivamente.

O terceiro sintoma mais frequente foram as cefaleias (dores de cabeça) (76,4%) , um outro estudo relata também valores superiores a 50%, 53,3% no caso de Gómez-Salgado *et al*. (2020), já em outros estudos percentagens inferiores a 50% foram relatadas (Khan *et al*., 2020; Duque *et al*., 2021; Ouyang *et al*., 2021), mesmo assim, de acordo com os dados obtidos pelo SINAVE e por Duque *et al*. (2021) não deixa de ser um dos principais sintomas (Duque *et al*., 2021).

O quarto sintoma mais frequente foi rinorreia (pingos no nariz) (75,3%), sendo esta 21,61% mais alta à relatada por Ouyang *et al*. (2021).

O quinto e último sintoma dos 5 mais frequentes foram as mialgias (dores musculares) (70,8%), os dados do SINAVE e do estudo de Duque *et al*. (2021) relatam também mialgias como um dos principais sintomas, tendo 43,9% da sua amostra tido mialgias, já

Khan *et al*. (2020) mostra um valor um pouco mais próximo ao obtido no presente estudo (47,1%) e por último Gómez-Salgado *et al*. (2020) relata valores na ordem dos 29,3%.

Entre os estudantes, 61,8% relataram dores de garganta, o que revela ser um valor bastante superior comparativamente com o obtido em outros estudos: 36,3% (Khan *et al*., 2020); 33,12% (Ouyang *et al*., 2021); 27,2% (Gómez-Salgado *et al*., 2020); 24,6% (Duque *et al*., 2021); 6,34% (Khan *et al*., 2020), estes valores não passaram dos 50% como é o caso do presente estudo. Saegerman *et al*. (2021) revela ainda que este sintoma aparece significativamente menos associado a casos confirmados de COVID-19.

Houve um total de 57,3% que relatou ter tido arrepios, o que revela ser um número bastante considerável, chegando a ser quase 5x superior ao relatado em outros estudos, como é o caso do estudo de Gómez-Salgado *et al*. (2020) que relata apenas 12,2%.

Entre os alunos, 48,3% relataram ter tido febre (≥38ºC), percentagens superiores foram descritas em diversos outros estudos, representando para eles um dos sintomas mais prevalentes na faixa etária dos 20 aos 49 (Khan *et al*., 2020) e um dos sintomas mais frequentes em geral (Duque *et al*., 2021). 72,7% foi relatado por Khan *et al*. (2020) e 59,7% por Duque *et al*. (2021), respetivamente. Ainda a acrescentar a estes valores superiores, 57,46% foram obtidos por Ouyang *et al*. (2021). Duque *et al*. (2021) diz-nos ainda que casos que apresentem febre, estando esta isolada ou associada a outros sintomas, estão fortemente associados a um teste positivo para SARS-CoV-2. Contrastando estes valores obtidos pelos estudos em cima apresentados, percentagens de 8,32% (Khan *et al*., 2020) e 3,1% (Gómez-Salgado *et al*., 2020) foram relatadas, percentagens essas que são muito menores à obtida no presente estudo.

Entre os universitários, 36% relatou ter tido anosmia/hiposmia (perda total ou parcial do olfato), valores inferiores foram relatados noutros artigos. Tal como no presente estudo Sahoo *et al*. (2021) relatou somente a percentagem de pessoas com o olfato alterado (10,7%), sendo este um valor bastante inferior ao encontrado no presente estudo. Já em outros estudos houve a apresentação de valores percentuais mais específicos, relativamente à anosmia Polat *et al*. (2021) obteve um valor de 33,2%, Dixon *et al*. (2021) obteve 25,5% e Trachootham *et al*. (2021) obteve 10,7%. No que diz respeito à hiposmia Mazzoli *et al*. (2021) obteve 26% e Trachootham *et al*. (2021) obteve 21,3%. Nabavi *et*

al. (2021) foi ainda mais específico, obtendo os resultados separados por gravidade da situação, mostrando que 12,1% apresentava hiposmia leve a moderada, 7,9% grave e 7,1% crítica.

Houve 32,6% da amostra que relatou ter tido ageusia/hipogeusia (perda total ou parcial do paladar), tal como no presente artigo Sahoo *et al*. (2021) e Mazzoli *et al*. (2021) apenas relataram quem sofreu alterações no paladar, tendo obtido como resultados 10,6% e 37%, respetivamente. Já Polat *et al*. (2021) relatou que um terço dos pacientes apresentavam ageusia (33,1%), Dixon *et al*. (2021) obteve 28,5% e para finalizar Trachootham *et al*. (2021) obteve apenas 5,7% para ageusia e 25,4% para hipogeusia.

Em geral, foram vários os alunos que relataram sintomas quimiossensoriais (disfunção olfativa ou gustativa), Husain *et al*. (2021) acrescenta ainda que a perda do olfato ou do paladar é mais comum em indivíduos que estejam nas duas primeiras décadas de vida, Polat *et al*. (2021) diz que sintomas quimiossensoriais são mais comuns em mulheres e Trachootham *et al*. (2021) revela que a maioria dos participantes apresenta ambas as alterações (olfativa e gustativa).

Entre os estudantes, 22,5% relataram ter tido dispneia (falta de ar), sendo este um valor semelhante a 23,8% (Duque *et al*., 2021) e a 26,22% (Ouyang *et al*., 2021). Já Khan *et al*. (2020) relatou um número bastante superior, 57%. Por fim, Gómez-Salgado *et al*. (2020) e Khan *et al*. (2020) relataram valores bastante inferiores a todos estes, 7,6% e 4,36%. Nabavi *et al*. (2021) diz-nos ainda que a frequência de dispneia foi significativamente maior no grupo grave/crítico. E Duque *et al*. (2021) acrescenta ainda que este sintoma não foi associado a um resultado positivo do teste na análise univariada.

Entre os participantes, 20,2% relata ter tido diarreia o que não varia em muito com relatos de outros estudos, Khan *et al*. (2020) obteve 17,35%, Gómez-Salgado *et al*. (2020) 17,1%, Ouyang *et al*. (2021) 15,86% e por fim dados do SINAVE e do estudo de Duque *et al*. (2021) registaram 14,3% e Duque *et al*. (2021) ainda acrescentou dizendo que diarreia aumenta em 42% as chances de obtenção de um teste positivo para a COVID-19.

Entre os universitários, 19,1% relata ter tido dores torácicas (dores no peito) e valores semelhantes foram obtidos por Saegerman *et al*. (2021) obtendo 19% e 12,9% obtido por

Duque *et al*. (2021). Duque *et al*. (2021) acrescenta ainda que este sintoma não está associado a um resultado positivo no teste na análise univariada e Saegerman *et al*. (2021) acaba por dizer o mesmo, dizendo que este sintoma aparece significativamente menos associado aos casos confirmados de COVID-19.
Houve 13,5% que relatou ter apresentado náuseas ou émese (vómito), percentagens semelhantes foram encontradas em outros estudos, como é o caso de Khan *et al*. (2020) que relata 12,4% terem tido este sintoma e dados do SINAVE e do estudo de Duque *et al*. (2021) relataram que 10%, entre os casos que testaram positivo para o SARS-CoV-2. Nabavi *et al*. (2021) diz-nos que náuseas e émese são sintomas mais comuns em casos leves ou moderados.

Entre os participantes, 11,2% relata ter tido dores abdominais sendo que valores um pouco mais baixos foram obtidos pelos dados do SINAVE e pelo estudo de Duque *et al*. (2021) (6,6%), sendo estes obtidos entre os casos positivos que testaram para SARS-CoV-2, acrescentando ainda que dor abdominal não está associada a um resultado positivo do teste na análise univariada.

Houve ainda 7,9% dos participantes que revelaram ter tido sintomas adicionais, aos alunos não foi pedido para enunciarem quais, contudo outros estudos revelaram sintomas como, congestão nasal obtendo valores de 40,19% (Ouyang *et al*., 2021) e de 20,1% (Gómez-Salgado *et al*., 2020). Gómez-Salgado *et al*. (2020) revelou também que tonturas foram tidas por 13% dos participantes. Dados do SINAVE e do estudo de Duque *et al*. (2021) revelaram artralgia (dores nas articulações) também como sintoma, estando esta presente em 6,1% dos participantes do seu estudo. Para finalizar um estudo de Nabavi *et al*. (2021) revela ainda que confusão foi significativamente mais comum em casos críticos da doença comparativamente a casos leves ou moderados da mesma.
Ouyang *et al*. (2021) revela a existência de 3 ou mais sintomas em 43,49% dos casos. Todos estes resultados obtidos têm implicações na triagem dos pacientes e medição de risco hospitalar (Khan *et al*., 2020). Além disso, a maioria das morbilidades associadas a COVID-19 incluem choque, coagulopatias, sépsis, acidose, SDRA e internamento em unidades de cuidados intensivos podendo haver intubação dos doentes (Nabavi *et al*., 2021).

5.1.3 *Stress*

Entre os alunos, 62,9% relatou ter sofrido de aumento de *stress*, valor superior ao encontrado em outros estudos, 47,8% (Ghazawy *et al*., 2021), 34,9% (Ma *et al*., 2020). Huber *et al*. (2021) diz-nos ainda que o aumento do *stress* durante o confinamento foi de 35,4% e Salameh *et al*. (2021) diz-nos ainda que os seus entrevistados sentiram que a doença COVID-19 é stressante e preocupante levando a medo e desespero.

O presente estudo obteve que houve um maior aumento de *stress* em quem não teve a doença COVID-19 (60,4%) comparativamente com quem teve (39,6%), podendo traduzir esta informação para a população em geral existindo 97,3% de probabilidade do mesmo estar a acontecer na população estudantil em geral. Khan *et al*. (2020) acrescenta ainda que os sintomas físicos tiveram uma associação significativa com o *stress*.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo feminino a terem tido aumento do nível de *stress* (65,8%) comparativamente aos indivíduos do sexo masculino (48,6%) podendo traduzir esta informação para a população em geral, existindo 95,1% de probabilidades de isto estar a acontecer na população estudantil em geral o que vai de acordo com um outro estudo (Kecojevic *et al*., 2020).

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (63,4% e 61,8%) existindo apenas uma diferença percentual de 1,6%, sendo observado um maior aumento de *stress* no grupo que vive com os pais.

Relativamente a quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento dos níveis de *stress* sofram aquelas que vivem sozinhas (75%) comparando com quem vive acompanhado (61,1%), possivelmente devido a terem menos apoio emocional, sendo esta diferença de 13,9%.

Para finalizar, também não houve quase diferença nenhuma entre 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (63,6%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (61,5%), relativamente aos níveis de *stress*, sendo esta diferença apenas de 2,1% .

5.1.4 Ansiedade

Entre os universitários, 64,3% relatou ter sofrido aumento de ansiedade, valores bastantes dispersos foram encontrados em outros estudos, tanto valores entre os 53,6% e os 75% (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020; Patsali *et al*., 2020; Wang *et al*., 2020; García-Espinosa

et al., 2021; Ghazawy *et al*., 2021), como valores entre 23,9% e os 45,3% (Essadek & Rabeyron, 2020; Islam *et al*., 2020; Fu *et al*., 2021; Ojewale, 2021; Yang *et al*., 2021), como entre os 6,88% e os 17,4% (Ma *et al*., 2020; Wang *et al*., 2020; Browning *et al*., 2021; Meng *et al*., 2021; Yadav *et al*., 2021).

O presente estudo obteve um maior aumento de ansiedade em quem não teve a doença COVID-19 (59,9%) comparativamente com quem teve (40,1%) podendo traduzir esta informação para a população em geral, existindo 95,9% de probabilidade de esta situação se verificar na população estudantil em geral. Khan *et al*. (2020) acrescenta que os sintomas físicos tiveram uma associação significativa com a ansiedade.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo feminino a terem tido aumento do nível de ansiedade (67,4%) comparativamente a indivíduos do sexo masculino (48,6%) podendo traduzir esta informação para a população em geral, existindo 97% de probabilidades de isto estar a acontecer na população estudantil em geral.

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (63,4% e 65,8%), existindo apenas uma diferença percentual de 2,4%, obtendo um maior aumento de ansiedade no grupo que vive sem os pais.

Relativamente a quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento dos níveis de ansiedade foram aquelas que vivem sozinhas (71,4%) comparando com as que vivem acompanhadas (63,2%), existindo uma diferença de 8,2%.

Para finalizar, também não houve quase diferença nenhuma entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (62,2%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (67,9%) relativamente aos níveis de ansiedade, sendo esta uma diferença de apenas 5,7%. Kecojevic *et al*. (2020) diz-nos que encontrou níveis significativamente maiores, nos não calouros de ansiedade, já Fu *et al*. (2021) diz-nos que alunos entre os 26 e 30 anos de idade (menor probabilidade de serem do 1º e 2º ano curricular) são aqueles que estão mais propensos a mostrar ansiedade. Tal como Ma *et al*. (2020) que nos diz que estudantes em anos mais avançados eram mais propensos a ter sintomas de ansiedade.

5.1.5 Depressão

Entre os estudantes, 44,8% relatou sentir-se mais deprimido, valores bastantes dispersos foram encontrados em outros estudos, , tanto valores entre os 55,34% e os 90% (Abuhmaidan & Al-Majali, 2020; Wang *et al*., 2020; Ghazawy *et al*., 2021; Tiaprapong

et al., 2021; Villani *et al*., 2021), como valores entre 21,1% e os 44,22% (Essadek & Rabeyron, 2020; Ma *et al*., 2020; Son *et al*., 2020; García-Espinosa *et al*., 2021), como valores entre os 5,7% e os 19,7% (Islam *et al*., 2020; Patsali *et al*., 2020; Tang *et al*., 2020; Wang *et al*., 2020; Browning *et al*., 2021; Meng *et al*., 2021; Nomura *et al*., 2021; Yadav *et al*., 2021).

Este estudo obteve que houve um maior aumento de se sentir mais deprimido em quem não teve a doença COVID-19 (61,6%) comparativamente com quem teve (38,4%). Khan *et al*. (2020) mais uma vez diz-nos que sintomas físicos tiveram uma associação significativa para com a depressão.

Não houve diferença quase nenhuma entre os indivíduos do sexo feminino (45,7%) e os indivíduos do sexo masculino (40,5%) existindo apenas uma diferença percentual de 5,2%, obtendo um maior aumento de sintomas depressivos em indivíduos do sexo feminino, Ustun (2021) também nos diz que sintomas depressivos foram mais detetados em mulheres, já Chen *et al*. (2020) diz-nos o contrário, que mulheres relataram níveis mais baixos de sintomas depressivos.

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (43,4% e 47,4%) existindo apenas uma diferença de 4%, tendo sido obtido um maior aumento de se sentir mais deprimido no grupo que vive sem os pais. Nomura *et al*. (2021) considerou estudantes que vieram de outras regiões como um fator associado significativamente com uma pontuação mais alta de depressão.

Relativamente a quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento de se sentirem mais deprimidos foram aquelas que vivem sozinhas (57,1%) comparando com as que vivem acompanhadas (43%), sendo esta uma diferença de 14,1%. Nomura *et al*. (2021) apoia estes valores, dizendo que morar sozinho é um fator associado significativamente a pontuações mais altas de depressão.

Para finalizar também não houve quase diferença nenhuma entre 1º e 2º ano curricular (42,7%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (48,7%) relativamente a se sentirem mais deprimidos, sendo esta uma diferença de apenas de 6%.

5.1.6 Álcool

Houve 14,9% dos alunos que relatou ter tido um aumento no consumo de álcool, um valor bastante superior (42,3%) foi relatado por Huber *et al*. (2021) e Ustun, (2021) diz-nos ainda que 2,2% começou a ingerir bebidas alcoólicas.

Houve um maior aumento no consumo de álcool em quem não teve a doença COVID--19 (63,6%) comparativamente com quem teve (36,4%), existindo uma diferença de 27,2%.

Não houve diferença quase nenhuma entre os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino (16,2% e 14,7%), existindo apenas uma diferença de 1,5% entre os mesmos, tendo sido obtido um maior aumento no consumo de álcool entre os indivíduos do sexo masculino, Brancaccio *et al*. (2021) suporta de certa maneira este resultado, pois ao analisar os hábitos de vida da população universitária destacou que os homens em comparação com as mulheres durante a quarentena intensificaram significativamente o seu consumo de álcool. Nomura *et al*. (2021) diz-nos também que o consumo frequente de álcool pode levar a depressão.

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (15,9% e 13,2%) existindo apenas uma diferença de 2,7% entre eles, sendo verificado um maior aumento no consumo de álcool no grupo que vive com os pais. No entanto, quando se separa pelos grupos viver sozinho ou acompanhado, foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento no consumo de álcool foram aquelas que vivem sozinhas (17,9%) comparativamente com as que vivem acompanhadas (14,5%), sendo esta uma diferença de 3,4%.

Para finalizar também não se verificou grande diferença entre 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (15,4%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (14,1%) relativamente ao consumo de álcool, tendo sido esta uma diferença de apenas de 1,3% .

5.1.7 Tabaco

Entre os participantes, 13,6% relatou ter tido um aumento no consumo de tabaco, um valor bastante superior (42%) foi descrito por Huber *et al*. (2021) e Ustun (2021) diz-nos ainda que 2,2% começaram a fumar tabaco tal como Nomura *et al*. (2021) que relata também uma subida de 2% no número de fumadores e acrescenta ainda que este valor está associado a depressão e a ansiedade (Ma *et al*., 2020). É importante acrescentar que no presente estudo apenas se perguntou se houve um aumento no consumo ou não, não tendo sido retiradas informações adicionais se já eram ou não fumadores.

Este estudo obteve que houve um maior consumo de tabaco em quem não teve a doença COVID-19 (73,3%) comparativamente com quem teve (26,7%), podendo traduzir esta

informação para a população em geral existindo 97,2% de probabilidade de esta situação estar a acontecer na população estudantil em geral.

Não houve diferença quase nenhuma entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino (14,1% e 10,8%) existindo apenas 3,3% de diferença, tendo sido obtido um maior aumento no consumo de tabaco nos indivíduos do sexo feminino. Brancaccio *et al*. (2021) diz-nos que ao analisar os seus dados relativamente aos hábitos de vida da população universitária obteve que os homens em comparação com as mulheres fumam mais cigarros.

Não existiu muita diferença entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (12,4% e 15,8%) tendo sido obtida uma diferença de apenas 3,4%, contudo o maior aumento no consumo de tabaco foi verificado no grupo que vive sem os pais.

Quando se separa pelos grupos viver sozinho ou acompanhado, foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento no consumo de tabaco foram aquelas que vivem sozinhas (21,4%) comparando com as que vivem acompanhadas (12,4%), existindo uma diferença de 9%.

Para finalizar, não houve quase diferença nenhuma entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (12,6%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (15,4%) relativamente ao aumento do consumo de tabaco, existindo uma diferença de apenas 2,8%.

5.1.8 Alimentação

Entre os alunos, 45,7% relata uma alimentação menos saudável em tempos de pandemia, Son *et al*. (2020) diz-nos que a COVID-19 teve um impacto negativo nos padrões alimentares em 70% dos seus participantes. No estudo de Son *et al*. (2020) obteve-se que 26% aumentou a quantidade de alimentos, 20% revelaram padrões alimentares inconsistentes, 5% praticavam uma alimentação emocional, 12% tiveram diminuição de apetite e apenas 14% relataram uma dieta mais saudável. Wang *et al*. (2020) relatou que 80,44% teve alterações nos padrões alimentares, já Browning *et al*. (2021) relatou apenas 7,6% e por fim Yadav *et al*. (2021) relatou 67,7% em mudanças de hábitos alimentares. Já Copeland *et al*. (2021) diz-nos que em análises de acompanhamento sobre o índice de bem-estar foram apontadas quedas na qualidade nutricional associada ao aumento do tempo que se passa em frente ao ecrã . Huber *et al*. (2021) diz-nos ainda que um aumento

no consumo de álcool, tabaco e aumento de *stress*, durante o confinamento, foram todos associados a comer mais.

O presente estudo obteve um maior aumento de alimentação menos saudável em tempos de pandemia em quem não teve a doença COVID-19 (66,3%) comparativamente com quem teve (33,7%), podendo traduzir esta informação para a população em geral, existindo 99,8% de probabilidade de esta situação se observar na população estudantil em geral.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo masculino a terem tido um aumento de alimentação menos saudável em tempos de pandemia (51,4%) comparando com indivíduos do sexo feminino (44,6%), existindo uma diferença de apenas 6,8%. Este resultado vai de acordo com o estudo de Brancaccio *et al*. (2021) que nos diz que que ao analisar os hábitos de vida da população universitária, os homens foram destacados em comparação com as mulheres, durante a quarentena, intensificando significativamente o consumo de comida fast-food.

Não houve uma grande diferença entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (42,8% e 51,3%) existindo apenas uma diferença de 8,5%, tendo sido obtido um maior aumento de alimentação menos saudável, em tempos de pandemia, no grupo que vive sem os pais.

Relativamente a quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento de alimentação menos saudável em tempos de pandemia foram aquelas que vivem sozinhas (57,1%) comparando com as que vivem acompanhadas (44%), sendo esta uma diferença de 13,1%.

Para finalizar também não se verificou diferença quase nenhuma entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (44,1%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (48,7%), relativamente a fazerem uma alimentação menos saudável em tempos de pandemia, sendo esta uma diferença de apenas de 4,6% .

5.1.9 Atividade Física

Entre os universitários, 57,5% relatou ter feito menos atividade física em tempos de pandemia, valores semelhantes foram encontrados por Deng *et al*. (2020) que nos diz que 51,4% dos alunos passaram menos tempo a praticar desportos e ainda acrescentou que 79,6% dos alunos revelaram que a COVID-19 teve uma influência negativa nos seus

hábitos de exercício físico. Islam *et al*. (2020) diz-nos que 57,73% da sua amostra não pratica de todo exercício físico, Huber *et al*. (2021) diz que 33% teve diminuição em atividade desportiva e Romero-Blanco *et al*. (2020) diz-nos que aumentou em 28,6% o comportamento sedentário. Para contrastar com estes valores Browning *et al*. (2021) diz--nos que apenas 9,5% da sua amostra teve alterações a nível de exercício físico. A queda de exercício está associada a aumento do tempo em frente a um ecrã (Copeland *et al*., 2021) aumentando assim o sedentarismo (Brancaccio *et al*., 2021), sendo que o exercício físico está associado a uma menor probabilidade de sintomatologia depressiva (Chen *et al*., 2020; Khan *et al*., 2020). Assim sendo os dados sugerem que exercícios regulares, com duração suficiente, estão associados a um menor risco de distúrbios mentais (Deng *et al*., 2020).

Este estudo obteve que houve um maior aumento de menos atividade física em tempos de pandemia em quem não teve a doença COVID-19 (57,5%) comparativamente com quem teve (42,5%), existindo uma diferença de 15%.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo feminino a terem tido uma diminuição de atividade física em tempos de pandemia (58,2%) comparativamente a indivíduos do sexo masculino (54,1%), embora a diferença seja de apenas 4,1%. Brancaccio *et al*. (2021) primeiro diz que tanto homens como mulheres sofreram aumento de peso e depois que por meio da estratificação de género observaram que o sexo feminino praticava mais treinos consistentes durante o período de quarentena.

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (56,6% e 59,2%) existindo apenas uma diferença de 2,6% entre eles, tendo sido obtida uma maior diminuição de atividade física no grupo que vive sem os pais.

Relativamente a comparação entre quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram uma maior diminuição de atividade física em tempos de pandemia foram aquelas que vivem sozinhas (67,9%) comparativamente com as pessoas que vivem acompanhadas (56%), sendo esta uma diferença de 11,9%.

Para finalizar, também não foi verificada uma grande diferença entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (55,2%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (61,5%) relativamente a praticarem menos atividade física em tempos de pandemia, sendo esta diferença apenas de 6,3% .

5.1.10 Padrões de Sono

Entre os universitários, 55,7% relata ter sofrido alterações nos padrões de sono, valores superiores foram encontrados em outros estudos, por exemplo Son *et al*. (2020) relatou que 86% teve interrupções nos seus padrões de sono, sendo que 38% relataram essas interrupções como graves, já Wang *et al*. (2020) relatou que 84,92% da sua amostra teve mudanças nos hábitos de sono e 78,4% foram relatados por Basheti *et al*. (2021). Outros estudos ainda acrescentam que 55,4% dos alunos foram se deitar depois das 24 horas ou de forma irregular (Chen *et al*., 2020), 32,5% teve problemas de sono (Drissi *et al*., 2020) e 22,7% apresentou insatisfação do sono (Islam *et al*., 2020). Son *et al*. (2020) revela que 50% dos alunos afirma que tendem a ficar acordados até mais tarde ou acordar mais tarde do que antes do surto, Wang *et al*. (2020) diz-nos que 3,5% teve um sono curto e 47,6% teve um sono longo para contrastar estes valores Islam *et al*. (2020) diz-nos que 14,6% dormiu menos do que normal e 12,1% mais do que o normal. Tang *et al*. (2020) diz-nos que pessoas com curtas durações de sono (menos de 6 horas por noite) eram mais propensas a experienciar transtorno de *stress* pós-traumático e sintomas depressivos e Copeland *et al*. (2021) acrescenta que quedas na duração do sono estão associadas a um aumento do tempo que se passa em frente ao ecrã.

O presente estudo obteve um maior aumento de alterações dos padrões de sono em quem não teve a doença COVID-19 (58,5%), comparativamente com quem teve (41,5%), existindo uma diferença de 17%.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo feminino a terem tido aumento de alterações dos padrões de sono (57,6%), comparativamente a indivíduos do sexo masculino (45,9%), existindo uma diferença de 11,7%.

Não houve diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (55,9% e 55,3%) existindo meramente uma diferença de 0,6%, tendo sido obtido o maior aumento de alterações dos padrões de sono no grupo que vive com os pais.

Relativamente a quem vive acompanhado *versus* sozinho foi detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento de alterações dos padrões de sono foram aquelas que vivem sozinhas (64,3%), comparativamente com as que vivem acompanhadas (54,4%), sendo esta uma diferença de 9,9%.

Para finalizar também não se verificou grande diferença entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia)

(55,9%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (55,1%) relativamente aos níveis de *stress*, sendo esta uma diferença de apenas 0,8% o que contrasta com a informação obtida por Tang *et al*. (2020) que nos diz que as pontuações foram maiores nos alunos que estavam no último ano da universidade.

5.1.11 Pensamentos Suicidas

Entre os estudantes, 10% relata ter tido mais pensamentos suicidas, um valor superior foi encontrado num outro estudo, que obteve 23,6% (García-Espinosa *et al*., 2021). Para contrastar um valor inferior foi relatado por Chen *et al*. (2020), 7,2%, este estudo ainda acrescenta que 5,9% tiveram pensamentos suicidas durante alguns dias, 0,9% por mais de uma semana e 0,4% quase todos os dias.

O presente estudo obteve ainda que um maior aumento de pensamentos suicidas foi registado em quem não teve a doença COVID-19 (63,6%), comparativamente com quem teve (36,4%), existindo uma diferença de 27,2%.

Houve também um maior número de indivíduos do sexo feminino a terem tido aumento de pensamentos suicidas (10,9%) comparativamente a indivíduos do sexo masculino (5,4%), existindo uma diferença de 5,5%. Patsali *et al*. (2020) diz-nos que mulheres com histórico de tentativas de suicídio tiveram um risco 5,71 vezes maior de desenvolverem depressão durante o confinamento em comparação com homens sem tal histórico.

Não se verificou diferença quase nenhuma entre o grupo que vive com os pais e o grupo que não vive com os pais (11% e 7,9%), existindo apenas uma diferença de 3,1% entre estes, tendo sido obtido um maior aumento de pensamentos suicidas no grupo que vive com os pais.

Também não se verificou muita diferença comparando quem vive acompanhado *versus* sozinho, embora tenha sido detetado que as pessoas que sofreram um maior aumento de pensamentos suicidas foram aquelas que vivem sozinhas (10,7%), comparativamente com as que vivem acompanhadas (9,8%), sendo esta uma diferença de apenas 0,9%.

Para finalizar também não houve quase diferença nenhuma entre os alunos do 1º e 2º ano curricular (alunos que entraram na universidade já estando a decorrer a pandemia) (9,8%) *versus* 3º,4º e 5º ano curricular (10,3%) relativamente ao aumento de pensamentos suicidas, sendo esta uma diferença de apenas de 0,5%.

5.1.12 Teste a COVID-19

Houve 97,7% entre os participantes que já fizeram um teste para deteção da COVID-19 o que contraria o estudo feito por Brancaccio *et al*. (2021), que indica que 84,9% dos estudantes nunca tinham feito um teste a COVID-19 mas há que ter em atenção que este estudo foi publicado a pouco mais de um ano atrás. Desses 97,7%, quase dois terços (63,4%) realizaram pelo menos um teste prescrito por um profissional. Relativamente ao grau de satisfação a maioria relata que a experiência foi boa ou muito boa (43%), menos de metade relata a experiência como má ou muito má (16,8%) e 40,1% relata a experiência como neutra, mas há que ter em atenção também que não lhes foi pedido para indicarem qual o motivo da boa ou má experiência, podendo esta ter sido má não pelo mau desempenho do profissional de saúde, mas pelo processo de recolha da amostra ser invasivo.

5.1.13 Vacinação

Entre os participantes, 97,7% foram vacinados o que acaba por ser um valor semelhante ao obtido em outros estudos, embora um pouco mais alto, García-Espinosa *et al*. (2021) relatou que 92,2% tenciona receber a vacina e desses mesmos 92,2%, 79,8% acredita que a vacinação deveria ser obrigatória. Um estudo feito por Wismans *et al*. (2021) diz-nos que 85,49% pretende ser vacinado e para finalizar um estudo feito a estudantes italianos revela que 86,1% dos estudantes aceitam a vacinação (Barello, Nania, Dellafiore, Graffigna & Caruso, 2020).

Relativamente aos que não foram vacinados (2,3%) valores semelhantes já tinham sido obtidos nestes estudos, dado que no estudo de Wismans *et al*. (2021) 1,58% dos alunos apresentou resistência à vacinação indicando que não serão vacinados. Petravić *et al*. (2021) diz-nos ainda que as pessoas mais propensas a serem vacinadas são do sexo masculino, com mais idade e aquelas que eram severamente afetadas por doença. Este estudo diz-nos ainda que a intenção está positivamente associada a mais confiança em fontes oficiais de informação (especialistas), enquanto que a confiança em fontes alternativas (desconfiando do governo) reduz as chances de uma pessoa concordar com a vacinação e também pelo facto do desenvolvimento da vacina ter sido rápido.

Entre os alunos, 90% relatou ter a intenção de levar a 3ª dose (dose de reforço) o que já baixou em 7,7% o número de estudantes que obteve as duas primeiras doses. Estudos anteriores revelam valores semelhantes obtendo 85,7% (Folcarelli, Giudice, Corea & Angelillo, 2022), 84,8% (Lai *et al*., 2021), 84,5% (Sugawara *et al*., 2021) e 79% (Yadete *et al*., 2021) para indivíduos que relatam a aceitação de uma dose de reforço. Pal *et al*. (2021) diz-nos ainda que os indivíduos quando questionados sobre a aceitação de uma hipotética vacina de reforço anual para manter a sua imunidade contra a COVID-19, 83,6% concordaram com essa hipotética hipótese.

5.1.14 Confiança nos Profissionais de Saúde

Entre os universitários, 95,5% têm confiança nos profissionais de saúde ao desempenharem o seu trabalho, uma percentagem bastante inferior foi obtida por Wismans *et al*. (2021), sendo que eles obtiveram 66,1% em confiança nas autoridades governamentais e de saúde. O estudo de Patelarou *et al*. (2021) revela que 71,4% da amostra tem confiança nos médicos quanto às informações sobre a COVID-19. Kecojevic *et al*. (2020) revela que 58% da amostra confia nos profissionais de saúde como fonte de informação. Um estudo conduzido nos Estados Unidos da América revela que a maioria dos participantes (53%) queria ter o diretor do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) a liderar a resposta a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, revelando confiança nos profissionais de saúde (McFadden *et al*., 2020). Diotaiuti *et al*. (2021) diz-nos que a confiança nas medidas tomadas pelo governo para gerir esta emergência de saúde pública aumentou significativamente ao longo do tempo.

Relativamente a entenderem as medidas preventivas mais de 90% relata que compreende as regras de conduta (Copeland *et al*., 2021; Villani *et al*., 2021). No entanto no estudo de García-Espinosa *et al*. (2021) apenas 58,5% dos estudantes referiram que respeitaram a quarentena. Isto também é provado pelo estudo de Wang *et al*. (2020) que revela percentagens mais baixas (72,5%) de alta satisfação para com as medidas preventivas e de controlo da pandemia, comparativamente com os mais de 90% que compreendem as regras de conduta, obtidos nos artigos anteriormente anunciados.

5.2 Variáveis

5.2.1 Teve COVID-19 *VS* não teve COVID-19

Relativamente à comparação entre quem teve COVID-19 *versus* quem não teve COVID--19 é relevante relatar que para todas as variáveis em estudo o grupo de estudantes que não teve a doença apresentou valores superiores (aumento no nível de *stress*, aumento no nível de ansiedade, sentir-se mais deprimido, aumento no consumo de bebidas alcoólicas, aumento no consumo de tabaco, alimentação menos saudável, menos atividade física, alterações nos padrões de sono e mais pensamentos suicidas).

5.2.2 Masculino *VS* Feminino

Relativamente à comparação entre sexos, o sexo feminino revelou valores superiores para a maioria das variáveis em estudo (ter tido COVID-19, aumento no nível de *stress*, aumento no nível de ansiedade, sentir-se mais deprimido, aumento no consumo de tabaco, menos atividade física, alterações nos padrões de sono e mais pensamentos suicidas) com exceção das variáveis aumento no consumo de bebidas alcoólicas e alimentação menos saudável que aí já foi o sexo masculino a apresentar valores superiores.

5.2.3 Vive com os Pais *VS* Vive sem os Pais

No que diz respeito à comparação entre os estudantes que vivem com os pais *versus* sem os mesmos, verificou-se que é um dos dois grupos em comparação com menos diferença entre eles, contudo o que apresentou valores mais elevados na maioria das questões foi o grupo que vive sem os pais (ter tido COVID-19, aumento no nível de ansiedade, sentir-se mais deprimido, aumento no consumo de tabaco, alimentação menos saudável, menos atividade física) já o grupo que vive com os pais apresenta valores superiores para as outras questões em estudo (aumento no nível de *stress*, aumento no consumo de bebidas alcoólicas, alterações nos padrões de sono e mais pensamentos suicidas).

5.2.4 Vive Sozinho *VS* Vive Acompanhado

Comparando os indivíduos que vivem sozinhos *versus* aqueles que vivem acompanhados, os indivíduos que vivem sozinhos tiveram valores superiores para todas as questões em

estudo (aumento no nível de *stress*, aumento no nível de ansiedade, sentir-se mais deprimido, aumento no consumo de bebidas alcoólicas, aumento no consumo de tabaco, alimentação menos saudável, menos atividade física, alterações nos padrões de sono e mais pensamentos suicidas) com exceção de terem tido valores superiores para a questão de terem tido COVID-19 (o que faz sentido pois o circulo de primeira instância são só eles) aí quem revelou valores superiores foram os alunos que vivem acompanhados.

5.2.5 1º e 2º Ano Curricular *VS* 3º, 4º e 5º Ano Curricular

Este é o outro grupo de comparação que se obteve menos diferença entre os grupos, contudo o que apresentou valores mais elevados na maioria das questões foi o grupo do 3º, 4º e 5º ano curricular (grupo esse que já frequentava a Universidade antes do inicio da pandemia) (aumento no nível de ansiedade, sentir-se mais deprimido, aumento no consumo de tabaco, alimentação menos saudável, menos atividade física e mais pensamentos suicidas) já o grupo do 1º e 2º ano curricular apresentou valores superiores para as outras questões em estudo (ter tido COVID-19, aumento no nível de *stress*, aumento no consumo de bebidas alcoólicas e alterações nos padrões de sono).

5.3 Geral

Em geral, podemos dizer que os estudantes universitários sofreram diversas alterações no seu estilo de vida e que a doença COVID-19 impactou a sua saúde não só física, mas também mental. Num estudo foi relatado que 87,3% dos alunos foram afetados pelas mudanças na aprendizagem (online) (Copeland *et al*., 2021). Um outro estudo diz-nos que 73,5% relatou dificuldades na capacidade de concentração no seu trabalho académico (Kecojevic *et al*., 2020) e que 54% indicou um impacto negativo a nível académico (Son *et al*., 2020). Patsali *et al*. (2020) diz-nos ainda que 13,46% relataram ter experienciado um grande sofrimento. 42,9% apresentavam alto risco de ter problemas de saúde mental, sendo que 1,3% apresentou pontuações muito altas e foram classificados como casos graves (Drissi *et al*., 2020). E Nomura *et al*. (2021) relatou que 22% relataram não ter alguém com quem pudessem discutir as suas preocupações, sendo mais comum em homens do que em mulheres.

Son *et al*. (2020) diz-nos que entre os alunos que indicaram aumento de *stress* e ansiedade, apenas 5% recorreram a serviços de aconselhamento em saúde mental. Um outro estudo obteve que mais de 70% apresentou sintomas mínimos, mas requerem aconselhamento psicológico para evitar a deterioração dos mesmos (Shitandi *et al*., 2021). García-Espinosa *et al*. (2021) diz-nos ainda que 76,3% mencionaram que se a pandemia continuar e seus sintomas também, estes iriam procurar ajuda psicológica profissional. Contudo, 53% dos alunos revela não conhecer formas de procurar ajuda psicológica profissional (Wang *et al*., 2020). Já García-Espinosa *et al*. (2021) diz-nos que 88% dos alunos acreditam que é necessária mais divulgação sobre saúde psicológica por parte das autoridades.

5.4 Limitações do Estudo

Este estudo, tal como todos os outros estudos apresenta as suas limitações, sendo uma delas o tamanho da amostra, quanto maior for a amostra melhor, mais precisos e mais exatos são os dados obtidos. Outra limitação é que no grupo A do questionário, na pergunta 18, apenas se pergunta se teve outros sintomas (sim ou não) e não se pede para dizer quais. No grupo B às perguntas relacionadas com a saúde mental poderiam ter sido acrescentadas escalas amplamente conhecidas como a GAD-7 (Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada) (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007) e a PHQ-9 (Questionário de Saúde do Paciente) que é o módulo da depressão (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) e nas perguntas sobre alterações do estilo de vida poderia ter sido feita uma investigação mais aprofundada, para se poder retirar ainda mais informação. Para finalizar no grupo C do questionário uma limitação é o facto de não se saber se a experiência durante a realização do teste foi muito má, má, neutra, boa ou muito boa, pelo facto do procedimento de obtenção de amostra nasofaríngea poder ser incomodativo ou pela interação tida com o profissional de saúde, por último poderia ter-se perguntado o motivo pelo qual existe uma recusa em receber a dose de reforço (3ª dose).

6. Conclusão

Com este estudo foi possível concluir que quase metade dos estudantes universitários da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz que participaram já tiveram a doença COVID-19 (45,2%), que 89% apresentou sintomas, dos quais tosse, fadiga, cefaleias, rinorreia e mialgias foram os mais prevalentes (por ordem descrente).

Relativamente às questões que permitem dar uma perceção sobre a saúde mental, os parâmetros que mais afetaram os alunos da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz foi o aumentando de *stress* e de ansiedade (mais de 60% da amostra relatou) e que ideologias suicidas estão presentes em 10% da amostra.
Relativamente às alterações de estilo de vida, as mais relatadas (com mais de 50%) foram a prática de menos atividade física e alterações nos padrões de sono (por ordem decrescente).

Os resultados obtidos sugerem a existência de várias variáveis dependentes:

- Sexo e ter tido COVID-19, sendo o sexo feminino mais propenso a ter a doença;
- Aumento de *stress* e ter tido COVID-19, sendo o aumento do *stress* mais propenso em quem não teve a doença;
- Aumento de *stress* e Sexo, sendo o sexo feminino mais propenso a ter aumento de *stress*;
- Aumento de ansiedade e ter tido COVID-19, sendo o aumento de ansiedade mais propenso em que não teve a doença;
- Aumento de ansiedade e Sexo, sendo o sexo feminino mais propenso a ter aumento de ansiedade;
- Aumento do consumo de tabaco e ter tido COVID-19, sendo o aumento do consumo de tabaco mais propenso em quem não teve a doença;
- Alimentação menos saudável e ter tido COVID-19, sendo a alimentação menos saudável mais propensa em quem não teve a doença.

Quase 100% (97,7%) da amostra relatou já ter feito um teste para a deteção do vírus SARS-CoV-2, e a grande maioria (63,4%) já fez, no mínimo, um teste prescrito por um profissional de saúde, sendo que 43% descreveu a experiência como boa ou muito boa. Valores também muito próximos dos 100% (95,5%) foram obtidos no que diz respeito

aos alunos estarem satisfeitos com o desempenho e trabalho dos profissionais de saúde nesta altura pandémica. A grande maioria (97,7%) relata ter sido vacinado contra o vírus SARS-CoV-2 , contudo, um valor um pouco mais baixo (90%), revela estar disposto a receber a 3ª dose da vacina.

Verificou-se não só a necessidade de haver mais estudos sobre as áreas temáticas acima mencionadas, como a necessidade de atuação no neste grupo vulnerável (estudantes universitários).

6.1 Perspetivas Futuras

Com base na informação obtida neste estudo a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV--2 trouxe mudanças na vida e na saúde mental dos estudantes universitários, causando um assim um evidente impacto psicológico. Apoio psicológico deve ser fornecido pelas instituições de ensino superior para promover uma saúde plena dos seus estudantes, deveram ser iniciadas assim novas políticas.

Problemas de saúde mental aumentam durante uma pandemia e devem ser abordados durante todo o estadio da mesma. Estes quanto mais rápido abordados forem, melhor, para evitar o desenvolvimento de problemas psicológicos mais graves e ideologias suicidas.

É necessário alocar serviços de aconselhamento e de intervenção preventiva em momentos de sintomatologia aguda e de haver uma monitorização das taxas de *stress*, ansiedade, depressão e também de automutilação ou idealização suicida dentro deste grupo vulnerável (estudantes universitários).

6.1.1 Algumas sugestões poderão ser:

- Sessões de psicologia de modo presencial ou através de videochamada ou chamada;
- Fornecimento de apoio na transição para a faculdade e durante todo o seu percurso, orientando e incentivando os alunos a tomar decisões saudáveis;
- Sessões em grupo de meditação e *mindfulness* promovendo a redução da ansiedade e *stress* e redução do isolamento;
- Criação e utilização de fóruns para expandir interesses em comum dos estudantes;

- Criação de diferentes clubes (livro, receitas, jogos, etc.).

6.1.2 Futuros trabalhos:

Estudos mais profundos e mais alargados devem ser feitos para avaliar melhor a saúde mental da população alvo, utilizando como critério, métodos de diagnóstico indicados para analisar a ansiedade (GAD-7) e a depressão (PHQ-9). E os mesmos devem ser feitos no máximo de alunos possível para haver mais exatidão e precisão na retirada de resultados.

Estudos futuros também devem entender o porquê da adesão da 3ª dose (dose de reforço) ser menor que a adesão obtida nas primeiras duas doses.

7. Bibliografia

Abuhmaidan, Y., & Al-Majali, S. (2020). The Impact of the Coronavirus Pandemic on Mental Health among Al Ain University Students in Light of some Demographic Variables. *Psychiatria Danubina, 32*(3-4), 482–490. doi: https://doi.org/10.24869/psyd.2020.482

Babicka-Wirkus, A., Wirkus, L., Stasiak, K., & Kozłowski, P. (2021). University students' strategies of coping with stress during the coronavirus pandemic: Data from Poland. *PloS One*, *16*(7), 1-27. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255041

Barello, S., & Graffigna, G. (2020). Caring for Health Professionals in the COVID-19 Pandemic Emergency: Toward an "Epidemic of Empathy" in Healthcare. *Frontiers in Psychology, 11*(1431), 1-4. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01431

Barello, S., Nania, T., Dellafiore, F., Graffigna, G., & Caruso, R. (2020). 'Vaccine hesitancy' among university students in Italy during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Epidemiology, 35*(8), 781–783. doi: https://doi.org/10.1007/s10654-020-00670-z

Basheti, I. A., Mhaidat, Q. N., & Mhaidat, H. N. (2021). Prevalence of anxiety and depression during COVID-19 pandemic among healthcare students in Jordan and its effect on their learning process: A national survey. *PloS One*, *16*(4), 1-16. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249716

Brancaccio, M., Mennitti, C., Gentile, A., Correale, L., Buzzachera, C. F., Ferraris, C., … Scudiero, O. (2021). Effects of the COVID-19 Pandemic on Job Activity, Dietary Behaviours and Physical Activity Habits of University Population of Naples, Federico II-Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1-14. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18041502

Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Matos, M. G. (2020). "Hey, we also have something to say": A qualitative study of Portuguese adolescents' and young

people's experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology, 48*(8), 2740–2752. doi: https://doi.org/10.1002/jcop.22453

Branquinho, C., Santos, A. C., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2021). #COVID#BACKTOSCHOOL: Qualitative study based on the voice of Portuguese adolescents. *Journal of Community Psychology, 49*(7), 2209–2220. doi: https://doi.org/10.1002/jcop.22670

Browning, M. H. E. M., Larson, L. R., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., … Alvarez, H. O. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PloS One*, *16*(1), 1-27. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327

Chaimayo, C., Kaewnaphan, B., Tanlieng, N., Athipanyasilp, N., Sirijatuphat, R., Chayakulkeeree, M., … Horthongkham, N. (2020). Rapid SARS-CoV-2 antigen detection assay in comparison with real-time RT-PCR assay for laboratory diagnosis of COVID-19 in Thailand. *Virology Journal*, *17*(1), 1-7. doi: https://doi.org/10.1186/s12985-020-01452-5

Chen, M., Qin, R., Jiang, M., Yang, Z., Wen, W., & Li, J. (2021). Clinical applications of detecting IgG, IgM or IgA antibody for the diagnosis of COVID-19: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*, *104*, 415–422. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.016

Chen, R. N., Liang, S. W., Peng, Y., Li, X. G., Chen, J. B., Tang, S. Y., & Zhao, J. B. (2020). Mental health status and change in living rhythms among college students in China during the COVID-19 pandemic: A large-scale survey. *Journal of Psychosomatic Research, 137*, 1-8. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110219

Copeland, W. E., McGinnis, E., Bai, Y., Adams, Z., Nardone, H., Devadanam, V., … Hudziak, J. J. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health and Wellness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 60*(1), 134–141.e2. doi: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.466

Deng, C. H., Wang, J. Q., Zhu, L. M., Liu, H. W., Guo, Y., Peng, X. H., … Xia, W. (2020). Association of Web-Based Physical Education With Mental Health of College Students in Wuhan During the COVID-19 Outbreak: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(10), 1-12. doi: https://doi.org/10.2196/21301

Diotaiuti, P., Valente, G., Mancone, S., Falese, L., Bellizzi, F., Anastasi, D., … Andrade, A. (2021). Perception of Risk, Self-Efficacy and Social Trust during the Diffusion of Covid-19 in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 1-17. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18073427

Dixon, B. E., Wools-Kaloustian, K. K., Fadel, W. F., Duszynski, T. J., Yiannoutsos, C., Halverson, P. K., & Menachemi, N. (2021). Symptoms and symptom clusters associated with SARS-CoV-2 infection in community-based populations: Results from a statewide epidemiological study. *PloS One*, *16*(3), 1-13. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241875

Drissi, N., Alhmoudi, A., Nuaimi, H. A., Alkhyeli, M., Alsalami, S., & Ouhbi, S. (2020). Investigating the Impact of COVID-19 Lockdown on the Psychological Health of University Students and Their Attitudes Toward Mobile Mental Health Solutions: Two-Part Questionnaire Study. *JMIR Formative Research, 4*(10), 1-14. doi: https://doi.org/10.2196/19876

Duque, M. P., Lucaccioni, H., Costa, C., Marques, R., Antunes, D., Hansen, L., & Machado, R. S. (2021). COVID-19 symptoms: a case-control study, Portugal, March-April 2020. *Epidemiology and Infection*, *149*, 1-5. doi: https://doi.org/10.1017/S095026882100042X

Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 392–393. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.042

Folcarelli, L., Giudice, G. M. D., Corea, F., & Angelillo, I. F. (2022). Intention to Receive the COVID-19 Vaccine Booster Dose in a University Community in Italy. *Vaccines*, *10*(2), 1-11. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines10020146

Fontanet, A., Autran, B., Lina, B., Kieny, M. P., Karim, S., & Sridhar, D. (2021). SARS-CoV-2 variants and ending the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England), 397*(10278), 952–954. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00370-6

Forchette, L., Sebastian, W., & Liu, T. (2021). A Comprehensive Review of COVID-19 Virology, Vaccines, Variants, and Therapeutics. *Current Medical Science, 41*(6), 1037–1051. doi: https://doi.org/10.1007/s11596-021-2395-1

Fu, W., Yan, S., Zong, Q., Anderson-Luxford, D., Song, X., Lv, Z., & Lv, C. (2021). Mental health of college students during the COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, *280*(Part A), 7–10. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.032

García-Espinosa, P., Ortiz-Jiménez, X., Botello-Hernández, E., Aguayo-Samaniego, R., Leija-Herrera, J., Góngora-Rivera, F., & Gecen Investigators (2021). Psychosocial impact on health-related and non-health related university students during the COVID-19 pandemic. Results of an electronic survey. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, *50*(3), 214–224. doi: https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.04.003

Ghazawy, E. R., Ewis, A. A., Mahfouz, E. M., Khalil, D. M., Arafa, A., Mohammed, Z., … Mohammed, A. E. N. S. (2021). Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the university students in Egypt. *Health Promotion International, 36*(4), 1116–1125. doi: https://doi.org/10.1093/heapro/daaa147

Gómez-Salgado, J., Andrés-Villas, M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Milanés, D., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(11), 1-16. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17113947

Graffigna, G., Palamenghi, L., Savarese, M., Castellini, G., & Barello, S. (2021). Effects of the COVID-19 Emergency and National Lockdown on Italian Citizens' Economic Concerns, Government Trust, and Health Engagement: Evidence From a Two-Wave Panel Study. *The Milbank Quarterly*, *99*(2), 369–392. doi: https://doi.org/10.1111/1468-0009.12506

Huber, B. C., Steffen, J., Schlichtiger, J., & Brunner, S. (2021). Altered nutrition behavior during COVID-19 pandemic lockdown in young adults. *European Journal of Nutrition, 60*(5), 2593–2602. doi: https://doi.org/10.1007/s00394-020-02435-6

Husain, Q., Kokinakos, K., Kuo, Y. H., Zaidi, F., Houston, S., & Shargorodsky, J. (2021). Characteristics of COVID-19 smell and taste dysfunction in hospitalized patients. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery*, *42*(6), 1-5. doi: https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.103068

Islam, M. S., Sujan, M. S.H., Tasnim, R., Sikder, M. T., Potenza, M. N., & van Os, J. (2020). Psychological responses during the COVID-19 outbreak among university students in Bangladesh. *PloS One*, *15*(12), 1-15. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245083

Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PloS One, 15*(9), 1-16. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239696

Khan, A. H., Sultana, M. S., Hossain, S., Hasan, M. T., Ahmed, H. U., & Sikder, M. T. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 121–128. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.135

Khan, M., Khan, H., Khan, S., & Nawaz, M. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single-centre study. *Journal of Medical Microbiology*, *69*(8), 1114–1123. doi: https://doi.org/10.1099/jmm.0.001231

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. doi: https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection.

Annals of Internal Medicine, 146(5), 317–325. doi: https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

Kumari, A., Ranjan, P., Vikram, N. K., Kaur, D., Sahu, A., Dwivedi, S. N., … Goel, A. (2020). A short questionnaire to assess changes in lifestyle-related behaviour during COVID 19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14*(6), 1697–1701. doi: https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.020

Lai, X., Zhu, H., Wang, J., Huang, Y., Jing, R., Lyu, Y., … Fang, H. (2021). Public Perceptions and Acceptance of COVID-19 Booster Vaccination in China: A Cross-Sectional Study. *Vaccines, 9*(12), 1-17. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9121461

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*, 1-10. doi: https://doi.org/10.1017/S2045796020000931

Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Armesilla, M. D. C., & Latorre, J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Research*, *293*, 1-7. doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350

Mazzoli, M., Molinari, M. A., Tondelli, M., Giovannini, G., Ricceri, R., Ciolli, L., …Meletti, S. (2021). Olfactory function and viral recovery in COVID-19. *Brain and Behavior*, *11*(3), 1-5. doi: https://doi.org/10.1002/brb3.2006

McFadden, S. M., Malik, A. A., Aguolu, O. G., Willebrand, K. S., & Omer, S. B. (2020). Perceptions of the adult US population regarding the novel coronavirus outbreak. *PloS One, 15*(4), 1-6. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231808

Meng, N., Liu, Z., Wang, Y., Feng, Y., Liu, Q., Huang, J., & Li, X. (2021). Beyond Sociodemographic and COVID-19-Related Factors: The Association Between the Need for Psychological and Information Support from School and Anxiety and Depression. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 27*, 1-11. doi: https://doi.org/10.12659/MSM.929280

Nabavi, S., Javidarabshahi, Z., Allahyari, A., Ramezani, M., Seddigh-Shamsi, M., Ravanshad, S., … Mozdourian, M. (2021). Clinical features and disease severity in an Iranian population of inpatients with COVID-19. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-9. doi: https://doi.org/10.1038/s41598-021-87917-1

Nomura, K., Minamizono, S., Maeda, E., Kim, R., Iwata, T., Hirayama, J., … Yamamoto, F. (2021). Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. *Environmental Health and Preventive Medicine, 26*(1), 1-9. doi: https://doi.org/10.1186/s12199-021-00953-1

Ojewale L. Y. (2021). Psychological state, family functioning and coping strategies among undergraduate students in a Nigerian University during the COVID-19 lockdown. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *62*(2), E285–E295. doi: https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.2.1798

Ouyang, H., Wen, J., Gu, W., Shen, H., & Song, K. (2021). Evaluation of the effect of the COVID-19 pandemic on clinical characteristics and psychological status in internet consultation respondents. *Science Progress*, *104*(2), 1-16. doi: https://doi.org/10.1177/00368504211014696

Pal, S., Shekhar, R., Kottewar, S., Upadhyay, S., Singh, M., Pathak, D., … Sheikh, A. B. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Attitude toward Booster Doses among US Healthcare Workers. *Vaccines*, *9*(11), 1-11. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9111358

Patelarou, E., Galanis, P., Mechili, E. A., Argyriadi, A., Argyriadis, A., Asimakopoulou, E., … Patelarou, A. (2021). Factors influencing nursing students' intention to accept COVID-19 vaccination: A pooled analysis of seven European countries. *Nurse Education Today*, *104*, 1-9. doi: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105010

Patsali, M. E., Mousa, D. P. V., Papadopoulou, E. V. K., Papadopoulou, K. K. K., Kaparounaki, C. K., Diakogiannis, I., & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19

lockdown in Greece. *Psychiatry Research, 292*, 1-4. doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113298

Pattison, K. L., Hoke, A. M., Schaefer, E. W., Alter, J., & Sekhar, D. L. (2021). National Survey of School Employees: COVID-19, School Reopening, and Student Wellness. *The Journal of School Health*, *91*(5), 376–383. doi: https://doi.org/10.1111/josh.13010

Paul, E., & Fancourt, D. (2022). Predictors of uncertainty and unwillingness to receive the COVID-19 booster vaccine: An observational study of 22,139 fully vaccinated adults in the UK. *The Lancet Regional Health - Europe*, *14*, 1-13. doi: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100317

Petravić, L., Arh, R., Gabrovec, T., Jazbec, L., Rupčić, N., Starešinič, N., … Slavec, A. (2021). Factors Affecting Attitudes towards COVID-19 Vaccination: An Online Survey in Slovenia. *Vaccines*, *9*(3), 1-15. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9030247

Polat, B., Yilmaz, N. H., Altin, G., Atakcan, Z., & Mert, A. (2021). Olfactory and Gustatory Dysfunctions in COVID-19 Patients: From a Different Perspective. *The Journal of Craniofacial Surgery*, *32*(6), 2119–2122. doi: https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000007412

Romero-Blanco, C., Rodríguez-Almagro, J., Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., Prado-Laguna, M., & Hernández-Martínez, A. (2020). Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 1-13. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17186567

Saegerman, C., Gilbert, A., Donneau, A. F., Gangolf, M., Diep, A. N., Meex, C., … Ghuysen, A. (2021). Clinical decision support tool for diagnosis of COVID-19 in hospitals. *PloS One*, *16*(3), 1-20. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247773

Sahoo, P. R., Sahu, M., Surapaneni, P. S., Maiti, A., Vankamamidi, R., Panda, N., & Biswal, R. N. (2021). Evolution of olfactory and gustatory dysfunctions in COVID-19

patients in India. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngoloy*, *278*(8), 2875–2881. doi: https://doi.org/10.1007/s00405-020-06563-x

Salameh, B., Basha, S., Basha, W., & Abdallah, J. (2021). Knowledge, Perceptions, and Prevention Practices among Palestinian University Students during the COVID-19 Pandemic: A Questionnaire-Based Survey. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, *58*, 1-11. doi: https://doi.org/10.1177/0046958021993944

Shitandi, O. B., Efe, J. O. J., & Sunday, I. P. (2021). Impact of Covid-19 on the Mental Health of Delta State University students, Nigeria. *Acta Bio-medica: Atenei Parmensis*, *92*(4), 1-12. doi: https://doi.org/10.23750/abm.v92i4.10600

Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), 1-14. doi: https://doi.org/10.2196/21279

Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Fukushima, A., & Shimoda, K. (2021). Attitudes of Medical Students toward COVID-19 Vaccination: Who Is Willing to Receive a Third Dose of the Vaccine?. *Vaccines*, *9*(11), 1-10. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9111295

Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., … Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders, 274*, 1–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009

Tiaprapong, K., Sirikul, A., Krajangmek, C., Duangthongkul, N., Pandam, N., & Piya-Amornphan, N. (2021). Awareness of COVID-19 influences on the wellness of Thai health professional students: An ambulatory assessment during the early "new normal" informing policy. *PloS One, 16*(6), 1-13. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252681

Trachootham, D., Thongyen, S., Lam-Ubol, A., Chotechuang, N., Pongpirul, W., & Prasithsirikul, W. (2021). Simultaneously complete but not partial taste and smell losses were associated with SARS-CoV-2 infection. *International Journal of Infectious Diseases*, *106*, 329–337. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.083

Ustun G. (2021). Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry, 67*(1), 54–63. doi: https://doi.org/10.1177/0020764020938807

Vahedian-Azimi, A., Moayed, M. S., Rahimibashar, F., Shojaei, S., Ashtari, S., & Pourhoseingholi, M. A. (2020). Comparison of the severity of psychological distress among four groups of an Iranian population regarding COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1-7. doi: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02804-9

Villani, L., Pastorino, R., Molinari, E., Anelli, F., Ricciardi, W., Graffigna, G., & Boccia, S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on psychological well-being of students in an Italian university: a web-based cross-sectional survey. *Globalization and Health*, *17*(1), 1-14. doi: https://doi.org/10.1186/s12992-021-00680-w

Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), 1-11. doi: https://doi.org/10.2196/22817

Wang, Y., Jing, X., Han, W., Jing, Y., & Xu, L. (2020). Positive and negative affect of university and college students during COVID-19 outbreak: a network-based survey. *International Journal of Public Health*, *65*(8), 1437–1443. doi: https://doi.org/10.1007/s00038-020-01483-3

Wang, Z. H., Yang, H. L., Yang, Y. Q., Liu, D., Li, Z. H., Zhang, X. R., … Mao, C. (2020). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 188–193. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.034

Wismans, A., Thurik, R., Baptista, R., Dejardin, M., Janssen, F., & Franken, I. (2021). Psychological characteristics and the mediating role of the 5C Model in explaining students' COVID-19 vaccination intention. *PloS One*, *16*(8), 1-18. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255382

World Health Organization (2022). WHO Coranavirus (COVID-19) Dashboard. Consultado em 13 junho 2022. Disponível em https://covid19.who.int/

Xu, H., Zhang, H., Huang, L., Wang, X., Tang, X., Wang, Y., … Yin, L. (2021). Increased symptoms of post-traumatic stress in school students soon after the start of the COVID-19 outbreak in China. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 1-8. doi: https://doi.org/10.1186/s12888-021-03339-3

Yadav, R. K., Baral, S., Khatri, E., Pandey, S., Pandeya, P., Neupane, R., … Adhikari, C. (2021). Anxiety and Depression Among Health Sciences Students in Home Quarantine During the COVID-19 Pandemic in Selected Provinces of Nepal. *Frontiers in Public Health, 9*(580561), 1-9. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.580561

Yadete, T., Batra, K., Netski, D. M., Antonio, S., Patros, M. J., & Bester, J. C. (2021). Assessing Acceptability of COVID-19 Vaccine Booster Dose among Adult Americans: A Cross-Sectional Study. *Vaccines*, *9*(12), 1-16. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9121424

Yamayoshi, S., Sakai-Tagawa, Y., Koga, M., Akasaka, O., Nakachi, I., Koh, H., … Kawaoka, Y. (2020). Comparison of Rapid Antigen Tests for COVID-19. *Viruses, 12*(12), 1-8. doi: https://doi.org/10.3390/v12121420

Yang, K. H., Wang, L., Liu, H., Li, L. X., & Jiang, X. L. (2021). Impact of coronavirus disease 2019 on the mental health of university students in Sichuan Province, China: An online cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(4), 875–884. doi: https://doi.org/10.1111/inm.12828

8. Anexos

Questionário - Impacto da Covid-19 na Saúde dos Estudantes Universitários

Consentimento Informado

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado em Análises Clínicas na Unidade Curricular de Trabalho de Natureza Científica do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Zagalo, solicita-se autorização para a participação no estudo do "Impacto da Covid-19 na Saúde dos Estudantes Universitários" a Estudantes Universitários com o objetivo de perceber o impacto na saúde dos estudantes universitários em contexto de pandemia, sendo que os alunos selecionados são alunos da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, podendo desta maneira avaliar quais os sintomas mais prevalentes nos estudantes universitários que foram infetados com o vírus SARS-CoV-2, perceber também o impacto na sua saúde mental e qual o grau de satisfação para com os profissionais de saúde em contexto de pandemia e consiste na seguinte participação: preenchimento de um questionário de escolha múltipla em momento único e terá uma duração aproximada de 10 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo, podendo desistir em qualquer momento se assim o entender.

Este estudo pode trazer benefícios tais como perceber o impacto na saúde dos estudantes universitários em contexto de pandemia e fornecer orientações aos profissionais de saúde, corpo académico e legisladores na formulação e implementação de apoio psicológico e estratégias de intervenção durante tais emergências no presente e no futuro, levando desta maneira ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial e garante-se a proteção dos dados recolhidos.

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

1. Dados Sociodemográficos

1.1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

1.2. Idade: _____

1.3. Ano Curricular atual: ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º

1.4. Curso: _____

1.5. Com quem vive:
- ☐ Pais
- ☐ Amigos
- ☐ Sozinho
- ☐ Residência Universitária
- ☐ Outros, Quais? _____

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

Grupo A - Por favor, responda a seguintes perguntas de forma honesta

1) Já teve COVID-19? ☐ Sim ☐ Não

   Se respondeu não passe para o **Grupo B** do questionário

2) Teve sintomas ? ☐ Sim ☐ Não

   Se respondeu não passe para o **Grupo B** do questionário

3) Teve febre (≥38 ºC)? ☐ Sim ☐ Não

4) Teve arrepios? ☐ Sim ☐ Não

5) Teve fadiga? ☐ Sim ☐ Não

6) Teve dores musculares? ☐ Sim ☐ Não

7) Teve dores de garganta? ☐ Sim ☐ Não

8) Teve tosse? ☐ Sim ☐ Não

9) Teve pingos no nariz? ☐ Sim ☐ Não

10) Teve dificuldades em respirar? ☐ Sim ☐ Não

11) Teve dores no peito? ☐ Sim ☐ Não

12) Teve dores de cabeça? ☐ Sim ☐ Não

13) Teve náuseas ou vómitos? ☐ Sim ☐ Não

14) Teve dor abdominal? ☐ Sim ☐ Não

15) Teve diarreia? ☐ Sim ☐ Não

16) Teve perda de olfato? ☐ Sim ☐ Não

17) Teve perda de paladar? ☐ Sim ☐ Não

18) Teve outro(s) sintomas? ☐ Sim ☐ Não

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

Grupo B - Por favor, responda a seguintes perguntas de forma honesta

1) Teve um aumento no nível de *stress*? ☐ Sim ☐ Não

2) Aumentou o seu nível de ansiedade? ☐ Sim ☐ Não

3) Sente-se mais deprimido? ☐ Sim ☐ Não

4) Aumentou o seu consumo de bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não

5) Aumentou o seu consumo de tabaco? ☐ Sim ☐ Não

6) Tem feito uma alimentação menos saudável em tempos de pandemia? ☐ Sim ☐ Não

7) Tem feito menos atividade física em tempos de pandemia? ☐ Sim ☐ Não

8) Teve alterações nos padrões de sono? ☐ Sim ☐ Não

9) Teve mais pensamentos suicidas? ☐ Sim ☐ Não

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

Grupo C - Por favor, responda a seguintes perguntas de forma honesta

1) Já fez algum teste à COVID-19? ☐ Sim ☐ Não

   1.1) Se respondeu Sim, foi-lhe prescrito por um profissional? ☐ Sim ☐ Não

      1.1.1) Se respondeu Sim, classifique a sua experiência durante a realização do teste, numa escala de 1 a 5, sendo 1-muito má, 2-má, 3-neutra, 4-boa, 5-muito boa
      ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

2) Foi vacinado(a) para a COVID-19? ☐ Sim ☐ Não

3) Tenciona levar a dose de reforço (3ª dose) se assim lhe for indicado? ☐ Sim ☐ Não

4) Sente-se confiante com os profissionais de saúde ao desempenharem o seu trabalho?
   ☐ Sim ☐ Não