

Impactos da COVID-19 em jovens adultos: O papel moderador da satisfação com o suporte social na relação entre stress e comportamentos de risco

Ana Carolina Bernardino Carneiro

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Professora Doutora Madalena Ramos, Professora Associada (com Agregação)

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Impactos da COVID-19 em jovens adultos: O papel moderador da satisfação com o suporte social na relação entre stress e comportamentos de risco

Ana Carolina Bernardino Carneiro

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Professora Doutora Madalena Ramos, Professora Associada (com Agregação)

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

Agradecimentos

Quero agradecer à Professora Doutora Joana Alexandre e à Professora Doutora Madalena Ramos, por toda a disponibilidade, apoio e palavras de alento dadas ao longo dos últimos meses. Obrigada pelas partilhas de conhecimento, por estimularem o meu espírito crítico e por toda a confiança que depositaram em mim.

Um enorme obrigada a todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico no ISCTE-IUL. Com todos, sem exceção, aprendi e cresci muito. Permitiram-me desenvolver competências únicas, que certamente serão uma mais valia no meu futuro, como pessoa e profissional.

Aos meus pais, por todo o apoio, amor, carinho, compreensão e disponibilidade constante para me ajudar. Por serem o grande exemplo da minha vida e me mostrarem que tudo se consegue com trabalho e com as pessoas certas do nosso lado.

Ao meu irmão por, mesmo nos momentos mais difíceis, ter a capacidade de me fazer soltar uma gargalhada genuína e me fazer sentir uma criança novamente.

À minha avó Natalina, por todo o amor, ternura e apoio que me tem dado desde sempre. Por me fazer acreditar nas minhas capacidades e partilhar todas as minhas vitórias como se das dela se tratassem.

A todos os meus familiares e amigos, que já são família, por toda a preocupação e partilha de momentos de felicidade e descontração, extremamente necessários nos tempos que vivemos.

Às minhas melhores amigas, Beatriz Lamego, Catarina Lopes, Rita Sebastião e Sofia Fernandes o meu mais sincero obrigada. Por me incentivarem a continuar, por me mostrarem constantemente o meu valor e por serem, muitas vezes, o meu porto seguro.

O meu obrigada também aos meus colegas de mestrado, pela união e entreaajuda, que tornaram estes dois anos de aprendizagens muito mais ricos. Em especial, à Eva, Lurdes e Sílvia pela partilha de desafios, ansiedades e desabafos.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

A pandemia provocada pela COVID-19 levou a alterações sem precedentes no quotidiano dos indivíduos, um pouco por todo o mundo, com um conjunto de impactos psicossociais que devem ser considerados. O presente estudo tinha como objetivo compreender, de forma exploratória, como o confinamento decretado em Portugal entre março e maio do corrente ano foi percecionado numa amostra de jovens adultos, nomeadamente nos diferentes domínios de vida dos mesmos e nos sentimentos experienciados durante este período. Procurou-se, também, averiguar qual o impacto do stress percebido na frequência de alguns comportamentos de risco desta amostra, especificamente, no consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e tempo passado a jogar *online* e *online* a dinheiro. Adicionalmente, explorou-se em que medida a satisfação com o suporte social moderou essas relações. Para o efeito, foi conduzido um estudo quantitativo, no qual participaram 403 jovens adultos (18-25 anos). Globalmente, os resultados indicam que os participantes referem que a situação de confinamento afetou muito ou totalmente os domínios social e pessoal. Uma elevada satisfação com o suporte social surge relacionada a um aumento do consumo de álcool como resposta a maiores níveis de stress. Os participantes reportaram, ainda, um aumento do tempo passado a jogar *online* e foram vários os que, neste período, iniciaram ou retomaram os diferentes comportamentos de risco. Os resultados serão discutidos considerando a literatura existente sendo também apresentadas limitações e sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: COVID-19; stress percebido; satisfação com o suporte social; comportamentos de risco; jovens adultos.

Códigos PsycINFO: 2340 Cognitive Processes; 2990 Drug & Alcohol Usage (Legal); 3370 Health & Mental Health Services.

Abstract

The pandemic caused by COVID-19 has led to unprecedented changes in the daily lives of individuals, all over the world, with a set of psychosocial impacts that must be considered. The present study's aim is to understand, in an exploratory way, how the confinement established in Portugal between March and May this year was perceived within a sample of young adults, namely in the different domains of their lives and feelings experienced during this period. An attempt was also made to ascertain the impact of the perceived stress on the frequency of some risk behaviours, specifically, on the consumption of alcohol, tobacco, illicit drugs and time spent at online gaming and gambling. Additionally, the extent to which satisfaction with social support moderated these relationships was explored. For this purpose, a quantitative study was conducted, in which 403 young adults (18-25 years old) participated. Overall, the results indicate that the participants perceived the situation of confinement as having greatly or totally affected the social and personal domains of their lives. A high level of satisfaction with social support is related to an increase in alcohol consumption in response to higher levels of stress. Participants also reported an increase in time spent at online gaming and several have initiated or retaken the different risk behaviours. The results will be discussed considering the existing literature and limitations and suggestions for future studies will also be presented.

Keywords: COVID-19; perceived stress; satisfaction with social support; risk behaviours; young adults.

PsycINFO codes: 2340 Cognitive Processes; 2990 Drug & Alcohol Usage (Legal); 3370 Health & Mental Health Services.

Índice

Agradecimento	i
Resumo	iii
Abstract	v
Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Pandemias	3
1.2. Impactos psicológicos das pandemias nas populações	4
1.2.1. O Stress: definição e indicadores mais comuns	4
1.2.2. Stress e as pandemias	5
1.2.3. Outros impactos psicológicos das pandemias	7
1.3. Estratégias para lidar com o stress	9
1.3.1. Consumo de substâncias psicoativas	11
1.3.1.1. Álcool	11
1.3.1.2. Tabaco	13
1.3.1.3. Substâncias psicoativas ilícitas	14
1.3.2. Jogos <i>online</i> e jogos <i>online</i> a dinheiro	16
1.4. O papel do Suporte Social	20
1.4.1. Modelos Teóricos do Suporte Social: O Modelo do Efeito Direto ou Principal e o Modelo do Efeito de <i>Buffer</i>	22
1.5. Objetivos do presente estudo	23
Capítulo 2. Método	25
2.1. Participantes	25
2.2. Instrumentos	26
2.2.1. Dados sociodemográficos	26
2.2.2. COVID-19	26
2.2.2.1. Perceção dos jovens adultos quanto ao impacto da COVID-19 nos domínios da sua vida e ao nível dos sentimentos	27
2.2.3. Comportamentos de risco	27

2.2.4.	Stress percebido (PSS-10)	28
2.2.5.	Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	28
2.3.	Procedimento	30
2.4.	Análise de Dados	30
Capítulo 3. Resultados		33
3.1.	Caraterização do impacto percebido da COVID-19 na vida dos jovens adultos	33
3.2.	Caraterização dos comportamentos dos jovens adultos	36
3.2.1.	Álcool	36
3.2.2.	Tabaco	37
3.2.3.	Substâncias psicoativas ilícitas	39
3.2.4.	Jogos <i>online</i>	41
3.2.5.	Jogos <i>online</i> a dinheiro	43
3.3.	Modelos de moderação	44
3.3.1.	Análises exploratórias	44
3.3.2.	Stress percebido, Álcool e Satisfação com o Suporte Social	47
3.3.3.	Stress percebido, Tabaco e Satisfação com o Suporte Social	48
3.3.4.	Stress percebido, Drogas ilícitas e Satisfação com o Suporte Social	49
3.3.5.	Stress percebido, Jogo <i>online</i> e Satisfação com o Suporte Social	50
3.3.6.	Stress percebido, Jogo <i>online</i> a dinheiro e Satisfação com o Suporte Social	51
Capítulo 4. Conclusões		53
Referências Bibliográficas		61
Anexos		75
	Anexo A - Questionário Sociodemográfico	75
	Anexo B - Bloco de Questões referentes à COVID-19 e ao Primeiro Estado de Emergência Decretado em Portugal	77
	Anexo C - Bloco de Questões referente às Perceções dos Jovens Adultos quanto ao Impacto da COVID-19 nos Domínios da sua Vida e ao nível dos Sentimentos	78
	Anexo D – Questões relacionadas com Comportamentos de Risco dos Jovens Adultos	79
	Anexo E – Consentimento Informado	83
	Anexo F - Modelo de moderação do stress percebido, álcool e satisfação com o suporte social	85

Anexo G - Modelo de moderação do stress percebido, tabaco e satisfação com o suporte social	88
Anexo H - Modelo de moderação do stress percebido, drogas ilícitas e satisfação com o suporte social	90
Anexo I - Modelo de moderação do stress percebido, jogo <i>online</i> e satisfação com o suporte social	92
Anexo J - Modelo de moderação do stress percebido, jogo <i>online</i> a dinheiro e satisfação com o suporte social	94

Índice de Quadros

Quadro 3.1. <i>Sentimentos experienciados perante a pandemia da COVID-19 (n = 403)</i>	33
Quadro 3.2. <i>Domínios da vida afetados pelo confinamento</i>	35
Quadro 3.3. <i>Distribuição do consumo de álcool segundo o sexo</i>	36
Quadro 3.4. <i>Frequência com que o consumo de álcool levou a que deixasse de fazer o que seria esperado</i>	37
Quadro 3.5. <i>Distribuição do consumo de tabaco segundo o sexo</i>	38
Quadro 3.6. <i>Frequência com que o consumo de tabaco levou a que deixasse de fazer o que seria esperado</i>	39
Quadro 3.7. <i>Distribuição do consumo de drogas ilícitas segundo sexo</i>	40
Quadro 3.8. <i>Tipo de drogas consumidas (n = 78)</i>	40
Quadro 3.9. <i>Frequência com que o consumo de drogas ilícitas levou a que deixasse de fazer o que seria esperado</i>	41
Quadro 3.10. <i>Distribuição do comportamento de jogo online em função do sexo</i>	42
Quadro 3.11. <i>Frequência com que o comportamento de jogo online levou a que deixasse de fazer o que seria esperado</i>	42
Quadro 3.12. <i>Distribuição do comportamento de jogo online a dinheiro em função do sexo</i>	43
Quadro 3.13. <i>Frequência com que o comportamento de jogo online a dinheiro levou a que deixasse de fazer o que seria esperado</i>	44
Quadro 3.14. <i>Estatísticas descritivas das variáveis em estudo</i>	45
Quadro 3.15. <i>Correlações entre as variáveis em estudo</i>	46
Quadro 3.16. <i>Regressão da frequência do consumo de álcool no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social</i>	48

Quadro 3.17. <i>Regressão da frequência do consumo de tabaco no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social</i>	49
Quadro 3.18. <i>Regressão da frequência do consumo de drogas ilícitas no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social</i>	50
Quadro 3.19. <i>Regressão da frequência do jogo online no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social</i>	51
Quadro 3.20. <i>Regressão da frequência do jogo online a dinheiro no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social</i>	52

Índice de Figuras

Figura 3.1. <i>Sentimentos experienciados perante a pandemia da COVID-19 (valores médios)</i>	34
Figura 3.2. <i>Domínios da vida afetados pelo confinamento (valores médios)</i>	35
Figura 3.3. <i>Frequência do consumo de álcool durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual</i>	37
Figura 3.4. <i>Frequência do consumo de tabaco durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual</i>	38
Figura 3.5. <i>Frequência do consumo de drogas ilícitas durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual</i>	40
Figura 3.6. <i>Frequência do comportamento de jogo online durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual</i>	42
Figura 3.7. <i>Frequência do comportamento de jogo online a dinheiro durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual</i>	44
Figura 3.8. <i>Representação visual do efeito do stress percebido na frequência do consumo de álcool nos níveis da moderadora satisfação com o suporte social</i>	48

Glossário de Siglas

APA – *American Psychiatric Association*

APS – *Australian Psychological Society*

EMCDDA – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

H1N1 – Gripe A

MERS-CoV – Síndrome Respiratória do Médio Oriente

PSS – *Perceived Stress Scale*

SARS-CoV – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

TI – Tecnologias da Informação

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

Introdução

Os desastres podem ser definidos como uma rutura abrupta do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, responsável por amplas perdas a nível humano, material, económico ou ambiental (Franco, 2012). Como resultado de eventos ou séries de eventos que representam uma ameaça extrema à saúde, segurança, ou bem-estar de uma comunidade e em que os recursos das pessoas são percebidos como insuficientes para ultrapassar a situação, surge um período de crise, conhecido como um período de desequilíbrio psicológico (Roberts, 2000). Embora possam variar nas suas características (e.g., tipo de desastre, extensão dos danos), todas as formas de desastre compartilham o potencial de ameaçar a prosperidade de uma comunidade e a vida das que desta fazem parte. As consequências podem ser tanto a nível físico, emocional, cognitivo como comportamental (Ruzek et al., 2008). E, embora reações como o stress e a ansiedade sejam, regra geral, consideradas respostas normativas, os desastres podem causar interrupções a longo prazo nas rotinas dos indivíduos e das suas comunidades, originando um risco acrescido para que se desenvolvam graves perturbações comportamentais e de saúde (Framingham & Teasley, 2012). Nomeadamente, os desastres podem contribuir para o aumento do uso e abuso de substâncias psicoativas (Ruzek et al., 2008) e para o surgimento de padrões preocupantes, no que concerne a utilização da internet (Wang et al., 2020).

Pandemias, como a da COVID-19, que surgiu no termo de 2019 e levou a interrupções sem precedentes na vida quotidiana de pessoas por todo o mundo, são consideradas formas únicas de desastres naturais, responsáveis por respostas psicológicas e comportamentais, muitas vezes, adversas (Charles et al., 2020; Morganstein et al., 2017). Com as restrições colocadas à circulação e as medidas de distanciamento social a ser adotadas, como forma de controlar o surto pandémico, estratégias como o convívio com amigos e familiares ou a simples participação em eventos de lazer passaram a ser quase impraticáveis. Face à situação, considera-se que o consumo de substâncias psicoativas e os jogos *online* e *online* a dinheiro, podem ter ganho especial destaque, na forma como se procurou gerir o stress percebido, em particular, no primeiro estado de emergência decretado em Portugal (World Health Organization [WHO], 2020b). Esta situação pode revelar-se, sobretudo, preocupante se considerarmos que a literatura tem evidenciado um consumo de substâncias psicoativas, de forma abusiva, cada vez mais precoce, que aumenta a probabilidade de dependência na idade adulta (Alvarez et al., 2014;

American Psychiatric Association [APA], 2014), traduzindo-se em múltiplas ameaças à saúde, bem-estar e qualidade de vida da população mais jovem (Vinagre & Lima, 2006).

Também, com os avanços observados nas áreas das Tecnologias da Informação (TI), são cada vez mais os jovens que utilizam diariamente a internet (Calado et al., 2014). No entanto, quando a sua utilização ultrapassa as barreiras do autocontrolo, alguns dos comportamentos *online*, podem originar uma dependência (APA, 2014; Patrão, 2018). Dado que os jovens adultos se encontram num período de vida marcado por múltiplas transformações, a vivência do primeiro estado de emergência em Portugal, pode ter sido um fator gerador de stress, aumentando a probabilidade de ocorrência de comportamentos de risco (Patrão, 2018). Importa, no entanto, considerar que a satisfação com o suporte social percebido pode desempenhar um papel fulcral, tendo em conta que a literatura evidencia que esta pode atenuar o impacto negativo que pode advir do stress percebido, em situações de crise (Cohen & Wills, 1985).

Face ao exposto, o presente trabalho procura contribuir para o conhecimento existente quanto ao impacto que o primeiro estado de emergência pode ter exercido em alguns comportamentos dos jovens adultos. Especificamente, pretende-se analisar como o stress percebido, durante o período pandémico ocorrido de março ao início de maio, pode ter influenciado a frequência de comportamentos de risco em jovens, tais como o consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e o tempo passado a jogar *online* e *online* a dinheiro. Considerando a literatura sobre suporte social percebido, no presente estudo pretende-se, igualmente, analisar o papel moderador desta variável na relação entre stress percebido e comportamentos de risco.

A presente investigação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, é feito um enquadramento teórico ao tópico de pesquisa. O método, é apresentado no segundo capítulo, onde será feita a descrição dos participantes, dos instrumentos escolhidos, assim como o procedimento e a análise de dados. Segue-se o terceiro capítulo, onde são expostos os resultados. Por último, o quarto capítulo, centra-se na discussão dos resultados, limitações e sugestões para investigações futuras.

Enquadramento Teórico

1.1. Pandemias

As pandemias podem ser definidas como epidemias cuja distribuição geográfica é alargada e simultânea. Estes surtos podem chegar a todo o mundo e afetar milhões de pessoas (WHO, 2010; Porta, 2014). As causas associadas a estas tendem a ser múltiplas e complexas, sendo necessária a existência de um agente infeccioso (e.g., um vírus), um hospedeiro (e.g., uma pessoa) e um dado ambiente (Taylor, 2019).

Historicamente, as pandemias apresentam um alcance global de destruição em massa e têm sido mais devastadoras do que qualquer outro tipo de desastre (Morganstein et al., 2017). Os níveis de morbilidade e mortalidade, durante estes períodos, aumentam exponencialmente e as consequências a nível económico, social e político tendem a ser significativas (Morganstein et al., 2017; Madhav et al., 2017). A Gripe Espanhola, o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV), a Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV), a Gripe A (H1N1), os vírus Ebola ou Zika são algumas das doenças infecciosas que servem de exemplo de pandemias que surgiram ao longo da história e causaram preocupação global (Madhav et al., 2017).

No termo de 2019, um surto local de pneumonia caracterizada por sintomas como febre, tosse seca, fadiga e problemas gastrointestinais foi identificado em Wuhan, na China, causado por uma nova forma de coronavírus, a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), responsável pela doença respiratória COVID-19 (Huang et al., 2020; WHO, 2020a). Posteriormente, compreendeu-se que, nesta doença, para além do sistema respiratório (e.g., tosse, falta de ar, dor de garganta) e gastrointestinal (e.g., diarreia, náuseas e vômito) podiam também estar envolvidos o sistema muscular-esquelético (e.g., dores musculares) e o neurológico (e.g., dor de cabeça e sensação de confusão) (Huang et al., 2020).

Os primeiros estudos com os primeiros pacientes pela COVID-19 dão conta do facto de todos eles, terem em comum terem estado expostos ao *Huanan Seafood Wholesale Market*, um “*wet market*” onde são vendidos, vivos ou mortos, uma grande variedade de animais selvagens, dos quais morcegos, que se acredita que estivessem infetados ou doentes (Lake, 2020). Rapidamente surgiram novas evidências de que a transmissão da COVID-19 poderia também

ocorrer de pessoa para pessoa, ao surgirem casos intrafamiliares, que não tinham qualquer ligação a este mercado. A transmissão parece ocorrer, principalmente, por contacto direto ou por gotículas que se propagam pela tosse ou espirro de uma pessoa que esteja infetada (Rothan & Byrareddy, 2020). Desta forma, a COVID-19 alastrou-se rapidamente por vários países, atingindo os critérios epidemiológicos necessários para ser considerada uma pandemia, ao ultrapassar a barreira das 100 000 pessoas infetadas em 100 países (Remuzzi & Remuzzi, 2020). Considerada uma emergência global de saúde, depressa se considerou que teria um grande impacto ao nível da saúde pública, incluindo a saúde mental (WHO, 2020b).

1.2. Impactos psicológicos das pandemias nas populações

1.2.1. O Stress: definição e indicadores mais comuns

O modelo teórico comumente utilizado para definir o stress foi desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984) e designa-se por Modelo Transacional do Stress. O stress é conceptualizado através de uma perspetiva relacional entre a pessoa e o ambiente, em que, perante uma exigência do meio (ou stressor), a pessoa avalia tal situação de modo a perceber se possui ou não os recursos necessários para a ultrapassar. No caso de avaliar, cognitivamente, os seus recursos como insuficientes para atender às exigências do meio, o stress é sentido.

Ao ser percebida pela pessoa como uma situação indutora de stress, o corpo gera uma resposta, sendo os indicadores mais comuns de natureza: a) física (e.g., dores de cabeça, cansaço excessivo, perda de apetite ou vontade constante de comer); b) emocional (e.g., nervosismo, raiva, culpa, preocupação excessiva); c) comportamental (e.g., aumento do consumo de substâncias psicoativas, irritabilidade, explosões de raiva e discussões frequentes, violência); e d) cognitiva (e.g., perda de memória, sensação de confusão, dificuldade de concentração e dificuldade em tomar decisões) (Lazarus & Folkman, 1984; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

O stress consiste numa resposta adaptativa (i.e., o processo pelo qual a pessoa procura adaptar-se a uma situação e criar um resultado positivo) a situações de alta pressão. No quotidiano, a maioria das pessoas experienciam um stress suficientemente capaz de afetar a sua qualidade de vida, mas não ao ponto de provocar uma patologia. No entanto, sabe-se que uma maior duração do stress gera uma maior vulnerabilidade ao nível do bem-estar físico e mental das pessoas. Assim, avaliar o nível de stress sentido torna-se essencial para compreender qual a melhor forma de lidar com o mesmo (McIntosh et al., 2017). A literatura sugere três níveis

de stress: o stress agudo, o episódico e o crónico. Geralmente, o stress agudo é de curta duração e específico a exigências e pressões de uma situação concreta. É um tipo de stress que pode ser visto como útil, quando acontece com pouca frequência (Australian Psychological Society [APS], 2012). Já o stress episódico ocorre quando o stress agudo é experienciado regularmente, através de um conjunto de situações como o surgimento de uma doença que leva à perda de um emprego, seguidos de dificuldades económicas, por exemplo. Por último, o stress crónico é caracterizado por altos níveis de stress que perduram por longos períodos de tempo. Deve-se a exigências contínuas, pressões e preocupações que parecem ser infundáveis. Experienciar este tipo de stress traduz-se numa maior vulnerabilidade face a doenças físicas e mentais (APS, 2012; McIntosh et al., 2017).

Enquanto que um nível moderado de stress pode ser útil para manter a pessoa alerta, vigilante e saudável, o stress crónico e severo pode ter repercussões negativas na saúde. A literatura tem vindo a demonstrar isso mesmo, com elevados níveis de stress a serem associados a um aumento das doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, hipertensão, asma ou artrite reumatoide (Cohen et al., 2007, McIntosh et al., 2017).

1.2.2. Stress e as pandemias

Na sua generalidade, as pandemias são marcadas por períodos de incerteza, confusão e uma sensação de urgência (WHO, 2005). Shultz e colaboradores (2008) identificaram alguns fatores de stress psicossociais associados às pandemias. Mais concretamente, durante estes períodos, é usual as pessoas sentirem que a sua vida e a dos seus entre queridos pode estar ameaçada. Por exemplo, num estudo conduzido com estudantes universitários no decorrer da pandemia da H1N1, 45% referiram ter medo de que os próprios ou algum membro da família ficassem infetados (Gu et al., 2015). Já durante a SARS-CoV, 30% das pessoas tiveram a perceção de que iriam contrair a doença e apenas 25% acreditavam que sobreviveriam caso a contraíssem realmente, embora a verdadeira taxa de sobrevivência fosse igual ou superior a 80% (Lau et al., 2005). Interrupções nas rotinas, estar longe de familiares e amigos, a escassez de alimentos e medicação, a perda de emprego, o isolamento social devido à quarentena ou outras medidas de distanciamento social (e.g., fecho de escolas), são outros exemplos destes fatores geradores de stress (Taylor, 2019). Cuidar de pessoas infetadas, nomeadamente crianças, pode ser igualmente uma experiência que pode gerar stress (Taylor, 2019), ou mesmo a morte de amigos ou entes queridos nestes períodos (Taylor, 2006). Lidar com a morte de alguém próximo, por

si só, já é um evento com uma elevada carga emocional, que perante a impossibilidade de se realizarem as práticas fúnebres tradicionais, pode levar a que a experiência seja sentida como desumanizante (Schoch-Spana, 2004). Ademais, visualizar constantemente notícias relacionadas com fatalidades, é um exemplo de exposição indireta a traumas, que pode também contribuir para um aumento do sofrimento sentido durante as pandemias (Neria & Sullivan, 2011). Por fim, o impacto financeiro de uma pandemia, a nível pessoal, pode ser tão grave e stressante para uma pessoa como a própria doença, sobretudo para aqueles que já estavam a ultrapassar dificuldades financeiras (Taylor, 2019).

Concretamente, no decorrer da pandemia de SARS-CoV, em 2003, estudos conduzidos em Hong Kong, demonstraram que as pessoas relataram um aumento do nível do stress quer no contexto familiar como no ambiente de trabalho (McAlonan et al., 2005), com as mulheres a revelarem um nível elevado de stress percebido (Yu et al., 2005). Os estudos iniciais sobre a COVID-19, demonstraram, igualmente, a presença de stress como resposta à pandemia, com a população chinesa, nomeadamente, a indicar a presença de um stress moderado a grave (Wang et al., 2020). Também um estudo conduzido com adultos em Bangladesh, revelou que 85,6% dos participantes reportaram stress relacionado com a pandemia da COVID-19, com este a resultar em problemas de sono, temperamentais e ao nível intrafamiliar. Os principais motivos apresentados para o stress percebido, prendem-se com o medo de infeção pela COVID-19 (por si e pelos outros familiares e amigos), dificuldade em cumprir com os planos de estudo programados, incertezas quanto ao futuro profissional e dificuldades ao nível financeiro (Islam et al., 2020). Em particular, no que respeita os jovens adultos, um estudo longitudinal realizado na Suíça, comparou dados pré-pandémicos e pandémicos e concluiu que, em média, os níveis de stress percebido dos jovens adultos aumentaram no período pandémico, em comparação com as avaliações anteriores. A existência de stress percebido antes da COVID-19 demonstrou ser o preditor mais forte do stress percebido no decorrer da pandemia, seguindo-se a este os stressores económicos e psicossociais, derivados do período pandémico (e.g., alterações económicas e do estilo de vida) e depois os stressores sociais pré-pandémicos (e.g., experiências de *bullying* e de eventos de vida stressantes) (Shanahan et al., 2020).

Segundo Taylor (2006), a maioria das pessoas, perante eventos altamente stressantes, consegue ser resiliente ao stress e ultrapassar os mesmos sem qualquer dano ao nível psicológico. No entanto, a análise de surtos pandémicos anteriores levou a que se considerasse que os efeitos psicológicos de uma nova pandemia seriam mais salientes e duradouros do que os efeitos somáticos da própria infeção (Morganstein et al., 2017; Taylor, 2019). O surto de SARS-CoV, em 2003, exemplifica isso mesmo, dado que o impacto psicológico foi muito

superior ao impacto na saúde física, no que respeita ao número de pessoas afetadas a nível psicológico e a duração desse impacto (Washer, 2004), pois, mesmo depois de o surto ter sido declarado como controlado, a investigação demonstrou que 9,8% das pessoas, residentes nas áreas mais afetadas de Taiwan, referiram sentir-se mais pessimistas em relação à vida, com as pessoas mais idosas, jovens-adultos e aquelas preocupadas com uma nova vaga a serem mais afetadas por esse sentimento. As pessoas continuaram, também, a evitar sair de casa, a usar máscaras cirúrgicas e a limpar e esterilizar as suas casas, pelo menos quatro meses após o surto ter sido declarado como controlado (Peng et al., 2010).

1.2.3. Outros impactos psicológicos das pandemias

A literatura centrada no impacto psicológico decorrente de pandemias anteriores à atual oferece informações importantes quanto ao que se pode esperar como resultado da pandemia da COVID-19 (Charles et al., 2020).

Para além do stress percebido, experienciar ansiedade e medo é algo comum. Por exemplo, durante os primeiros momentos do surto de H1N1, um estudo conduzido no Reino Unido, revelou que 24% das pessoas experienciaram uma ansiedade significativa (Rubin et al., 2009). Já nos Estados Unidos da América, 83% dos estudantes universitários referiram pelo menos algum tipo de ansiedade, quanto a contraírem a doença (Kanadiya & Sallar, 2010). Podendo o contexto pandémico desencadear ou agravar uma perturbação de ansiedade (McAlonan et al., 2005). A simples quarentena pode, também, ser uma fonte de angústia para muitas pessoas, com algumas a experienciar ansiedade pela sua segurança ou raiva por serem involuntariamente confinadas (Taylor, 2019). Verifica-se, igualmente, a presença de medo excessivo quanto à morte, invalidez ou medo de se ser evitado por outras pessoas por se ter ficado doente (Cheng et al., 2004). As pessoas podem, ainda, sentir uma grande culpa se acreditarem que deveriam ter salvo os seus entes queridos ou que de alguma forma são responsáveis pela propagação da doença (Taylor, 2006).

A presença de sintomas de stress pós-traumático e depressão, foram igualmente observados durante a pandemia de SARS-CoV (McAlonan et al., 2005; Sim et al., 2010). E acredita-se que estes sentimentos podem ser exacerbados por um período mais longo de quarentena, informações limitadas quanto à crise, perdas ao nível financeiro como resultado da pandemia/quarentena ou pelo estigma da sociedade perante aqueles que se encontram mais expostos à doença (Brooks et al., 2020). Nesta linha de pensamento, também as Perturbações

de humor ou a Perturbação de Stress Pós-Traumático, servem de exemplo a alguns dos problemas de foro psicológico que podem ser desencadeados ou agravados pelos stressores já apresentados (Shultz et al., 2015; McAlonan et al., 2005). Por exemplo, a Perturbação de Stress Pós-Traumático, pode ser desencadeada pela exposição recorrente à morte ou pela morte de entes queridos (Taylor, 2006).

Dificuldade de concentração, problemas ao nível do sono ou uma diminuição da qualidade de vida são outros exemplos do impacto ao nível psicológico decorrente das pandemias (Lee et al., 2018; Mohammed et al., 2015).

De modo geral, os estudos iniciais sobre a COVID-19 reforçam o anteriormente descrito. Na China, mais de metade dos participantes, de um estudo realizado com adultos, descreveram o impacto psicológico da presente pandemia como sendo moderado ou grave (Wang et al., 2020). Já na Dinamarca, um estudo comparou dados pré-pandémicos e pandémicos e encontrou um impacto negativo da COVID-19 no bem-estar da população (Sønderskov et al., 2020). Salari e colaboradores (2020), conduziram a primeira revisão de literatura e meta-análise centrada na prevalência do stress, ansiedade e depressão na população em geral, no decorrer da pandemia da COVID-19, tendo concluído que a sua prevalência é de 29,6%, 31,9% e 33,7%, respetivamente. As prevalências de stress, ansiedade e depressão demonstraram ser significativamente maiores, para as mulheres, para a faixa etária dos 21 aos 40 anos e para os indivíduos com maior escolaridade. As mulheres apresentam, ainda, uma maior vulnerabilidade quanto ao desenvolvimento de uma Perturbação de Stress Pós-Traumático. Além disso, os níveis de ansiedade revelam ser significativamente maiores para as pessoas que têm pelo menos um familiar, amigo ou conhecido infetado com a COVID-19. Verificou-se, igualmente, uma associação entre o historial médico e um aumento da ansiedade e depressão causado pela propagação da COVID-19 (Salari et al., 2020).

Importa, contudo, ressaltar que experienciar alguns dos sentimentos descritos não resultam apenas em consequências negativas para o indivíduo. Nomeadamente, o stress, o medo e a ansiedade demonstraram já, ser fulcrais na determinação do sucesso ou fracasso de alguns dos métodos comumente utilizados para lidar com as pandemias. A título de exemplo, durante surtos como o SARS-CoV ou o H1N1, a população foi diligente na adoção de medidas capazes de conter a transmissão da doença de pessoa para pessoa. No entanto, as precauções foram adotadas de forma diferenciada, tendo em conta os níveis de ansiedade e stress percebido, em contrair a doença. Tal demonstra a importância destas variáveis na disposição e capacidade para adotar um conjunto de comportamentos de prevenção adequados (Lau et al., 2005; Liao et al., 2014). Ainda, Serino e colaboradores (2011) identificaram que o aumento do medo e

preocupação face à pandemia de H1N1 levou a que os estudantes universitários aderissem aos planos de vacinação e a outros comportamentos de prevenção, como evitar espaços com muitas pessoas e/ou lavar as mãos com frequência. Conclui-se assim que, um nível moderado de stress, ansiedade e medo pode revelar-se útil, ao levar as pessoas a lidar eficazmente contra a doença, com a ressalva de que quando são experienciados de forma aguda, podem tornar-se debilitantes (Taylor, 2019). Adicionalmente, os resultados de Bults e colaboradores (2015), quanto às perceções e respostas comportamentais face às pandemias, salientam que à medida que o tempo passa, as pessoas começam a sentir uma maior vulnerabilidade, que leva a uma diminuição da sua autoeficácia.

Destaca-se, ainda, a confiabilidade face às informações fornecidas pelas autoridades governamentais, como outro dos fatores considerados críticos na gestão de pandemias (Morganstein et al., 2017). Um estudo centrado na pandemia da H1N1, nos Países Baixos, mostrou que a diminuição na confiança das informações fornecidas sobre esta doença, pelas autoridades governamentais, encontrava-se associada a um aumento da vulnerabilidade percebida pela população (Quinn et al., 2015) e ainda que aqueles que apresentavam mais dúvidas quanto à adequação governamental se encontravam mais propensos a experienciar sofrimento (Lau et al., 2010).

1.3. Estratégias para lidar com o stress

De acordo com o Modelo Transacional do Stress (Lazarus & Folkman, 1984), ao experienciar stress, as pessoas tendem a adotar um conjunto de estratégias de *coping*. Estas podem ser entendidas como o conjunto de pensamentos e comportamentos, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com exigências específicas, internas ou externas, que surgem em situações que são avaliadas como indutoras de stress. Segundo este modelo, o *coping* resulta de um processo ou uma interação entre a pessoa e o ambiente, e pressupõe a ideia de avaliação subjetiva (i.e., como o fenómeno é percebido, interpretado e representado cognitivamente). A pessoa, enquanto agente ativo, realiza uma avaliação primária centrada na avaliação das circunstâncias específicas da situação, ao analisar o evento em função do significado que este tem para o seu bem-estar. E, ainda, uma avaliação secundária em que a pessoa auto avalia os seus recursos, ou seja, avalia o que pode ser feito para controlar o stressor, de modo a melhorar e modificar a situação. Esta avaliação dos recursos pessoais pode ser direcionada para dois processos de confronto, um focado no problema e outro na emoção (Folkman, 2010; Folkman

et al., 1986; Lazarus & Folkman, 1984). Assim, Folkman e colaboradores (1986) definiram e identificaram as estratégias de *coping* divididas em duas categorias funcionais: *coping* focado no problema, quando a pessoa procura reagir construtivamente, ao aumentar os recursos para lidar com a situação percebida e *coping* focado na emoção, quando esta procura controlar a resposta emocional de stress, como tentativa de aliviar a tensão.

As principais funções destas duas categorias de estratégias são, assim, a regulação das emoções ou angústia e a gestão do problema que está a originar o sofrimento (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman, 2010). O *coping* centrado no problema envolve estratégias que são consideradas de adaptação, ao permitirem a mudança da situação geradora de stress, isto é, alterar o problema que está a criar a tensão na relação entre a pessoa e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984; McIntosh et al., 2017.). Quando o *coping* focado no problema é direcionado para uma fonte externa de stress, geralmente, inclui estratégias como, negociar de modo a resolver o conflito interpessoal ou pedir ajuda prática a outras pessoas (McIntosh et al., 2017). Enquanto que, quando é dirigido internamente as estratégias passam, sobretudo, pela reestruturação cognitiva (e.g., redefinição do elemento stressor) (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman et al., 1986; McIntosh et al., 2017). Por sua vez, o *coping* focado na emoção envolve estratégias centradas na emoção e caracterizadas pelo distanciamento, a fuga do problema e a procura de apoio emocional (Folkman, 2010, Lazarus & Folkman, 1984). A pessoa procura substituir ou regular o impacto emocional do stress, principalmente, através de processos defensivos que fazem com que evite enfrentar, de forma realista, a ameaça (Folkman, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; McIntosh et al., 2017). São exemplos de estratégias de *coping* focado na emoção, estratégias como a negação, evitamento, o consumo de substâncias psicoativas e a procura de apoio junto do suporte social (McIntosh et al., 2017).

Por último, a pessoa faz uma reavaliação, ao refletir e analisar a situação após a utilização dos recursos no confronto com o stressor, ou seja, procede à avaliação terciária (Lazarus & Folkman, 1984).

Uma das grandes preocupações que surgiu com a pandemia da COVID-19 foi exatamente como as pessoas iriam responder perante os vários fatores de stress (WHO, 2020b).

Relembrando, as medidas de distanciamento social, o isolamento, o medo de contrair a doença, a incerteza crescente quanto ao futuro e a insegurança financeira, são alguns dos exemplos de fatores de stress que a literatura apresenta como estando ligados a um aumento do nível de stress, ansiedade e depressão (Király et al., 2020). Por sua vez, sabe-se que a utilização de substâncias psicoativas (e.g, álcool, tabaco, drogas ilícitas), assim como, jogar jogos *online* e jogos *online* a dinheiro são muitas das vezes utilizados para diminuir o stress e a ansiedade

e/ou aliviar os sentimentos depressivos (Király et al., 2020). Embora estes comportamentos, representem, a curto prazo, estratégias de *coping* adaptativas (Billieux et al., 2015), ao evitarem problemas e pensamentos negativos e permitirem um alívio do stress diário (Blasi et al., 2019, Király et al., 2015), para algumas pessoas, a adoção destes comportamentos pode levar a uma diminuição das interações sociais e afetar, de forma geral, o seu quotidiano (Billieux et al., 2015). Em conjunturas como as da pandemia da COVID-19 a utilização destas estratégias para enfrentar o stress parecem ganhar relevância, podendo resultar em dependências, o que gera preocupação (APA, 2014; King et al., 2020; Király et al., 2020; Ko & Yen, 2020).

1.3.1. Consumo de substância psicoativas

As substâncias psicoativas provocam alterações em um ou mais sistemas do corpo humano (Zeferino et al., 2015). A continuidade do seu consumo pode levar ao desenvolvimento de um processo de abuso, adição e, em última instância de dependência (APA, 2014; Patrício, 2014). Estima-se que cerca de 10% da população mundial consome drogas de forma abusiva e a literatura tem evidenciado um consumo cada vez mais precoce (entre os 10 e os 19 anos), o que aumenta a probabilidade de dependência na idade adulta (Alvarez et al., 2014). Esta mudança nos padrões de consumo na população mais jovem, traduzem-se, igualmente, em ameaças à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Vinagre & Lima, 2006). Em Portugal, têm-se vindo a observar padrões semelhantes, nomeadamente, os jovens adultos, tendem a recorrer com frequência ao consumo de substâncias psicoativas por motivos como a necessidade de integração, a fuga da realidade, a obtenção de prazer e diversão e devido à influência do grupo de pares (Freitas et al., 2012).

1.3.1.1. Álcool

Segundo Cabral (2004), o abuso do álcool tem atingido amplas dimensões e fatores como a tolerância social face ao consumo e uma baixa perceção do risco quanto ao mesmo, parecem explicar grande parte da sua generalização, ao favorecerem a ideia de que se trata de uma conduta normal, nomeadamente, em culturas como a portuguesa. Em Portugal, entre 2016 e 2017, verificou-se um aumento da prevalência do consumo de álcool ao longo da vida, comparativamente a anos anteriores, tendo-se invertido a tendência registada entre 2007 e 2012 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2017). Na população geral, a prevalência foi de 86,4% e na população jovem de 82,8%, com os homens

a apresentar maiores percentagens em ambos os casos. Ainda que, se tenha vindo a verificar um aumento da prevalência nas mulheres. O álcool é assim a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental entre a população portuguesa (SICAD, 2017). Estes dados parecem seguir o já observado na literatura, no que respeita o aumento do consumo de álcool entre jovens e mulheres, desde o início do século (Balsa et al., 2011). Estudos anteriores, realizados com estudantes do ensino superior português, mostraram que a percentagem de consumidores de álcool está acima dos 80% sendo este um fenómeno que assume bastante expressividade entre esta população (e.g., Mendes & Lopes, 2014; Pimentel et al., 2013; Soares et al., 2014). Pimentel e colaboradores (2013), referem que o consumo de álcool no ensino superior, para além de aceitável, é tolerado e promovido, o que leva a uma prática regular e intensiva, neste meio. Deste modo, o consumo de álcool surge como um dos comportamentos de risco mais preocupantes e tem vindo a ser relacionado com o desenvolvimento de outras condutas de risco para a saúde (e.g. violência interpessoal, comportamentos sexuais de risco) (Filho et al., 2012; Santos, 2011). Estes dados são sobretudo preocupantes quando a investigação demonstra que o uso de álcool é, anualmente, responsável por 2,3 milhões de mortes e que está associada a múltiplas doenças, para além de, constituir um importante fator de risco para a morte prematura e invalidez, em todo o mundo (Filho et al., 2012).

No que respeita a relação entre o álcool e o stress, a revisão de literatura realizada por Keyes e colaboradores (2011), sugere que a exposição ao stress é potencialmente relevante no percurso para o consumo de álcool e para as perturbações associadas a este. Designadamente, no que respeita os stressores relacionados com desastres naturais (e.g., cheias, terremotos, erupções vulcânicas, furações) e humanos (e.g., terrorismo, acidentes nucleares, desastres férreos), concluíram que se verifica um aumento, a curto prazo, do consumo de álcool como resposta a estes eventos. Tais evidências parecem ser relevantes para o presente estudo, dada a semelhança destas à pandemia da COVID-19, no que concerne as ameaças físicas à vida e as ameaças ao nível emocional presentes neste tipo de acontecimentos (Framingham & Teasley, 2012; Keyes et al., 2011). Importa, contudo, ressaltar que a literatura no domínio do desenvolvimento de perturbações relacionadas com o álcool em resposta a eventos catastróficos, não se revela consistente, com alguns estudos a demonstrarem que existe um aumento ao nível dos problemas relacionados com álcool e outros a reportar que não se verificaram diferenças significativas. No entanto, alguns estudos apontam para o facto de existir uma maior probabilidade de aqueles que cessaram os consumos sofrerem uma recaída em resposta ao stress despoletado pelo evento traumático (Framingham & Teasley, 2012, Keyes et al., 2011).

1.3.1.2. Tabaco

Todos os anos, através do seu uso direto ou da exposição passiva, o tabaco é responsável por cerca de sete milhões de mortes. Assume-se como a principal causa de mortes evitáveis e é considerado um fator de risco para o surgimento de diversas doenças tais como, o cancro, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares (WHO, 2011, 2017, Pinho et al., 2020). Apesar das suas consequências nefastas, estima-se que, mundialmente, 1,1 bilhões de pessoas continuem a fumar tabaco (WHO, 2017).

No que respeita os jovens adultos, o tabaco surge como a segunda droga mais consumida, o que parece ser explicado, segundo alguns autores, pelo baixo custo, a curiosidade de experimentar, despoletada pela imitação do comportamento dos adultos, a falta de informação e o *marketing* associado a produtos derivados do tabaco (Reinaldo et al., 2010). Em Portugal, à semelhança do que se verificou nos padrões de consumo de álcool, a prevalência do uso do tabaco ao longo da vida sofreu um aumento entre 2016 e 2017, comparativamente com o registado entre 2007 e 2012 (SICAD, 2017). De destacar que na população jovem a prevalência foi de 52,4%, enquanto que na população em geral foi de 48,5%, sendo mais prevalente nos homens, apesar do aumento da prevalência deste comportamento nas mulheres (SICAD, 2017).

O stress é considerado um fator de risco significativo para o tabagismo (Lawless et al., 2015). A investigação na área tem demonstrado que níveis elevados de stress percebido, ou seja, os sentimentos/pensamentos que uma pessoa tem quanto à quantidade de stress a que está exposta durante um determinado período de tempo (Cohen et al., 1983), encontram-se associados, de forma significativa, a uma maior probabilidade do consumo de tabaco (Gallo et al., 2014; Stubbs et al., 2017). Esta prática surge, segundo alguns autores, como tentativa de aliviar o stress, o que acaba por contribuir, em parte, para o tabagismo persistente (e.g., Slopen et al., 2012; Slopen et al., 2013; Stubbs et al., 2017). Por sua vez, apesar desta ideia de que o tabaco permite aliviar o stress, existem evidências de que fumar pode originar ou agravar estados emocionais negativos e promover estratégias de *coping* desadaptativas que conduzem a níveis gerais de stress mais elevados (Hajek et al., 2010). Perante desastres, é expectável que o consumo de tabaco aumente, nomeadamente, com o intuito de reduzir a tensão proveniente das várias fontes de stress despoletadas (Lanctot et al., 2008; Pesko, 2013). Em resposta aos desastres, é possível que os ex-fumadores retomem e aumentem o consumo de tabaco, por terem conhecimento de que isso lhes permite reduzir o stress, já aqueles que nunca fumaram podem

não ter este conhecimento e não iniciar esta prática. Ademais, as pessoas que já têm por hábito fumar sentem-se menos motivadas a cessar este comportamento durante estes períodos, uma vez que os benefícios de fumar são exacerbados pelo stress (Pesko, 2013). Pesko (2013) procurou perceber se os ataques terroristas na cidade de Oklahoma e o de 11 de Setembro de 2001 levaram a um aumento do stress e do uso do tabaco, assim como, compreender o impacto causal do stress no tabagismo. O estudo contou com a participação de 1,4 milhões de americanos e permitiu verificar que existiu um aumento de 11% do stress percebido, assim como, um aumento de 2,3% no consumo de tabaco, entre 2001 e 2003. Conclui-se, então, que o stress mostrou ter um impacto positivo e significativo no tabagismo, sendo que, na população de ex-fumadores e fumadores, o aumento de um dia de stress sentido (ao longo de 30 dias) resultou num aumento de 3,4% na prevalência do tabagismo e de 0,1% no nível de intensidade deste. De destacar que os resultados mostraram que todo o aumento do tabagismo, originado pelo terrorismo, resultou do stress e não de outras causas alternativas (Pesko, 2013).

1.3.1.3. Substâncias psicoativas ilícitas

O álcool e o tabaco são, de acordo com a lei, substâncias psicoativas lícitas, na medida em que não existe nenhuma proibição quanto à sua produção, uso ou comercialização. Embora já existam algumas restrições no seu uso, como é o caso da proibição de fumar nos locais públicos (Patrício, 2006).

Por sua vez, as substâncias ilícitas dizem respeito àquelas cujo fabrico, utilização ou venda são proibidas e ilegais, por imposição da legislação (Patrício, 2006). Os dados portugueses, recolhidos entre 2016 e 2017, relativos ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, mostraram um aumento da prevalência destes consumos ao longo da vida, face a 2012, com uma prevalência de 11,6% na população total e de 15,9% na população jovem (SICAD, 2017). Entre estas, a canábida surge como a substância ilícita mais consumida, com prevalências de 10,9% e de 14,9%, respetivamente. As restantes substâncias ilícitas consideradas foram, a cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy*, a heroína, o LSD e os cogumelos alucinogénios, cujas prevalências de consumo ao longo da vida revelaram ser inferiores a 1,5%, quer na população total, como na população jovem. Em ambas as populações, os homens apresentaram maior prevalência de consumo, com exceção dos consumos da população jovem, referentes às anfetaminas e heroína, em que as mulheres apresentaram percentagens mais altas (SICAD, 2017). No entanto, é necessário destacar que, à semelhança do observado nos consumos de álcool e tabaco, também a prevalência do consumo de canábida nas mulheres tem vindo a aumentar (SICAD, 2017). Estes dados espelham o já observado a nível mundial, em que a

canábis surge como a droga ilícita mais usada no mundo, com mais de 180 milhões de consumidores a nível mundial, nos quais se incluem os que utilizam esta substância para fins terapêuticos (WHO, 2016). Trata-se de uma substância que tem vindo a ganhar, cada vez mais, visibilidade e aceitação social, para além de ser percecionada pelos jovens como a substância ilícita que representa um menor risco para a saúde (SICAD, 2017). Estas atitudes favoráveis ao consumo de canábis podem conduzir a um maior e mais problemático consumo, isto é, um consumo mais vulnerável (Lloret et al., 2016). Ademais, importa referir que, em 2017, as prevalências portuguesas dos consumos de drogas ilícitas foram superiores às médias europeias (SICAD, 2017; Pereira & Dias, 2018).

Geralmente, o consumo precoce da canábis encontra-se associado a vários problemas relacionados com a aprendizagem, baixa autoestima e depressão (Correia, 2016). O uso crónico desta substância acaba por ter um impacto negativo no funcionamento neurocognitivo, nomeadamente, ao nível da memória, impulsividade cognitiva, flexibilidade cognitiva e atenção (Figueiredo et al., 2020). Outras consequências passam pelo surgimento de depressão, esquizofrenia ou perturbações do uso de canábis (APA, 2014; Rabiee et al., 2020). A literatura tem demonstrado que a canábis é muitas vezes uma porta de entrada para o consumo de outras substâncias o que, em conjunto com as evidências apresentadas, revela a gravidade deste problema de saúde pública (Rabiee et al., 2020).

A revisão de literatura conduzida por Hyman e Sinha (2009), procurou examinar o papel do stress como fator de risco e motivação para o uso e abuso da canábis. Os resultados permitiram concluir que esta substância é, comumente, utilizada como estratégia de *coping* para lidar com o stress. Quer eventos de vida negativos, traumáticos ou estratégias de *coping* desadaptativas, revelaram estar associadas ao seu consumo. Ademais, concluíram que a relação entre o stress e a canábis é sobretudo evidente quando existe um uso crónico em comparação com um uso experimental. O uso crónico pode potencializar a motivação relacionada com o stress para o uso/abuso da canábis e exacerbar a procura compulsiva de drogas (Hyman & Sinha, 2009).

Tal como supramencionado, os eventos de vida traumáticos, como os desastres de origem natural e humana, podem levar a que os níveis de stress sejam percecionados como intransponíveis e levar as pessoas a adotar diferentes estratégias de *coping*, das quais o uso de substâncias ilícitas (Kopak & Brown, 2020). Novamente, estudos relacionados com o ataque terrorista de 11 de Setembro permitiram observar que, nas cinco a oito semanas após o ataque,

3,2% dos participantes relataram um aumento do consumo de canábis em resposta ao stress traumático experienciado (Vlahov et al., 2002). De ressaltar, que estes participantes se encontravam mais propensos a desenvolver uma Perturbação de Stress Pós-Traumático e depressão, do que aqueles que não alteraram os seus consumos. Adicionalmente, Vlahov e colaboradores (2004), para além de corroborarem as evidências da existência de um aumento do uso da canábis como resposta a este evento traumático, concluíram que a prevalência deste consumo continuou a aumentar com o passar do tempo, ao contrário do observado com o consumo de álcool e tabaco.

1.3.2. Jogos *online* e jogos *online* a dinheiro

Nos últimos anos, tem sido visível o grande desenvolvimento da área das TI e um aumento significativo do uso da internet, com as gerações mais novas a utilizarem cada vez mais aparelhos tecnológicos no seu dia-a-dia (Calado et al., 2014; Wang et al., 2014). A facilidade de acesso à internet, aos dispositivos digitais e a constante evolução dos recursos existentes *online* levaram à criação de novos hábitos de lazer e de acesso à informação (Pereira, 2008). Nomeadamente, Patrão e Hubert (2016), no seu estudo com jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 12 e os 30 anos, perceberam que estes utilizavam sobretudo a internet para aceder às redes sociais, visualizarem vídeos e jogarem jogos *online*.

Os videojogos, em particular, acompanham, igualmente, a evolução vivida na área das TI e podem ser definidos de duas formas: *offline* e *online*. No primeiro caso, os jogos são maioritariamente jogados por um só jogador e têm à partida um fim definido, enquanto que os jogos *online* podem ser jogados de forma síncronica, em interação com outros jogadores, tendo por base a colaboração e/ou competição (Smohai et al., 2016). Atualmente, a utilização dos videojogos e a atração pelos jogos *online*, em específico, têm vindo a crescer (Patrão & Hubert, 2016), e são já uma das atividades de lazer preferidas, não só nas faixas etárias mais jovens, como nas restantes (Lopes, 2012). A investigação sugere, também, que são os sujeitos do sexo masculino que mais jogam, tanto *online* como *offline* (Patrão & Hubert, 2016). Concretamente, numa amostra de estudantes universitários, Lopes (2012), demonstrou que, entre as gerações mais novas (i.e., com idades entre os 18 e os 27 anos), cerca de 88% afirmaram já ter jogado algum tipo de videojogo, tendo 92,3% dos estudantes do sexo masculino e 86,5% das estudantes do sexo feminino, referido tal comportamento. Já no que respeita ao carácter *online* dos jogos, Lopes (2012) identificou que, dos estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, 54,3% já tinham jogado *online*.

De forma geral, com os videogames, os indivíduos procuram entretenimento, entusiasmo, desafios, lidar com as suas emoções e uma fuga da realidade que lhes permita atender às suas necessidades e/ou motivações (Patrão & Hubert, 2016; Wan & Chiou, 2006). Tanto os jogos *online* como os *offline*, são cómodos, económicos e acessíveis e podem trazer consequências positivas a nível cognitivo, social e psicológico (Pontes, 2018). Nomeadamente, podem levar a um aumento da motivação quando utilizados ao nível da aprendizagem (Marques et al., 2011), diminuir o afeto negativo, potencializar os comportamentos pró-sociais, melhorar o autoconceito (e.g., autoestima, perceção de competência pessoal) e criar oportunidades para que se formem novas relações sociais (Przybylski, 2014). No entanto, nos últimos anos, a investigação tem demonstrando que alguns comportamentos *online* (e.g., jogo *online*), quando transpõem as barreiras do autocontrolo, passam a ser associados a um problema e a uma dependência (APA, 2014; Patrão, 2018). Este risco revela-se sobretudo alto para os jovens, uma vez que se encontram num período do ciclo de vida marcado por grandes mudanças, que os torna mais suscetíveis face às dependências, em função dos fatores biológicos, psicológicos e sociais (Patrão, 2018).

Por sua vez, a maioria da investigação sugere que o uso excessivo dos jogos se encontra associado a alterações dos padrões de sono, redução das atividades de lazer, problemas de atenção, baixo desempenho académico/profissional, maiores níveis de stress e ansiedade, sintomas depressivos, deterioração das relações interpessoais, conflitos familiares e alterações comportamentais e emocionais (Pontes & Griffiths, 2017; Wang et al., 2014). A baixa autoestima, pouca satisfação com a vida e isolamento, são outras das consequências negativas que esta dependência pode acarretar (Pontes & Griffiths, 2017). Tais evidências mostram a necessidade de existir uma atenção redobrada quanto aos comportamentos adotados, aos riscos presentes na utilização pouco refletida destes recursos e aos mecanismos que podem colocar os jovens em risco de desenvolver uma dependência relacionada com os videogames (Almeida, 2018; APA, 2014).

A prática do jogo a dinheiro é, também, cada vez mais, reconhecida socialmente como uma forma de lazer (Stucki & Rish-Middel, 2007). Pesquisas realizadas em vários países têm permitido concluir que a maioria dos indivíduos já jogou a dinheiro em algum momento da sua vida, existindo mais jogadores do que não jogadores (Calado & Griffiths, 2016). Trata-se de uma indústria multibilionária que, para a grande maioria dos indivíduos, é vista como uma atividade agradável e inofensiva (Buchanan et al., 2020; Meyer et al., 2009). No entanto, sabe-

se que, para uma significativa minoria, este comportamento pode deixar de ser adaptativo, e tornar-se um problema e dependência com consequências adversas graves (APA, 2014; Buchanan et al., 2020; Meyer et al., 2009). O stress é, frequentemente, descrito como o *trigger* responsável pela adoção do comportamento do jogo a dinheiro (Morasco et al., 2007). Os jovens adultos, já com problemas a este nível, reportam o uso deste tipo de jogos como uma estratégia de *coping* para lidar com o stress (Edgerton et al., 2018), o que sugere que, estratégias de *coping* desadaptativas podem estar associadas ao início do desenvolvimento das perturbações relacionadas com o jogo a dinheiro, podendo estas dificultar a implementação de estratégias realmente adequadas para lidar com o stress sentido (e.g., estratégias de *coping* focadas na solução) (Jauregui et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1984). Ademais, a investigação mostra que experienciar altos níveis de stress pode, igualmente, contribuir para uma recaída no tratamento deste problema (Milivojevic & Sinha, 2018).

Especificamente, o uso do jogo a dinheiro de forma problemática e/ou a exibição de sintomas de uma perturbação relacionada com o jogo a dinheiro têm sido associados a inúmeras consequências negativas de saúde, sociais e psicológicas, como a interrupção do trabalho/educação, problemas com a justiça (e.g., prisão), dificuldades financeiras, relacionamentos interpessoais problemáticos, consumo de álcool e outras drogas, depressão, ansiedade e outros problemas de foro psiquiátrico (Kapsomenakis et al., 2018). Os indivíduos que apresentam perturbação relacionada com o jogo a dinheiro, tendem também a apresentar dificuldades na regulação emocional (Sancho et al., 2019).

Neste caso, também os avanços digitais e tecnológicos, das últimas décadas, revelaram ter um grande impacto na natureza desta atividade, ao possibilitarem o surgimento de novas oportunidades, como o jogo *online* a dinheiro. Com esta nova realidade, verificou-se um crescimento exponencial da quantidade e do uso de sites para essa finalidade (e.g., casinos *online*) (Gainsbury et al., 2015). A este novo contexto encontram-se associados alguns fatores de risco como a disponibilidade e acessibilidade constante, o anonimato e privacidade, e as transferências de dinheiro eletrónicas (Gainsbury et al., 2015). No caso dos indivíduos vulneráveis, a investigação sugere que, este contexto *online*, é mais provável de contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação relacionada com o jogo a dinheiro, do que o contexto *offline* (Kuss & Griffiths, 2012). Os jovens encontram-se, particularmente, expostos a estes contextos e correm um grande risco de se envolverem nestas atividades e desenvolverem problemas significativos (Gainsbury et al., 2015). Pois, são os que, mais frequentemente, utilizam a internet e as redes sociais, onde o jogo a dinheiro é amplamente anunciado e promovido, fomentando uma postura positiva face ao mesmo (Hing et al. 2014). Estas

plataformas fornecem, também, um contexto de interação, disseminação e exposição a vários conteúdos criados por outros jogadores relacionados ao jogo *online* a dinheiro (e.g., fóruns de discussão), podendo a socialização com outros jogadores servir de motivação para o aumento do jogo e, conseqüentemente, resultar em práticas prejudiciais (O’Leary & Carroll, 2013). Em Portugal, a investigação que aborda esta problemática é ainda escassa, nomeadamente, no que concerne os jovens adultos (Calado et al., 2017), não existindo muita informação quanto à sua prevalência. No entanto, um inquérito feito aos jovens, no Dia da Defesa Nacional, em 2018, mostrou que 16,4% tendem a utilizar a internet para jogar a dinheiro, sendo este comportamento mais frequente nos rapazes do que nas raparigas (SICAD, 2020)

Estas evidências tornam-se especialmente preocupantes, se considerarmos que muitas das vezes o jogo *online* (Canale et al., 2019) e o jogo *online* a dinheiro (Hakansson et al., 2020), são utilizadas para lidar com o stress percebido e que a pandemia da COVID-19 pode exacerbar estes comportamentos (Buchanan et al., 2020; Ko & Yen, 2020). Dadas as restrições presentes nos vários países, atividades como a participação em eventos desportivos ou o convívio com os amigos, passaram a ser proibidas ou impraticáveis, pelo que atividades que, anteriormente, poderiam ser úteis na forma como se lida com a ansiedade e o stress, tiveram de ser substituídas. Tal mudança levou a que o jogo *online*, tenha ganho nos últimos tempos um especial destaque, tendo em conta que as companhias de tecnologia reportaram recordes de *downloads* de jogos para os *smarthphones*, durante os primeiros meses da pandemia (Ko & Yen, 2020). Apesar de a curto prazo, o jogo ser visto, geralmente, como uma estratégia de *coping* adaptativa (Billieux et al., 2019; Russoniello et al., 2009), e menos prejudicial que outras, como o uso de álcool ou outro tipo de drogas (Corbin et al., 2013), ao tornar-se uma estratégia comum, pode deixar de o ser e evoluir para uma perturbação (APA, 2014; Russoniello et al., 2009). Adicionalmente, existe também a preocupação que, durante este período, os indivíduos possam não só desenvolver, como agravar ou adotar novamente, uma dependência face ao jogo para aliviar o stress sentido (APA, 2014; King et al., 2020). E, ainda, se por um lado os jogos a dinheiro foram afetados pela situação pandémica atual, com o fechamento de casinos e interrupções das atividades desportivas, o jogo *online* a dinheiro permaneceu disponível e o stress relacionado com a pandemia pode ter aumentado o envolvimento das pessoas neste tipo de jogos e contribuir para o desenvolvimento do jogo patológico, pelo que se revela importante avaliar esta situação (APA, 2014; Hakansson et al., 2020).

A investigação na área dos jogos *online* e *online* a dinheiro é ainda escassa, sobretudo em Portugal (Calado & Griffiths, 2016; Calado et al., 2017), assim como aquela que remete para a associação entre o stress e estes dois comportamentos, nomeadamente em períodos como os que se vivem com a pandemia da COVID-19 (Hakansson et al., 2020), pelo que se considera de extrema relevância avaliar esta relação e contribuir para o conhecimento nesta área.

1.4. O papel do Suporte Social

Apesar da vasta investigação, não existe, ainda, consenso quanto à definição de suporte social, sendo este um conceito amplo e complexo (Pais-Ribeiro, 1999, 2011; Silva, 2015). A literatura tem, no entanto, demonstrado algum consenso quanto à multidimensionalidade deste constructo, mantendo a ideia de que os diferentes tipos de apoio têm um impacto distinto em cada indivíduo que o recebe (Pais-Ribeiro, 1999, 2011).

Inicialmente, a definição de suporte social surgiu com base nos estudos epidemiológicos de Cassel (1976), que analisou o papel dos processos psicossociais no desenvolvimento de várias doenças, como as relacionadas com o stress. Segundo Ornelas (1994), estes estudos permitiram compreender a importância do ambiente social e a perceção de apoio de pessoas significativas na proteção da saúde física e mental, uma vez que estes demonstraram ser fatores protetores importantes, perante situações adversas.

Já Cobb (1976), conceptualizou o suporte social como informação que contempla três componentes: a que leva o indivíduo a acreditar que é amado e alguém com quem os outros se preocupam; a que o conduz a acreditar que é apreciado e que tem valor; e a informação que o leva a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. De acordo com Alves e Dell’Aglío (2015), estas componentes ajudam o indivíduo a enfrentar situações de crise ou stress, facilitando a adaptação à mudança.

A literatura demonstra, também, a distinção entre diversos tipos de suporte social, conceptualizadas por diferentes autores (Pais-Ribeiro, 1999, 2011). Por exemplo, Cohen e McKay (1984), distinguiram o suporte social psicológico do não psicológico. Estes autores sugeriram que no primeiro caso estamos perante o fornecimento de informação, e no segundo, ao nível do suporte social tangível. Por sua vez, Singer e Lord (1984) classificaram o suporte social como emocional/psicológico (i.e., necessidade de estima, de pertença a um grupo e de confiança, percebido, por exemplo, pela expressão de carinho e empatia), instrumental (i.e., disponibilidade de ajuda específica, tais como bens ou apoio concreto, tangível e prático na resolução de problemas específicos) e informacional (i.e., os conselhos dados por outros, com

o objetivo de ajudar o indivíduo a resolver os seus problemas ou aconselhar em processos de tomada de decisão).

Já Dunst e Trivette (1990), definem o suporte social como aquele que se refere aos recursos e unidades sociais (e.g., família, grupo de pares) de que os indivíduos dispõem em resposta a pedidos de ajuda e de assistência. Estes autores, entenderam a existência, interligada, de cinco componentes do suporte social, sendo estas: a constitucional (i.e., incluem as necessidades identificadas e a congruência entre essas necessidades e o tipo de ajuda oferecida); a relacional (e.g., estatuto familiar/profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais); a funcional (e.g., suporte disponível, qualidade e quantidade de suporte); a estrutural (e.g., proximidade física, frequências dos contactos, consistência da relação); e a de satisfação (i.e., grau em que a ajuda e a assistência são vistas como prestáveis e vantajosas). Para além de distinguirem duas fontes de suporte social: informal e formal. Em que, o suporte social informal é composto, simultaneamente, pelos indivíduos (e.g., familiares, amigos) e os grupos sociais (e.g., clubes, igreja), capazes de providenciar apoio nas atividades do quotidiano em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. Enquanto que, o suporte social informal contempla as organizações sociais formais (e.g., hospitais) e profissionais (e.g., médicos, psicólogos), que se encontram organizados de forma a poderem dar assistência ou ajudar aqueles que necessitam.

Também, Cramer e colaboradores (1997), distinguiram suporte social recebido, isto é, o apoio social efetivamente recebido por alguém, daquele que é o suporte social percebido, ou seja, aquele que o indivíduo percebe ter disponível, se precisar dele. A investigação tem sugerido uma maior influência deste último, em detrimento do primeiro, uma vez que são os indivíduos que percebem mais suporte social, aqueles que, numa situação de crise, mais pedem ajuda à sua rede de suporte (e.g., Cohen & Wills, 1985; Wethington & Kessler, 1986). Segundo Ornelas (1994), a avaliação do suporte social percebido, permite compreender se as funções de suporte estão a ser satisfeitas, podendo assumir-se como forma de satisfação, sentimento de pertença, de respeito e de envolvimento com a rede de suporte. A percepção do suporte social revela ter um papel importante sobre o comportamento dos indivíduos, com a percepção do suporte social a diminuir a probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais (Rigotto, 2006).

De forma geral, considera-se que o suporte social pode ser entendido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se

preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, p. 127). Pode considerar-se que o suporte social tem assim, duas componentes centrais, sendo estas, a perceção do individuo de que existem pessoas a quem pode recorrer em caso de necessidade e a satisfação do indivíduo face a esse apoio disponível (Sarason et al., 1990). O suporte social é então um processo transaccional que resulta de uma interação entre o indivíduo e a sua rede de apoio, através do qual os indivíduos organizam os recursos psicológicos e materiais disponíveis, por meio das relações interpessoais e redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, alcançar os seus objetivos e melhorar a forma como lidam com eventos stressantes (Rodriguez & Cohen, 1998).

1.4.1. Modelos Teóricos do Suporte Social: Modelo do Efeito Direto ou Principal e o Modelo do Efeito de *Buffer*

O Modelo do Efeito Direto ou Principal e o Modelo do Efeito de *Buffer*, são os dois modelos, presentes na literatura, explicativos do suporte social (Cohen & Wills, 1985).

O primeiro assevera que, independentemente do nível de stress ou da perturbação da vida de uma pessoa, a perceção de suporte social pode produzir efeitos diretos, benéficos para a saúde e bem-estar do individuo (Broadhead et al., 1983; Cohen & Wills, 1985). Por outras palavras, o suporte social exerce, de forma permanente, um efeito positivo, exista ou não uma situação de stress, estando associado a um bem-estar generalizado, que se deve, não só a este efeito positivo, como ao sentimento de previsibilidade, estabilidade e valorização, que o suporte social oferece (Cohen & Wills, 1985).

Já o Modelo do Efeito de *Buffer*, sugere que o suporte social atua, primeiramente, como um amortecedor nas situações de crise, protegendo o indivíduo do impacto nocivo que os acontecimentos geradores de stress acarretam (Blumenthal et al., 1987; Cohen & Wills, 1985). Neste sentido, o suporte social é visto como um atenuador das consequências negativas que momentos de crise podem despoletar sobre a saúde e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Minkler, 1992).

Ferrero e colaboradores (1998), e, mais recentemente, Alves e Dell’Aglio (2015) concluíram que ambos os modelos, demonstram o quão benéfico o suporte social é para a saúde e bem-estar dos indivíduos, em qualquer circunstância, funcionando como um fator protetor em situações críticas.

1.5. Objetivos do presente estudo

Como descrito no enquadramento teórico, o stress é conhecido por influenciar a saúde, quer de forma direta, por meio do seu efeito fisiológico, como indiretamente, através da alteração de comportamentos. Sabe-se, que este ocorre quando uma pessoa percebe uma situação exigente/de desafio, como excedendo os recursos que tem disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). As pandemias, como a da COVID-19, representam formas únicas de desastre, com impacto negativo a vários níveis da vida do indivíduo (e.g., pessoal, social, económico) e são um exemplo de períodos caracterizados por um grande stress e ansiedade (Taylor, 2019). No entanto, no que respeita a pandemia da COVID-19 em concreto, algumas das estratégias de *coping* (e.g., estar com os amigos ou participar em eventos desportivos) que, anteriormente, poderiam revelar-se úteis no colmatar dos efeitos do stress, decorrentes deste período pandémico, deixaram de estar disponíveis. Tal, originou, desde cedo, preocupação em torno de como as pessoas iriam responder perante as várias fontes de stress (WHO, 2020b). Dada a conjuntura vivida, a utilização de substâncias psicoativas e os jogos *online* e *online* a dinheiro, parecem ter ganho um especial destaque, e embora representem, a curto prazo, estratégias de *coping* adaptativas (Billieux et al., 2015), estes comportamentos podem evoluir para uma dependência (APA, 2014; King et al., 2020; Király et al., 2020; Ko & Yen, 2020). Esta situação revela-se sobretudo preocupante para os jovens adultos, na medida em que, este novo período de desenvolvimento, proposto por Arnett (1997, 2006), que decorre entre os 18 e os 25 anos de idade, já é, por si só, exigente e cheio de desafios. Trata-se de um momento do desenvolvimento marcado, predominantemente, pela exploração da identidade, pela instabilidade, pela vivência do sentimento “*in-between*” (Arnett, 2014, p. 9) (i.e., o sentimento de já não sentirem que são adolescentes, mas também não se verem, ainda, como adultos), pela perceção de inúmeras possibilidades que transformarão as suas vidas e, também, por um momento em que os jovens se encontram mais centrados em si (Arnett, 2006, 2014). Especificamente, é na adolescência e no início da idade adulta que comportamentos como o uso de substâncias são frequentemente iniciados e estabelecidos, o que justifica a preocupação existente em torno desta faixa-etária (Alvarez et al., 2014; Vinagre & Lima, 2006). Ao contrário do stress, o suporte social demonstra ter um impacto positivo na saúde dos indivíduos, sobretudo, perante situações adversas, em que demonstra ser um fator protetor face ao stress sentido, capaz de colmatar as consequências negativas que advêm de períodos adversos (Cohen & Wills, 1985).

Neste sentido, para além de se procurar descrever o impacto percebido da COVID-19 na vida dos jovens adultos e caracterizar os seus comportamentos de risco, o presente estudo tem como objetivo principal, averiguar, de forma exploratória como o stress percebido, no decorrer do primeiro estado de emergência decretado em Portugal, em resposta à pandemia da COVID-19, pode ter influenciado estes comportamentos dos jovens adultos, nomeadamente, o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, assim como, o tempo passado a jogar *online* e a jogar *online* a dinheiro, procurando-se, ainda, avaliar de que forma esta relação pode ser condicionada pela satisfação com o suporte social percebido.

CAPÍTULO 2

Método

Tendo em conta os objetivos do presente estudo, optou-se por uma metodologia quantitativa. De seguida descreve-se quem foram os participantes e instrumentos utilizados para o efeito.

2.1. Participantes

Participaram no inquérito 481 indivíduos. Porém, 78 destes não responderam à totalidade do questionário, o que levou a que as suas respostas fossem excluídas. O estudo contou, então, com uma amostra total de 403 indivíduos, tendo todos os participantes dado o seu consentimento informado.

Os 403 participantes são, na sua maioria, do sexo feminino (52,6%) e de nacionalidade portuguesa (97,3%), contudo, também responderam ao questionário indivíduos de outras nacionalidades, não obstante em percentagem muito residual: brasileira (1,5%), francesa (0,5%), inglesa (0,2%) e com dupla nacionalidade (e.g., luso-brasileira) (0,5%). Considerando que o critério de inclusão era os participantes terem idade compreendida entre os 18 e os 25 anos, a média de idades dos participantes é de 21,7 anos ($DP = 2,28$). Estes referiram, na sua maioria, estar solteiros (60,5%), tendo 39,5% afirmado ter namorado/a (38,0%) ou estar numa união de facto/casado(a) (1,5%). No que respeita à escolaridade, 46,7% concluíram o ensino secundário, 35,5% a licenciatura e os restantes 17,8% referiram ter outras habilitações literárias (e.g., “mestrado”, “3º ciclo” ou “2º ciclo”). Face à situação profissional, 60,5% dos participantes responderam estar a estudar. Destes, 41,4% apenas estudam, 12,9% referiram ser trabalhadores estudantes e 6,2% ter uma bolsa de estudos. Ainda, 25,1% dos participantes mencionaram estar empregados e os restantes 14,4% numa situação de desemprego. No que respeita com quem viveram, durante o primeiro estado de emergência, a grande maioria dos participantes (81,4%) referiram morar com pelo menos um dos pais, podendo a estes acrescer os irmãos, avós, o/a companheiro(a), e outras pessoas de família. Por sua vez, 6,2% afirmaram morar com o/a companheiro(a) e/ou com os filhos, 4,5% referiram partilhar casa com amigos ou colegas de casa e 2,7% moram

sozinhos. Ainda, 5,2% dos participantes não se inseriram em nenhum dos grupos criados para caracterizar esta variável.

No que respeita a situação pandémica da COVID-19 e, em concreto, ao período de estado de emergência decretado em Portugal em março do corrente ano, a maioria dos participantes afirmou ter estado em isolamento parcial (63,8%) (i.e., não saíam de casa sem ser para comprar bens de primeira necessidade ou ir à farmácia), não ter sido diagnosticado com a COVID-19 (97,0%), nem conhecer ninguém que o tivesse sido (80,1%).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Dados sociodemográficos

Os participantes foram identificados quanto ao sexo (1 = masculino, 2 = feminino, 3 = prefiro não responder), idade (1 = 18 anos, 2 = 19 anos, 3 = 20 anos, 4 = 21 anos, 5 = 22 anos, 6 = 23 anos, 7 = 24 anos, 8 = 25 anos), nacionalidade (1 = portuguesa, 2 = brasileira, 3 = francesa, 4 = inglesa, 5 = outra) estado civil (1 = solteiro(a), 2 = numa relação amorosa, 3 = casado(a)/união de facto) habilitações literárias (1 = 1º ciclo, 2 = 2º ciclo, 3 = 3º ciclo, 4 = ensino secundário, 5 = licenciatura, 6 = mestrado, 7 = doutoramento, 8 = Outro) situação profissional (1 = empregado(a), 2 = trabalhador(a)-estudante, 3 = estudante, 4 = desempregado(a), 5 = estudante com bolsa de estudos) e composição do agregado familiar no decorrer do primeiro estado de emergência, em que lhes foi pedido que seleccionassem todas as opções que se adequassem à sua situação (e.g., sozinho(a), pai, mãe, irmã(o), companheiro(a), colega(s) de casa) (Anexo A).

2.2.2. COVID-19

Um dos blocos de questões existente no questionário centrava-se na pandemia provocada pela COVID-19 e no estado de emergência decretado em Portugal no período durante o qual decorreu o estudo (i.e., os dados foram recolhidos entre 28 de abril e 10 de maio de 2020). As perguntas eram relativas ao tipo de isolamento praticado (1 = isolamento total, 2 = isolamento parcial, 3 = geralmente isolado(a), mas a trabalhar, 4 = não se encontra isolado(a), 5 = outro), se já tinham sido diagnosticados com a COVID-19 (1 = sim, 2 = não, 3 = não sei/prefiro não responder) e se conheciam alguém que tivesse sido (1 = sim, 2 = não, 3 = não sei/prefiro não responder) (Anexo B).

2.2.2.1. Percepção dos jovens adultos quanto ao impacto da COVID-19 nos domínios da sua vida e ao nível dos seus sentimentos

Procurou-se, ainda, perceber de que forma a situação de confinamento afetou a vida dos participantes, nomeadamente, ao nível profissional, escolar/académico, pessoal, social, familiar, amoroso e outros que considerassem relevantes nomear (e.g., “Quanto considera que a situação atual de confinamento afeta a sua vida ao nível pessoal?”), numa escala de resposta do tipo *Likert* de “1 = nada” até “5 = totalmente”. Por fim, com o intuito de descrever, globalmente, a forma como os participantes se sentiram no decorrer do primeiro estado de emergência decretado em Portugal, foi-lhes perguntado em que medida se sentiram assustados, angustiados, irritados, tranquilos, confiantes e esperançosos (e.g., “Globalmente, durante a atual pandemia da COVID-19, com que frequência se tem sentido tranquilo(a)?”), com uma escala de resposta do tipo *Likert* a variar entre “1 = nunca” até “5 = muito frequentemente” (Anexo C).

2.2.3. Comportamentos de risco

De modo a caracterizar alguns dos comportamentos dos participantes, especificamente, comportamentos de risco, foi-lhes pedido que indicassem se consumiam álcool, tabaco, drogas, jogavam *online* e/ou jogavam *online* a dinheiro. E, ainda, se tinham iniciado ou retomado algum desses comportamentos no decorrer do primeiro estado de emergência em Portugal. Para ambas foi utilizada uma escala de resposta dicotómica de “sim” ou “não”. Adicionalmente, procurou perceber-se a frequência com que praticavam tais comportamentos desde a instauração deste primeiro estado de emergência, comparativamente ao habitual. Através de uma escala de resposta do tipo *Likert* de “1 = muito inferior ao habitual” a “5 = muito superior ao habitual”. Por último, foi-lhes pedido que referissem se, no último mês, tinham deixado de fazer o que realmente era esperado devido a algum desses comportamentos, através de uma escala de resposta do tipo *Likert* a variar entre “1 = nunca” e “5 = muito frequentemente”. De ressaltar que as várias questões tinham ainda a opção de resposta “não se aplica a mim”, para aqueles que anteriormente referiram não praticar tal/tais comportamento(s) (Anexo D).

2.2.4. Stress percebido (PSS-10)

Para medir o stress percebido foi usada a *Perceived Stress Scale* (PSS), desenvolvida por Cohen e colaboradores (1983), na sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Trigo e colaboradores (2010). Trata-se de um dos instrumentos de autorrelato para avaliação global do stress percebido e visa determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percecionados como indutores de stress, dado o seu carácter imprevisível, incontrolável ou excessivo (Trigo et al., 2010). Visto que o stress percebido é influenciado por eventos do quotidiano, relações interpessoais e alterações na disposição pessoal, o valor preditivo da escala pode diminuir de forma acentuada nas quatro a seis semanas após a sua aplicação. Assim, a instrução dada aos participantes centra-se na frequência com que um contexto geral de vida ocorreu no último mês, não sendo feitas especificações quanto a uma situação em particular (e.g., “No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?”) (Trigo et al., 2010). Existem três versões da presente escala, uma com 14 itens (PSS-14), outra com 10 (PSS-10) e uma forma reduzida com apenas quatro itens (PSS-4), todas elas caracterizadas pela facilidade de aplicação e cotação (Cohen & Williamson, 1988). No presente estudo foi utilizada a versão de 10 itens (PSS-10), a versão recomendada pela literatura, uma vez que as suas qualidades psicométricas, tanto na sua versão original como na adaptada para a população portuguesa, demonstram ser superiores às das restantes (Lee, 2012; Trigo et al., 2010). A resposta aos itens é dada numa escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre “0 = Nunca” e “4 = Muito frequentemente” e a pontuação final calculada através do somatório dos vários itens, sendo necessário inverter a cotação das respostas aos itens 4,5,7 e 8. A pontuação final, pode variar entre zero e 40, com pontuações mais altas a refletir maiores níveis de stress percebido (Trigo et al., 2010). A versão original da PSS-10 apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,78 (Cohen & Williamson, 1988) e em estudos com a população portuguesa um alfa de *Cronbach* de 0,87 (Trigo et al., 2010), pelo que se trata de uma medida robusta. No presente estudo, a PSS-10 continuou a mostrar uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,86 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

2.2.5. Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A satisfação com o suporte social foi medida através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) que foi desenvolvida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1999). Esta é uma medida de autorelato que procura avaliar o grau de

satisfação com o suporte social existente, em relação à família, amigos, relações de intimidade e atividades sociais. Trata-se de uma escala multidimensional composta por 15 itens de resposta tipo *Likert* na qual se pede aos participantes que indiquem o seu grau de concordância face às afirmações apresentadas, através de cinco opções “1 = concordo totalmente”, “2 = concordo na maior parte”, “3 = não concordo nem discordo”, “4 = discordo na maior parte” e “5 = discordo totalmente”. São quatro as dimensões que compõem a escala: a) “Satisfação com Amigos”; b) “Intimidade”; c) “Satisfação com a Família”; e “Atividades Sociais”. A primeira dimensão, procura medir a satisfação com as amizades que a pessoa tem, sendo composta, no presente estudo, pelos itens 2, 9, 10, 11 e 12. A dimensão da intimidade, mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui os itens 1, 3, 4 e 5. Já a satisfação com a família mede a satisfação com o suporte social familiar existente e corresponde aos itens 6, 7 e 8 neste estudo. Por último, a dimensão das atividades sociais, mede a satisfação pessoal com as atividades sociais realizadas (Pais-Ribeiro, 1999, 2011), no entanto, dada a situação pandémica que surgiu em Portugal e os constrangimentos associados à mesma (e.g., fecho de espaços de lazer ou o dever de isolamento), considerou-se que não seria adequado incluir esta dimensão. Na versão original, as quatro dimensões apresentam uma consistência interna de 0,83; 0,74; 0,74 e 0,64, respetivamente (Pais-Ribeiro, 1999, 2011). De forma semelhante, no presente estudo, as dimensões “satisfação com os amigos” e “intimidade” apresentaram uma consistência interna aceitável, com um alfa de *Cronbach* de 0,75 e 0,70, respetivamente (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Já a dimensão “satisfação com a família” revelou ter uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,80 (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Tanto na sua versão original como no presente estudo (i.e., considerando apenas as três dimensões), a consistência interna da escala total revelou ser boa, com um alfa de *Cronbach* de 0,85 (Pais-Ribeiro, 1999, 2011) e 0,81, respetivamente (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Embora, no presente estudo, não tenham sido incluídas todas as dimensões da escala, continuou a ser possível aceder à pontuação de cada uma das dimensões consideradas, através da soma da cotação dos itens que a constituem, assim como, a uma pontuação semi-global, com a soma da totalidade dos itens (Pais-Ribeiro, 1999). Neste caso, a pontuação semi-global pode variar entre 12 e 60, com pontuações mais altas a indicar uma percepção de maior suporte social. É de

ressalvar que existem itens que devem ser invertidos para o cálculo da pontuação. No caso do presente estudo foram os itens: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

2.3. Procedimento

A recolha de dados decorreu entre os dias 28 de abril e 10 de maio de 2020 e foi feita de forma *online*, através de publicações nas várias redes sociais (e.g., *Facebook*, *Instagram*) onde foi partilhado um *link* que remetia os participantes para um questionário disponível na plataforma *Qualtrics*. Foi publicitado um anúncio pago no *Facebook*, com o intuito de aumentar o tamanho da amostra e diversificar as suas características. Assim, os participantes foram convidados a responder, de forma voluntária, a um questionário *online*, intitulado “O impacto da COVID-19 nos comportamentos dos jovens adultos”. Este estudo foi-lhes apresentado esclarecendo que o objetivo passaria por compreender de que modo a situação pandémica da COVID-19 poderia estar a influenciar certos comportamentos dos jovens adultos. Primeiramente, foi apresentado o consentimento informado (Anexo E) onde, para além das informações quanto ao objetivo do estudo, se encontravam explícitas as condições do mesmo, o tipo de participação (i.e., carácter voluntário e livre da participação e possibilidade de desistir a qualquer momento), a ausência de riscos significativos associados à mesma, bem como a garantia do anonimato das respostas e a confidencialidade dos dados. Depois de prestado o consentimento informado, foi pedido aos participantes que respondessem às questões/instrumentos já descritos. O questionário terminou com um agradecimento pela colaboração e tempo despendido.

2.4. Análise de Dados

Após a recolha dos dados, estes foram analisados através do *software IBM SPSS Statistics*, versão 26 (SPSS; IBM Corp, 2019). Primeiramente, foi feita a análise descritiva das variáveis em análise. De seguida, as variáveis stress percebido e satisfação com o suporte social foram correlacionadas entre si, e com cada uma das variáveis referentes à frequência dos comportamentos em análise, tendo sido classificadas segundo os valores de Cohen (1988): baixa (para valores de r até 0,29), moderada (para valores de r entre 0,30 e 0,49) e alta (para valores de r acima de 0,50).

Por fim, de forma a testar as hipóteses apresentadas, foram estimados cinco modelos de moderação simples com recurso ao *software Macro Process V3.2* (Hayes,

2012), tendo as variáveis stress percebido e satisfação com o suporte social sido centradas para efeitos destas análises (i.e., apresentam média zero e mantêm o seu desvio padrão). Apesar do pressuposto da normalidade dos resíduos ter sido violado, dada a robustez das análises estatísticas utilizadas e a dimensão da amostra, esta violação não tem consequências graves e podemos ter confiança nos resultados obtidos (Hayes, 2018). Considerou-se um nível de significância de 0,05.

CAPÍTULO 3

Resultados

3.1. Caracterização do impacto percebido da COVID-19 na vida dos jovens adultos

A análise da distribuição referente aos sentimentos experienciados perante a pandemia da COVID-19, no decorrer do primeiro estado de emergência, encontra-se no Quadro 3.1. O primeiro aspeto a sublinhar é o facto de, para todos os sentimentos analisados, a resposta mais comum ser “Algumas vezes”, com valores a variar entre os 36,2% (angustiado/a) e os 44,7% (esperançoso/a), sendo os valores mais elevados aqueles que remetem para sentimentos positivos (com exceção do sentimento de irritação). Ao agrupar os dois primeiros pontos da escala (i.e., nunca e quase nunca), por um lado, e os dois últimos por outro (i.e., frequentemente e muito frequentemente), confirma-se esta predominância dos sentimentos positivos em que, cerca de 44,5% referiram sentir-se frequente ou muito frequentemente tranquilos e 39,0% esperançosos. Ao invés, aproximadamente 50,9% afirmaram nunca ou quase nunca se terem sentido assustados. Ainda assim, os resultados sugerem a presença de alguma angústia e irritação pois, 31,0% e 33,0% dos participantes, respetivamente, dizem ter experienciado estes sentimentos frequentemente ou muito frequentemente.

Quadro 3.1

Sentimentos experienciados perante a pandemia da COVID-19 (n = 403)

	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Frequentemente		Muito frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tranquilo(a)	4	1,0	49	12,2	171	42,4	134	33,3	45	11,2
Assustado(a)	68	16,9	137	34,0	154	38,2	40	9,9	4	1,0
Confiante	11	2,7	106	26,3	170	42,2	92	22,8	24	6,0
Angustiado(a)	44	10,9	88	21,8	146	36,2	102	25,3	23	5,7
Esperançoso(a)	12	3,0	54	13,4	180	44,7	116	28,8	41	10,2
Irritado(a)	24	6,0	79	19,6	167	41,4	92	22,8	41	10,2

Em termos médios, reforça-se esta ideia de que, entre os inquiridos, os sentimentos experienciados foram mais de cariz positivo do que negativo. Com efeito, os

valores médios mais altos são os relativos aos sentimentos de tranquilidade ($M = 3,4$; $DP = 0,88$) e esperança ($M = 3,3$; $DP = 0,93$), registando-se os valores médios mais baixos nos sentimentos negativos: assustado ($M = 2,4$; $DP = 0,92$) e angustiado ($M = 2,9$; $DP = 1,07$) (Figura 3.1).

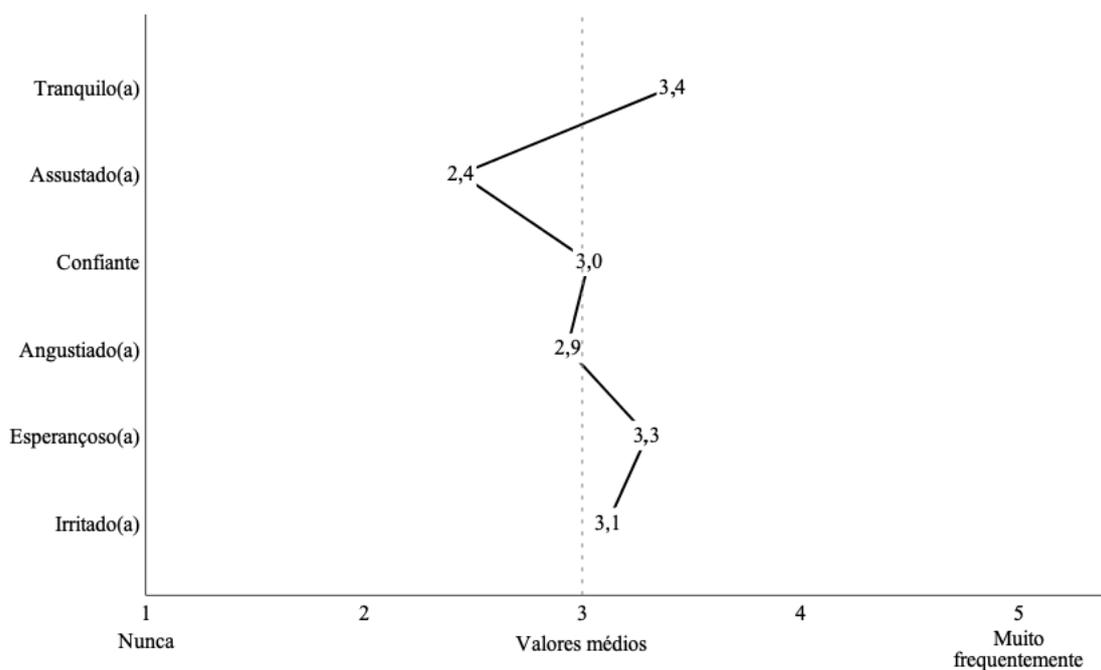


Figura 3.1

Sentimentos experienciados perante a pandemia da COVID-19 (valores médios)

A distribuição das respostas relativas ao impacto que o confinamento exerceu nos vários domínios da vida dos participantes encontra-se em detalhe no Quadro 3.2. De destacar que a resposta mais frequente, para o quanto o confinamento afetou cada um dos domínios de vida descritos, foi “Muito”, com valores a variar entre 24,7% (nível amoroso) e 44,8% (nível pessoal). Se considerarmos conjuntamente os dois últimos pontos da escala (i.e., muito e totalmente) percebemos que, à exceção do nível familiar e amoroso, a maioria dos participantes sentiu que os vários domínios da sua vida foram muito ou totalmente afetados, sendo os valores mais altos aqueles que remetem para o domínio social e pessoal dos participantes, com 82,0% e 74,7%, respetivamente, a referir que estas áreas foram muito ou totalmente afetadas pelo confinamento. No entanto, também ao nível familiar e amoroso, 48,9% e 48,8% dos participantes, respetivamente, consideraram que estas áreas foram muito ou totalmente afetadas neste período.

Quadro 3.2

Domínios da vida afetados pelo confinamento

	Nem muito											
	Nada		Pouco		nem pouco		Muito		Totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissional	45	14,1	39	12,2	41	12,9	104	32,6	90	28,2	319	100,0
Escolar/académico	63	19,1	30	9,1	32	9,7	116	35,3	88	26,7	329	100,0
Pessoal	9	2,2	33	8,2	60	14,9	180	44,8	120	29,9	402	100,0
Social	4	1,0	21	5,2	47	11,7	175	43,6	154	38,4	401	100,0
Familiar	37	9,2	77	19,2	91	22,7	133	33,2	63	15,7	401	100,0
Amoroso	80	22,2	43	11,9	62	17,2	89	24,7	87	24,1	361	100,0

Em termos médios (Figura 3.2), reforça-se o já descrito, na medida em que temos, em todos os domínios da vida em análise, valores superiores ao ponto central da escala, com as médias mais altas a corresponderem ao domínio de vida social ($M = 4,1$; $DP = 0,89$) e pessoal ($M = 3,9$; $DP = 0,99$) e as mais baixas à área das relações amorosas ($M = 3,2$; $DP = 1,48$) e familiares ($M = 3,3$; $DP = 1,21$).

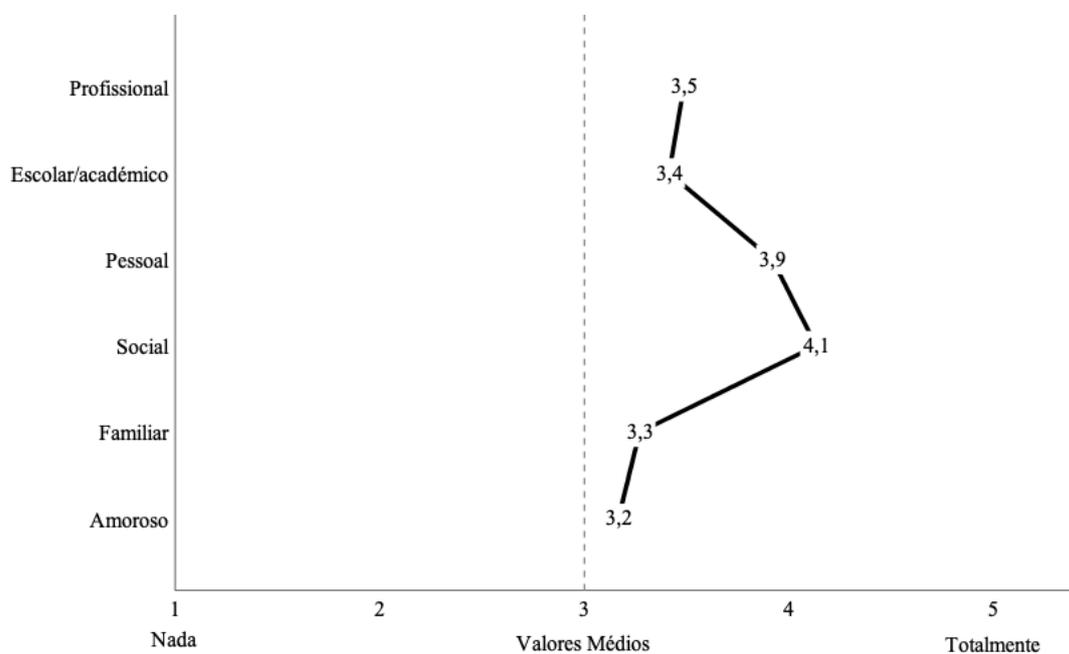


Figura 3.2

Domínios da vida afetados pelo confinamento (valores médios)

3.2. Caracterização dos comportamentos dos jovens adultos

3.2.1. Álcool

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, 64,8% (n = 261) dos participantes referiram consumir álcool. Cruzar esta variável com a variável sexo permitiu concluir que 68,1% dos participantes do sexo masculino afirmaram consumir álcool, comparativamente a 61,8% das participantes do sexo feminino (Quadro 3.3). Contudo, a relação entre estas variáveis não mostrou ser estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = 1,73$, $p = 0,188$).

Relativamente ao período em que foi instaurado o primeiro estado de emergência, em Portugal, é possível concluir que, daqueles que referiram consumir álcool, 27,6% iniciaram este comportamento após o confinamento e 16,1% retomaram o mesmo depois de já o terem cessado. Para a maioria dos participantes, comparativamente ao consumo de álcool anterior ao confinamento, verificou-se que, durante este período, o consumo destes foi muito inferior (42,8%) ou inferior ao habitual (25,5%), com apenas 12,0% dos participantes a descrever a frequência do consumo como superior (9,9%) ou muito superior (2,1%) àquela que mantinham antes do confinamento (Figura 3.3).

Quanto ao impacto que, durante o primeiro estado de emergência, o consumo de álcool exerceu na vida dos participantes, cerca de 84% afirmaram que nunca (71,6%) ou quase nunca (12,6%) deixaram de fazer o esperado devido a este consumo, tendo sido muito poucos aqueles que referiram que tal aconteceu frequentemente (3,6%) ou muito frequentemente (2,7%) (Quadro 3.4).

Quadro 3.3

Distribuição do consumo de álcool segundo o sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
Consumo de álcool	Sim	n	130	131	261
		%	68,1%	61,8%	64,8%
	Não	n	61	81	142
		%	31,9%	38,2%	35,2%
Total		n	191	212	403
		%	100,0%	100,0%	100,0%

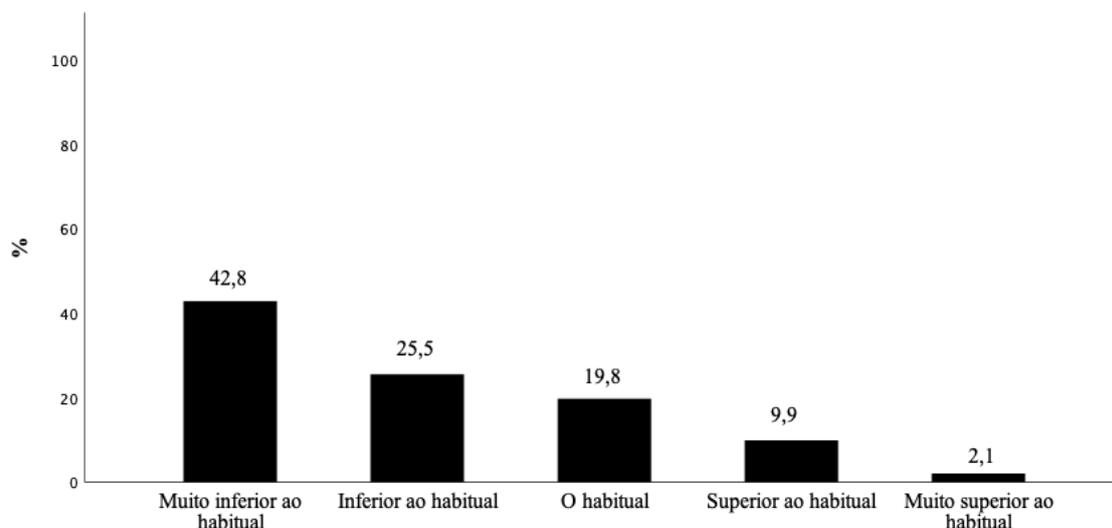


Figura 3.3

Frequência do consumo de álcool durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual

Quadro 3.4

Frequência com que o consumo de álcool levou a que deixasse de fazer o que seria esperado

	n	%
Nunca	159	71,6
Quase nunca	28	12,6
Algumas vezes	21	9,5
Frequentemente	8	3,6
Muito frequentemente	6	2,7
Total	222	100,0

3.2.2. Tabaco

Relativamente ao consumo de tabaco, 27,8% (n=112) dos participantes afirmaram ser fumadores. Comparando homens e mulheres, verifica-se que, 34,0% dos participantes do sexo masculino são fumadores, assim como, 22,2% das participantes do sexo feminino (Quadro 3.5), sendo a relação entre as variáveis estatisticamente significativa, mas de muito fraca intensidade ($\chi^2(1) = 7,04$, $p = 0,008$; V de Cramer = 0,132).

Quanto ao período de tempo em que foi instaurado o primeiro estado de emergência em Portugal, é possível concluir que daqueles que afirmaram fumar, 34,8% iniciaram pela primeira este comportamento durante o confinamento e 27,7% voltaram a

fumar, depois de já terem deixado de o fazer. Para a maioria dos participantes o seu consumo de tabaco, durante este período, foi igual (37,4%) ou superior ao habitual (24,3%); no entanto, existe também um grupo assinalável de cerca de 30% de respondentes que afirmaram que o consumo de tabaco passou a ser muito inferior (17,8%) ou inferior ao habitual (12,1%) (Figura 3.4).

Relativamente ao impacto que o consumo de tabaco exerceu na vida dos participantes, durante o confinamento, cerca de 77,4% referiram que este hábito nunca (68,6%) ou quase nunca (8,8%) os impediu de fazer o que seria esperado, tendo apenas 9,8% e 4,9% dos participantes, respetivamente, afirmado que tal aconteceu frequentemente ou muito frequentemente (Quadro 3.6).

Quadro 3.5

Distribuição do consumo de tabaco em função do sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
Fuma tabaco?	Sim	n	65	47	112
		%	34,0%	22,2%	27,8%
	Não	n	126	165	291
		%	66,0%	77,8%	72,2%
Total	n	191	212	403	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

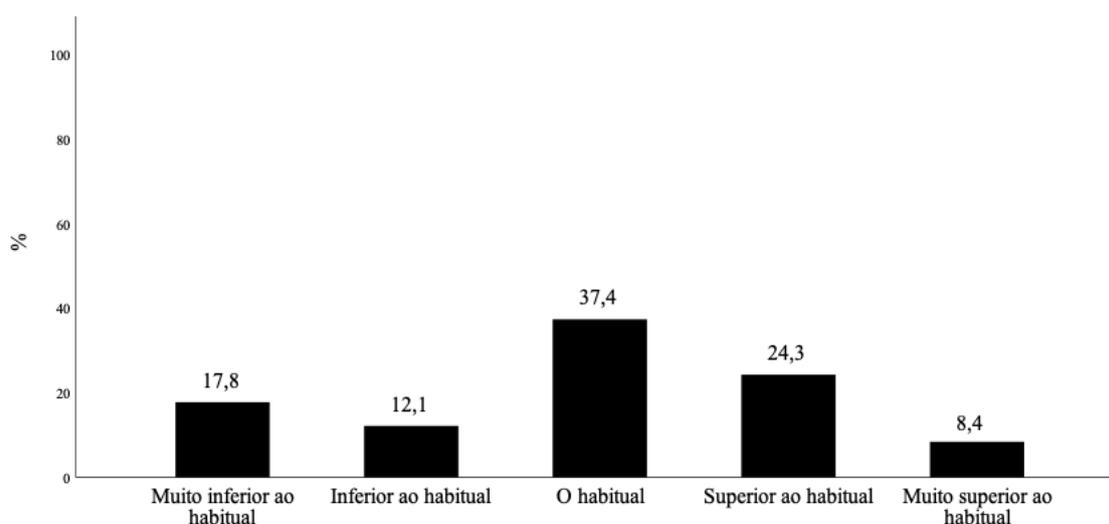


Figura 3.4

Frequência do consumo de tabaco durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual

Quadro 3.6

Frequência com que o consumo de tabaco levou a que deixasse de fazer o que seria esperado

	n	%
Nunca	70	68,6
Quase nunca	9	8,8
Algumas vezes	8	7,8
Frequentemente	10	9,8
Muito frequentemente	5	4,9
Total	102	100,0

3.2.3. Substâncias psicoativas ilícitas

Quanto ao uso de drogas, 19,4% (n = 78) dos participantes afirmaram consumir drogas ilícitas (Quadro 3.7). Entre estes, a canábis é o tipo de droga mais consumido, com 96,2% dos respondentes a assinalarem esta resposta, seguindo-se o *ecstasy*, referido por 14,1% dos respondentes que admitiram um consumo de drogas ilícitas (Quadro 3.8).

Ao relacionar a variável consumo de droga com o sexo foi possível compreender que esta é uma prática mais comum entre os participantes do sexo masculino, entre os quais 24,6% confirmaram consumir drogas ilícitas, para 14,6% das participantes do sexo feminino (Quadro 3.7). A relação entre as duas variáveis revelou ser significativa, mas de muito fraca intensidade ($\chi^2(1) = 6,42, p = 0,011$; V de Cramer = 0,126).

Durante o primeiro estado de emergência instaurado em Portugal, daqueles que referiram consumir drogas ilícitas, 20,5% iniciaram os consumos durante este período e também 20,5% retomaram este comportamento, depois de já o terem deixado. No período de confinamento, o consumo de drogas ilícitas dos participantes foi, na sua maioria, muito inferior (47,2%) ou inferior (26,4%) ao que mantinham antes do primeiro estado de emergência decretado, tendo apenas 7,0% dos participantes descrito a frequência do consumo como superior (5,6%) ou muito superior ao habitual (1,4%) (Figura 3.5).

Relativamente ao impacto que, neste período, o consumo de drogas ilícitas poderia estar a exercer na vida dos participantes, cerca de 75,7% afirmaram que nunca (72,9%) ou quase nunca (2,9%) essa prática os levou a deixar de fazer o que seria esperado, tendo sido muito poucos os que mencionaram que isso aconteceu frequentemente (5,7%) ou muito frequentemente (1,4%) (Quadro 3.9).

Quadro 3.7

Distribuição do consumo de drogas ilícitas segundo sexo

			Sexo		
			Masculino	Feminino	Total
Consome drogas (e.g., canábis, cocaína)?	Sim	n	47	31	78
		%	24,6%	14,6%	19,4%
	Não	n	144	181	325
		%	75,4%	85,4%	80,6%
Total	n	191	212	403	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 3.8

Tipo de drogas consumidas (n = 78)

Drogas	n	%
Canábis	75	96,2
Ecstasy	11	14,1
Cocaína	3	3,8
LSD	2	2,6
Outra	6	7,7

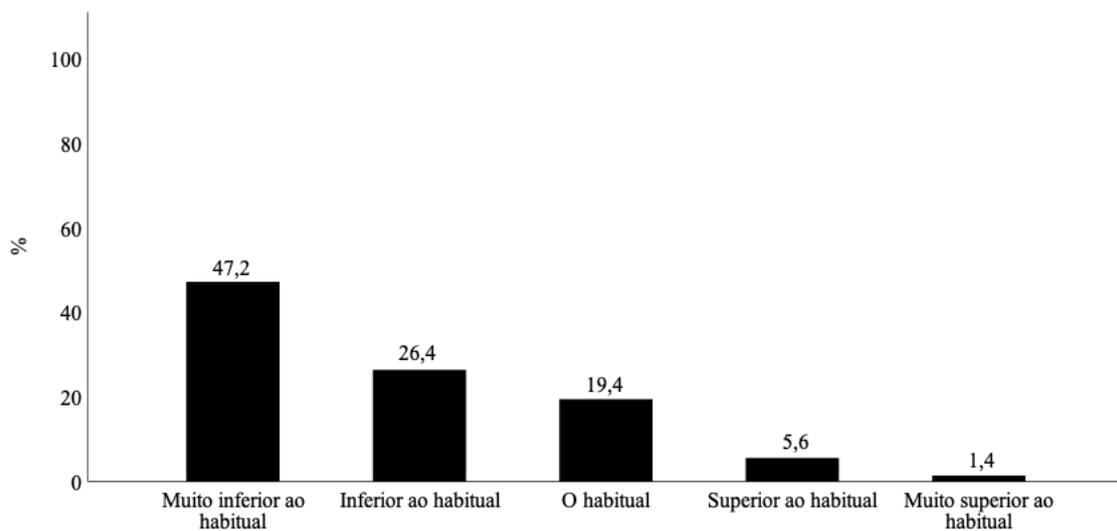


Figura 3.5

Frequência do consumo de drogas ilícitas durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual

Quadro 3.9

Frequência com que o consumo de drogas ilícitas levou a que deixasse de fazer o que seria esperado

	n	%
Nunca	51	72,9
Quase nunca	2	2,9
Algumas vezes	12	17,1
Frequentemente	4	5,7
Muito frequentemente	1	1,4
Total	70	100,0

3.2.4. Jogos online

No que respeita jogar *online*, 44,2% (n = 178) dos participantes referiram ter este comportamento. A análise da relação entre as variáveis jogar *online* e sexo, permitiu perceber que esta é um comportamento claramente masculino; com efeito, 61,3% dos participantes do sexo masculino afirmaram jogar *online*, para apenas 28,8% das participantes do sexo feminino (Quadro 3.10). A relação entre estas duas variáveis revelou ser significativa, embora de fraca intensidade ($\chi^2(1) = 42,99$, $p < 0,001$; V de Cramer = 0,327).

Quanto ao primeiro período de estado de emergência decretado em Portugal, dos participantes que referiram jogar *online*, 41,6% mencionaram ter iniciado este comportamento durante o confinamento e 38,8% retomaram o mesmo, depois de já o terem deixado de fazer. Durante este período, para a maioria dos participantes, o tempo passado a jogar *online* foi superior (36,7%) ou muito superior ao seu habitual (27,7%), sendo que apenas 10,8% dos participantes referiram a frequência do jogo *online* como inferior (6,0%) ou muito inferior ao habitual (4,8%) (Figura 3.6).

No que respeita ao impacto que jogar *online* estaria a exercer na vida dos participantes, nesse momento, 60,2% afirmaram que nunca (45,5%) ou quase nunca (14,7%) deixaram de fazer o que seria esperado devido ao jogo *online*, porém 10,9% dos participantes referiram que tal aconteceu com muita frequência e 9,6% afirmaram que isso aconteceu frequentemente (Quadro 3.11).

Quadro 3.10

Distribuição do comportamento de jogo online em função do sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
Joga jogos <i>online</i> ?	Sim	n	117	61	178
		%	61,3%	28,8%	44,2%
	Não	n	74	151	225
		%	38,7%	71,2%	55,8%
Total	n	191	212	403	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

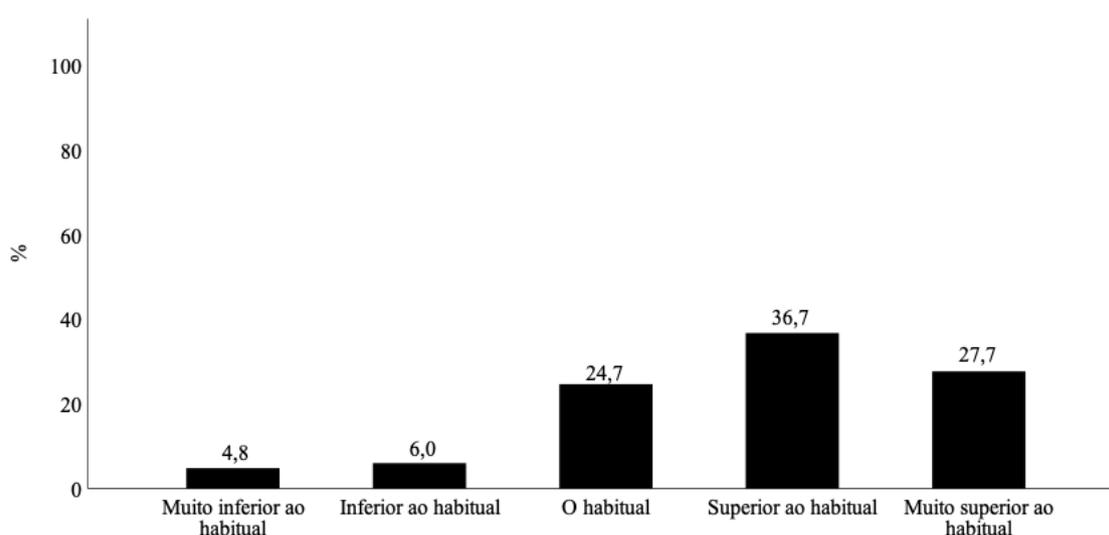


Figura 3.6

Frequência do comportamento de jogo online durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual

Quadro 3.11

Frequência com que o comportamento de jogo online levou a que deixasse de fazer o que seria esperado

	n	%
Nunca	71	45,5
Quase nunca	23	14,7
Algumas vezes	30	19,2
Frequentemente	15	9,6
Muito frequentemente	17	10,9
Total	156	100,0

3.2.5. Jogos *online* a dinheiro

Relativamente ao jogo *online* a dinheiro, apenas 6,2% (n = 25) dos participantes referiram ter este comportamento. Cruzar a variável jogo *online* a dinheiro e a variável sexo mostrou que, 10,5% dos participantes do sexo masculino referem ter esse hábito, comparativamente a 2,4% das participantes do sexo feminino (Quadro 3.12). A relação entre estas duas variáveis mostrou ser significativa, mas muito fraca ($\chi^2(1) = 11,37$ $p = 0,001$; V de Cramer = 0,168).

Quanto ao período em que foi instaurado o primeiro estado de emergência, em Portugal, dos participantes que afirmaram jogar *online* a dinheiro, 28,0% mencionaram ter iniciado este comportamento durante o confinamento e 36,0% retomaram-no depois de já o terem deixado de fazer. A maioria dos participantes afirmaram que, neste período, o tempo passado a jogar *online* a dinheiro foi inferior (31,6%) ou muito inferior (21,1%) àquele que mantinham antes do confinamento, contudo, 26,3% referiram que o tempo que passaram a jogar *online* a dinheiro foi superior (15,8%) ou muito superior ao habitual (10,5%) (Figura 3.7).

Relativamente ao impacto que o jogo *online* a dinheiro exerceu na vida dos participantes durante o confinamento, a maioria referiu que este comportamento nunca (68,2%) ou quase nunca (18,2%) os levou a deixar de fazer o que seria esperado, tendo apenas 4,5% referido que tal aconteceu frequentemente (Quadro 3.13).

Quadro 3.12

Distribuição do comportamento de jogo online a dinheiro em função do sexo

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
Joga jogos <i>online</i> a dinheiro?	Sim	n	20	5	25
		%	10,5%	2,4%	6,2%
	Não	n	171	207	378
		%	89,5%	97,6%	93,8%
Total	n	191	212	403	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

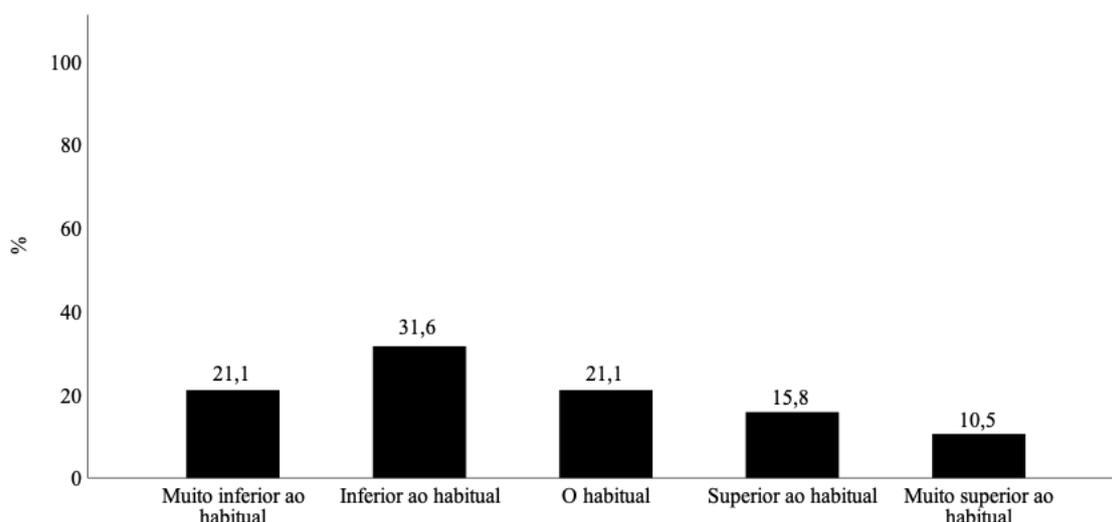


Figura 3.7

Frequência do comportamento de jogo online a dinheiro durante o primeiro estado de emergência em comparação com o habitual

Quadro 3.13

Frequência com que o comportamento de jogo online a dinheiro levou a que deixasse de fazer o que seria esperado

	n	%
Nunca	15	68,2
Quase nunca	4	18,2
Algumas vezes	2	9,1
Frequentemente	1	4,5
Total	22	100,0

3.3. Modelos de Moderação

3.3.1. Análises exploratórias

No Quadro 3.14 podem observar-se as médias, desvio-padrão, mínimo e máximo das sete variáveis em estudo. Importa recordar que a escala, em todas as variáveis, é crescente e varia entre 1 e 5, ou seja, valores mais altos remetem para maior stress percebido, maior satisfação com o suporte social ou maior frequência dos comportamentos de risco. A maioria dos valores das médias encontram-se abaixo do ponto central da escala, à exceção da variável satisfação com o suporte social e frequência do jogo *online*, em que as médias são próximas de 4. O stress percebido apresenta um valor moderado, situando-se precisamente no ponto central da escala.

Quadro 3.14

Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

	N	Min	Max	M	DP
Stress percebido	403	1,2	4,7	3,0	0,67
Satisfação com o suporte social	403	1,5	5,0	3,7	0,65
Frequência do consumo de álcool	243	1,0	5,0	2,0	1,10
Frequência do consumo de tabaco	107	1,0	5,0	2,9	1,19
Frequência do consumo de drogas ilícitas	72	1,0	5,0	1,9	1,01
Frequência do jogo <i>online</i>	166	1,0	5,0	3,8	1,07
Frequência do jogo <i>online</i> a dinheiro	19	1,0	5,0	2,6	1,30

No Quadro 3.15 apresentam-se as correlações entre o stress percebido e a satisfação com o suporte social e os comportamentos de risco. Como se constata, as únicas correlações significativas são entre o stress percebido e a satisfação com o suporte social e entre o stress percebido e a frequência do tempo passado a jogar *online* a dinheiro. No primeiro caso, a correlação é moderada e negativa ($r = -0,38$, $p < 0,001$). De forma semelhante, existe uma correlação negativa e moderada entre o stress percebido e a frequência do tempo passado a jogar *online* a dinheiro ($r = -0,49$, $p = 0,03$). As restantes variáveis mostraram não se correlacionar significativamente com o stress percebido ou com a satisfação com o suporte social, apresentando valores de correlação próximos de zero.

Quadro 3.15

Correlações entre as variáveis em estudo

	Stress percebido	Satisfação com o suporte social	Frequência do consumo de álcool	Frequência do consumo de tabaco	Frequência do consumo de drogas ilícitas	Frequência do jogo <i>online</i>	Frequência do jogo <i>online</i> a dinheiro
Stress percebido	-	-0,38**	0,06	-0,02	0,00	0,04	-0,49*
Satisfação com o suporte social		-	0,08	0,17	0,02	-0,10	0,23

** $p < 0,001$ * $p < 0,05$

3.3.2. Stress percebido, Álcool e Satisfação com o Suporte Social

Num primeiro modelo, pretendeu-se aferir se a satisfação com o suporte social condiciona a relação entre o stress percebido e a frequência do consumo de álcool, durante o primeiro estado de emergência decretado em Portugal, devido à pandemia da COVID-19 (Anexo F).

O modelo construído, apesar de ser estatisticamente significativo ($F(3,239) = 2,859, p = 0,038$), explica apenas 3,5% ($R^2 = 0,035$) da variação da frequência do consumo de álcool, durante este período (Quadro 3.16).

O efeito de interação é positivo e significativo ($B_{interação} = 0,340, t(239) = 2,174, p = 0,031$), ou seja, o efeito do stress percebido na frequência de consumo de álcool é condicionado pela satisfação com o suporte social (moderadora), sendo este efeito de interação responsável pela explicação de 1,9% da variação do consumo de álcool ($\Delta R^2 = 0,019, F(1,239) = 4,727, p = 0,031$).

Este efeito está ilustrado na Figura 3.8, onde é perceptível que para valores altos de satisfação com o suporte social ($M+1DP$) o efeito do stress percebido na frequência de consumo de álcool (único nível em que é significativo) é maior dos que nos outros níveis de satisfação ($B_{alta\ satisfação\ com\ o\ suporte\ social} = 0,350, t(239) = 2,557, p = 0,011$); ou seja, para valores altos de satisfação com o suporte social, estima-se que o aumento de um ponto no stress percebido aumente a frequência do consumo de álcool em 0,350. Porém, quando a satisfação com o suporte social é baixa ($M-1DP$) ($B_{baixa\ satisfação\ com\ o\ suporte\ social} = -0,107, t(239) = -0,637, p = 0,524$) ou média (M) ($B_{média\ satisfação\ com\ o\ suporte\ social} = 0,122, t(239) = 1,094, p = 0,275$), este efeito já não se verifica, isto é, a frequência do consumo de álcool já não varia significativamente com a variação do stress percebido.

Recorreu-se ainda à técnica de Johnson-Neyman para calcular a área de significância do efeito, sendo que o efeito do stress percebido passa a ser significativo quando a satisfação com o suporte social é igual ou superior a 0,287 (como pode ser observado no Anexo F).

De notar que o efeito simples do stress percebido na frequência do consumo de álcool não se verificou significativo ($B = 0,122, t(239) = 1,094, p = 0,275$).

Quadro 3.16

Regressão da frequência do consumo de álcool no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social

Variáveis independentes	Frequência do consumo de álcool	
	B	Erro-padrão
Constante	2,086***	0,075
Stress percebido [A]	0,122	0,111
Satisfação com o suporte social [B]	0,188*	0,112
Efeito de Interação [A*B]	0,340**	0,156
$R^2 =$	0,035**	
$F(3, 239) =$	2,858	

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

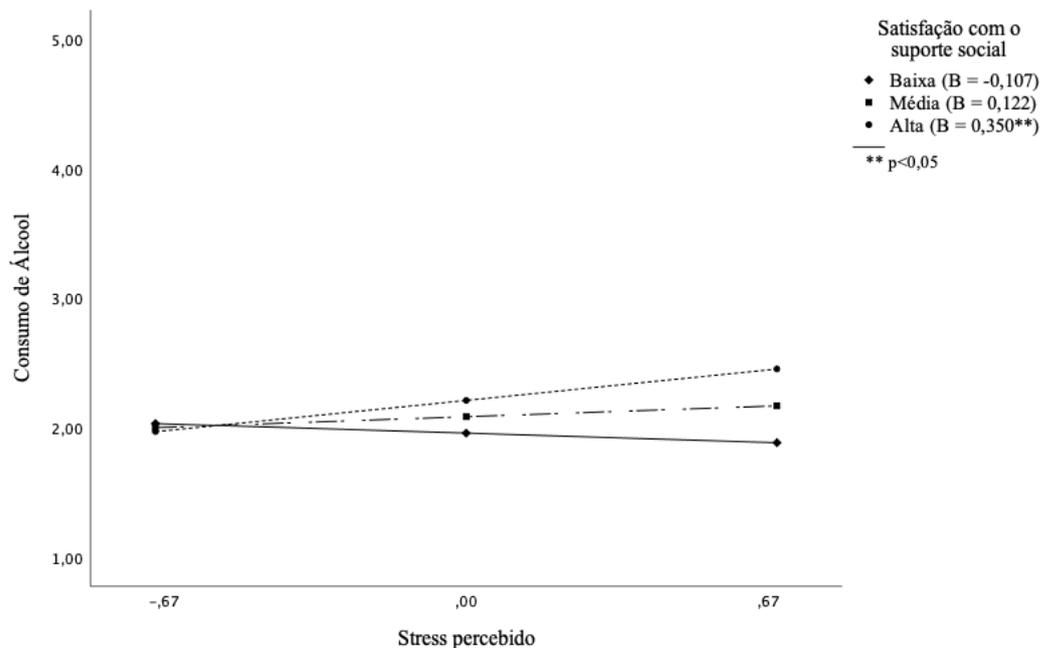


Figura 3.8

Representação visual do efeito do stress percebido na frequência do consumo de álcool nos níveis da moderadora satisfação com o suporte social

3.3.3. Stress percebido, Tabaco e Satisfação com o Suporte Social

O modelo construído para aferir se a satisfação com o suporte social condiciona a relação entre o stress percebido e a frequência de consumo de tabaco (Quadro 3.17), explica apenas 3,8% ($R^2 = 0,038$) da variação da frequência do consumo de tabaco e não é estatisticamente significativo ($F(3,103) = 1,375, p = 0,255$), o que se traduz no facto de nenhum dos efeitos ser significativo,

nem o efeito simples do stress percebido na frequência do consumo de tabaco ($B = -0,040$, $t(103) = -0,196$, $p = 0,845$), nem o efeito de interação ($B = 0,283$, $t(103) = 0,918$, $p = 0,361$). Conclui-se, portanto, que a satisfação com o suporte social não condiciona o efeito do stress percebido na frequência de consumo de tabaco, sendo este constante para qualquer valor de satisfação com o suporte social. Por outras palavras, a satisfação com o suporte social não modera a relação entre o stress percebido e a frequência do consumo de tabaco. Para uma informação mais detalhada consultar o Anexo G.

Quadro 3.17

Regressão da frequência do consumo de tabaco no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social

Variáveis independentes	Frequência do consumo de tabaco	
	B	Erro-padrão
Constante	2,964***	0,119
Stress percebido [A]	-0,040	0,203
Satisfação com o suporte social [B]	0,315	0,185
Efeito de Interação [A*B]	0,283	0,309
$R^2 =$	0,038	
$F(3, 103) =$	1,375	

*** $p < 0,001$

3.3.4. Stress percebido, Drogas ilícitas e Satisfação com o Suporte Social

De modo a verificar se a satisfação com o suporte social afeta a relação entre o stress percebido e a frequência de consumo de drogas ilícitas, construiu-se, igualmente, um modelo de moderação simples (Anexo H). Também neste caso, o modelo estimado, não explica a variação da frequência do consumo de drogas ilícitas ($R^2 \approx 0,000$, $F(3,68) = 0,006$, $p = 0,999$) não sendo significativos nenhum dos efeitos testados, nem o efeito simples do stress percebido na frequência de consumo de drogas ilícitas ($B = -0,003$, $t(68) = -0,015$, $p = 0,988$), nem o efeito de interação ($B = 0,008$, $t(68) = 0,028$, $p = 0,978$) (Quadro 3.18). Assim, a satisfação com o suporte social não condiciona o efeito do stress percebido na frequência do consumo de drogas ilícitas, isto é, a satisfação com o suporte social não modera a relação entre o stress percebido e a frequência de consumo de drogas ilícitas, no decorrer do primeiro estado de emergência decretado em Portugal, devido à pandemia da COVID-19.

Quadro 3.18

Regressão da frequência do consumo de drogas ilícitas no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social

Variáveis independentes	Frequência do consumo de drogas ilícitas	
	B	Erro-padrão
Constante	1,876***	0,123
Stress percebido [A]	-0,003	0,202
Satisfação com o suporte social [B]	0,027	0,203
Efeito de Interação [A*B]	0,008	0,284
$R^2 =$	0,000	
$F(3, 68) =$	0,006	

*** $p < 0,001$

3.3.5. Stress percebido, Jogo *Online* e Satisfação com o Suporte Social

O modelo estimado para perceber se a satisfação com o suporte social exerce influência na relação entre o stress percebido e a frequência do jogo *online*, durante o primeiro estado de emergência decretado em Portugal (Quadro 3.19), explica apenas 1,1% ($R^2 = 0,011$) e, tal como nos modelos anteriores, não é significativo ($F(3,162) = 0,624$, $p = 0,601$), tal como não é significativo o efeito simples do stress percebido na frequência de jogo *online* ($B = -0,005$, $t(162) = -0,038$, $p = 0,970$), ou o efeito de interação ($B = -0,084$, $t(162) = -0,483$, $p = 0,630$). Pelo que, a satisfação com o suporte social não modera a relação entre o stress percebido e a frequência do jogo *online*. Os resultados encontram-se mais detalhados no Anexo I.

Quadro 3.19

Regressão da frequência do jogo online no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social

Variáveis independentes	Frequência do jogo <i>online</i>	
	B	Erro-padrão
Constante	3,747***	0,091
Stress percebido [A]	-0,005	0,130
Satisfação com o suporte social [B]	-0,164	0,146
Efeito de Interação [A*B]	-0,084	0,173
$R^2 =$	0,011	
$F(3, 162) =$	0,624	

*** $p < 0,001$

3.3.6. Stress percebido, Jogo *Online* a dinheiro e Satisfação com o Suporte Social

Por último, o modelo construído para avaliar se a satisfação com o suporte social condiciona a relação entre o stress percebido e a frequência do jogo *online* a dinheiro, no decorrer do primeiro estado de emergência decretado em Portugal, devido à pandemia da COVID-19, não permitiu chegar a resultados conclusivos (Anexo J), dado o número reduzido de casos, claramente inferior ao que seria desejável (Green, 1991). Assim, apresentam-se aqui os resultados (Quadro 3.20), com a ressalva de que os resultados relativos à análise inferencial não são fiáveis.

Destaque-se apenas que, nesta amostra ($n = 19$), o modelo construído explica 28,5% ($R^2 = 0,285$) da variação da frequência do jogo *online* a dinheiro, durante este período, sendo a satisfação com o suporte social responsável pela explicação de uma pequena parte deste valor. Com efeito, a satisfação com o suporte social apenas explica 4,4% da variação da frequência do jogo *online* a dinheiro, durante este período ($\Delta R^2 = 0,044$). Seria importante recolher uma nova amostra para aferir se esta tendência se confirma e se este efeito é ou não significativo.

Quadro 3.20

Regressão da frequência do jogo online a dinheiro no stress percebido e na moderadora satisfação com o suporte social

Variáveis independentes	Frequência do jogo <i>online</i> a dinheiro	
	B	Erro-padrão
Constante	2,506***	0,305
Stress percebido [A]	-0,917	0,932
Satisfação com o suporte social [B]	0,106	0,504
Efeito de Interação [A*B]	-1,148	1,192
$R^2 =$	0,285	
$F(3, 15) =$	1,997	

*** $p < 0,001$

CAPÍTULO 4

Conclusões

O presente estudo tinha como objetivo compreender, de forma exploratória, como o confinamento decretado em Portugal, entre março e maio do corrente ano, foi percebido numa amostra de jovens adultos. Nomeadamente, qual o impacto percebido, nos diferentes domínios de vida dos mesmos e nos sentimentos experienciados durante este período. Mais especificamente, procurou-se, ainda, averiguar qual o impacto do stress percebido na frequência de alguns comportamentos de risco desta amostra, particularmente, no consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e tempo passado a jogar *online* e *online* a dinheiro. Considerando a literatura sobre a satisfação com o suporte social (Cohen & Wills, 1985), pretendeu-se, também, explorar em que medida esta variável moderava a relação entre stress percebido e comportamentos de risco.

Os resultados do estudo quantitativo levado a cabo permitiriam concluir que grande parte dos jovens adultos da amostra percebeu a situação de confinamento como tendo afetado muito ou totalmente os vários domínios da sua vida, com especial destaque para o domínio social e pessoal. Estes resultados parecem destacar o facto de o ser humano ser um ser social (Cacioppo & Hawkley, 2009). Também Glowackz e Schmits (2020), verificaram que durante os primeiros meses da pandemia, os jovens adultos reportaram sentir falta do contacto direto com os amigos, familiares e colegas, não tendo o contacto através das redes sociais sido suficiente. Esta falta de contacto direto parece também explicar alguma da solidão reportada em outros estudos relacionados com o confinamento (*Mental Health Foundation*, 2020). Adicionalmente, o impacto sentido a nível pessoal pode dever-se ao tédio e frustração associados à perda das várias atividades em que os jovens adultos estavam acostumados a participar, dadas as restrições impostas para conter a propagação do vírus (Millar et al., 2020). O ensino à distância pode, igualmente, ter contribuído para a forma como o confinamento foi sentido, não só a nível pessoal, como escolar/académico. Evidências emergentes da pandemia da COVID-19 sugerem que preocupações com a educação, faltar à escola, pressões académicas, incerteza quanto ao futuro profissional e futuro em geral, revelaram ter impacto na saúde mental e no bem-estar dos jovens adultos (The Scottish Youth Parliament et al., 2020). Por sua vez, estas evidências vão igualmente no sentido dos resultados encontrados no inquérito internacional sobre o impacto da COVID-19, ao nível do trabalho, educação direitos e saúde mental. Neste inquérito participaram 12605 jovens adultos de 112 países e foi possível concluir

que a COVID-19 levou a que, um em cada seis jovens adultos, perdesse o emprego desde o início da pandemia e parassem completamente de estudar. Mais de metade dos jovens referiram acreditar que devido à crise pandémica os seus estudos iriam sofrer atrasos, o que teria consequências na transição para o mundo profissional. Globalmente, um em cada dois jovens, revelaram estar sujeitos a experienciar ansiedade e/ou depressão (International Labour Organization, 2020). Estas evidências demonstram a importância de se criarem estruturas gerais numa lógica preventiva, para que se desenvolvam competências úteis que permitam, no futuro, atenuar algum do sofrimento gerado pelo confinamento. Para além de alertarem para a necessidade de se criarem políticas internacionais que protejam os jovens adultos, de modo a que as suas expectativas profissionais não sejam permanentemente prejudicadas pela crise vivida.

No entanto, e considerando os sentimentos experienciados, os resultados encontrados no presente estudo indicam que, embora os jovens adultos considerem que o confinamento afetou grande parte da sua vida e se tenha observado a presença de alguma angústia e irritação entre estes, existiu uma maior prevalência dos sentimentos positivos (i.e., tranquilo e esperançoso) em detrimento dos negativos (e.g., assustado). Estes resultados parecem estar em linha com o observado num estudo realizado com a população indiana, em que, embora alguns sentimentos negativos tenham sido reportados (e.g., medo, tristeza), os sentimentos positivos tiveram um maior destaque (Arora et al., 2020). A literatura tem demonstrado que a confiança nas autoridades governamentais e a perceção da sua capacidade para lidar com surtos pandémicos, exercem um impacto direto na forma como os cidadãos adotam comportamentos preventivos, para combater e controlar a propagação da doença (Morganstein et al., 2017). Portugal, em comparação com outros países (e.g., Espanha ou Itália), atuou cedo, no que respeita a adoção de medidas de contenção e mitigação da pandemia da COVID-19 (Peixoto et al., 2020) no início da mesma. As autoridades governamentais portuguesas procuraram atualizar, diariamente, os portugueses face ao que estava a acontecer e informar quanto às dificuldades que poderiam surgir. Ações como estas parecem ter aumentado a adesão às medidas de isolamento e confinamento, também perceptíveis neste estudo, com a maioria dos participantes a referir ter adotado um isolamento parcial (Peixoto et al., 2020). Neste sentido, acredita-se que a confiança nas autoridades governamentais pode explicar, em parte, a prevalência de sentimentos como a tranquilidade e a esperança, entre os jovens adultos. Para além disso, importa ter em consideração que os dados do presente estudo foram recolhidos já nas últimas semanas do primeiro estado de emergência. Neste período, os jovens adultos já tinham conhecimento de que estava a ser pensado, de forma gradual, um fim do confinamento,

o que lhes permitiria retomar algumas das suas atividades. Regra geral, também nesse período, se observou uma diminuição do número de casos diários de infetados pela COVID-19. Ainda, se observarmos as características da presente amostra, percebemos que a grande maioria nunca esteve infetado com a COVID-19 ou conhecia alguém que estivesse estado, o que pode igualmente contribuir para uma maior tranquilidade e esperança durante este período.

Ao mesmo tempo, o facto de os resultados indicarem uma predominância de sentimentos positivos, pode ajudar a explicar o facto da perceção de stress percebido não ter sido elevada, não existindo grande variabilidade nas respostas dadas sobre esta variável. Os resultados do presente estudo apontam, também, para uma associação negativa e significativa entre o stress percebido e a satisfação com o suporte social, o que sugere que esta última variável parece ter funcionado como um fator protetor neste período adverso (Alves & Dell’Aglia, 2015).

Embora a investigação existente, apontasse para uma relação positiva e significativa do stress percebido com cada um dos comportamentos de risco mencionados (e.g., Keyes et al., 2011; Király et al., 2020; Stubbs et al., 2017), considerar as características únicas vivenciadas durante o período de confinamento ocorrido de março a maio do presente ano, assim como, o carácter homogéneo da presente amostra (i.e., pouca variabilidade dos resultados no que respeita o stress percebido e a frequência dos comportamentos de risco descritos), parece explicar o porquê de o stress percebido, por si só, não ter demonstrado exercer uma influência estatisticamente significativa na frequência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, nem no tempo passado a jogar *online*, dos jovens adultos. Ressalva-se, ainda, que no que respeita o jogo *online* a dinheiro, não foi possível chegar a conclusões concretas, dada a baixa representatividade deste comportamento na presente amostra.

A ausência de uma relação significativa entre as variáveis apresentadas, parece explicar em parte a ausência de efeitos de interação. Na medida em que, dificilmente, a satisfação com o suporte social poderia moderar as relações entre o stress percebido e os vários comportamentos descritos, quando estas não se verificaram significativas. Com o stress a explicar em todos os casos pouco da variação da frequência dos vários comportamentos. Porém, a introdução da variável satisfação com o suporte social, no modelo estimado para compreender a variação da frequência do consumo de álcool, durante o primeiro estado de emergência, revelou-se uma mais valia. Neste caso, foi possível concluir que uma alta satisfação com o suporte social, leva a que os jovens adultos com maiores níveis de stress aumentem a frequência

do consumo de álcool. Este resultado, como visto na revisão de literatura, pode ser explicado pela tolerância/aceitação social face ao consumo de álcool e uma baixa percepção de risco relativamente ao mesmo, favorecendo a ideia de que o consumo de álcool é um comportamento normativo (Cabral, 2004). Esta aceitação e baixa percepção do risco pode estar associada a um consumo generalizado do álcool nas várias faixas etárias da população portuguesa, onde o álcool demonstra ser parte integrante da cultura. Pois, de acordo com Mello e colaboradores (2001), em Portugal, a cultura da vinha tem já tradições muito antigas, o álcool surge associado a todo o tipo de eventos e é uma substância de fácil acesso, até por vezes imposta como um meio de comunicação, geralmente associado ao ato de “bem-receber”.

Especificamente, a ausência de uma relação positiva e significativa do stress percebido com a frequência do consumo de álcool e uso de drogas ilícitas, pode estar relacionada com a diminuição da frequência da prática de tais comportamentos durante o primeiro confinamento, referido pela maioria dos jovens adultos. Estes resultados parecem ir ao encontro do já reportado pelo SICAD (2020a), com a faixa etária dos mais jovens (18-24 anos) a ser os que mais diminuíram o consumo de álcool, apesar de se ter verificado noutros estudos um aumento do consumo entre os adultos de meia idade e mais velhos (Glowacz & Schmits, 2020) e em indivíduos com um maior número de filhos, desempregados e com obrigações domésticas (e.g., Vanderbruggen et al., 2020). Também, os resultados preliminares apresentados pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2020), sobre o impacto da COVID-19 nos padrões de uso de drogas e potenciais riscos associados aos mesmos, sugerem um declínio do uso das drogas ilícitas na Europa. Uma das principais explicações para estes resultados parece estar subjacente ao facto de, tanto o álcool como as drogas ilícitas, serem, sobretudo entre os mais jovens, substâncias preferencialmente consumidas em contextos sociais (EMCDDA, 2020; Pimentel et al., 2013). O fecho de cafés, bares e discotecas, assim como, a suspensão das aulas presenciais e o encerramento das residenciais universitárias, decorrentes das medidas preventivas da pandemia da COVID-19, podem, assim, explicar a diminuição deste comportamento, dado o impedimento de contacto e encontros entre os jovens adultos (Clay & Parker, 2020; EMCDDA, 2020). A preocupação por manter um estilo de vida mais saudável durante o período pandémico (SICAD, 2020a) e o facto do Governo português, à semelhança do observado noutras partes do mundo, ter colocado restrições à venda de bebidas alcoólicas (e.g., a impossibilidade de adquirir bebidas alcoólicas em qualquer estabelecimento comercial depois das oito da noite), podem, também, representar outros fatores explicativos para o decréscimo do consumo de álcool (Garcia & Sanchez, 2020). Já com o fecho das fronteiras pode ter ocorrido uma desorganização dos mercados de droga de rua, provocando um declínio

na disponibilidade de algumas substâncias ilícitas e o aumento dos seus preços (EMCDA, 2020). E, ao considerar-se que a maioria dos participantes mora, ainda, com pelo menos um dos seus pais, uma maior supervisão por parte destes pode explicar, igualmente, o decréscimo da frequência destes consumos, uma vez que a supervisão familiar constitui um fator protetor no que respeita o consumo de drogas ilícitas (Malta et al., 2014).

Embora se tenha verificado um decréscimo do consumo destas duas substâncias, não deixa de ser importante considerar que, na presente amostra, o álcool surge como a substância psicoativa mais prevalente e o consumo de drogas ilícitas apresenta uma prevalência ligeiramente superior face a investigações anteriores (e.g., SICAD, 2017). Neste sentido, considera-se que seria importante compreender qual o impacto que a pandemia poderá representar a longo prazo nestes comportamentos, tendo em conta que a literatura aponta para o facto de aqueles que se abstiveram ou diminuíram o uso de substâncias psicoativas, puderem retomar ou adotar consumos excessivos, quando o quotidiano retomar as suas características habituais e as restrições à circulação e aos encontros sociais forem definitivamente levantadas (EMCDDA, 2020; Haider et al., 2020). Neste sentido, acredita-se que estes comportamentos devem ser mantidos sob supervisão no período pós-pandémico, sendo fulcral a apresentação por parte das autoridades governamentais, de recomendações para a saúde pública referentes ao risco do consumo excessivo em contextos sociais entre os jovens adultos (EMCDDA, 2020).

Relativamente à frequência do consumo de tabaco, este foi o comportamento que demonstrou uma maior variabilidade ao nível das respostas. Apesar da maioria dos participantes, durante o primeiro estado de emergência, ter reportado que o seu consumo de tabaco se manteve igual ou foi superior ao habitual, não podem deixar de ser considerados aqueles que referiram que o seu consumo foi muito inferior ou inferior ao habitual. Estes dados espelham alguns dos resultados já presentes na literatura que sugerem diferentes reações dos fumadores perante a pandemia da COVID-19 (e.g., Bommelé et al., 2020). Por um lado, Vanderbruggen e colaboradores (2020), demonstraram um aumento marginal do consumo de cigarros durante o confinamento, em comparação com o habitual, com o grupo de jovens adultos a surgir como o grupo onde o aumento foi maior. Alguns fatores explicativos para estes resultados, prendem-se com o aborrecimento, vista como a principal causa apresentada, assim como a restrição imposta ao movimento dos indivíduos, que se acredita ter estimulado o aumento deste comportamento (Bommelé et al., 2020; Vanderbruggen et al., 2020). No entanto, também existem fumadores que reportaram fumar menos durante este período. Estes resultados

podem ser explicados pelo medo de que fumar, pode estar associado a uma maior suscetibilidade de contrair a doença da COVID-19, ou que, em caso de infecção, pode agravar os sintomas e resultar em consequências mais nefastas, devido à implicação do sistema respiratório nesta doença e o impacto que fumar tem no mesmo (Bommelé et al., 2020). Importa, no entanto, referir que ao contrário do presente estudo, Bommelé e colaboradores (2020), encontraram uma associação significativa entre o stress e o aumento e redução do consumo de tabaco, independentemente da dificuldade percebida para parar de fumar ou do nível de motivação para o fazer. Esta associação significativa pode dever-se a uma maior variação do stress percebido na respetiva amostra, a mesma ser apenas composta por fumadores ou ex-fumadores que deixaram de fumar há um ano e considerar participantes das várias faixas etárias (i.e., apenas tinham de ser maiores de 18 anos).

Ao contrário do observado no consumo de álcool e drogas ilícitas, a maioria dos participantes referiram que o tempo que passaram a jogar *online* foi superior ou muito superior ao habitual, estando estes resultados em linha com outros estudos realizados com jovens adultos (SICAD, 2020b; Balhara et al., 2020). Para além do aumento da frequência do jogo *online*, os jovens adultos do presente estudo referiram, ainda, que este foi o comportamento que mais impactou a sua vida, durante o primeiro estado de emergência, com mais de 20% dos participantes, que referiram jogar *online*, a afirmar ter deixado de fazer o que seria esperado frequente ou muito frequentemente, devido a este comportamento. Considera-se que estes dados são de superior interesse, na medida em que existem evidências de que alguns comportamentos *online*, quando transpõem as barreiras do autocontrolo, podem levar a que se desenvolva um problema e dependência (APA, 2014; Patrão, 2018), sendo este risco sobretudo alto para os jovens adultos, se considerarmos o período do ciclo de vida onde se encontram (Patrão, 2018). Neste sentido, reforça-se a importância de existir uma atenção redobrada, principalmente, por parte dos pais, mas também dos próprios jovens, quanto ao tipo de comportamentos adotados por estes últimos ao nível do jogo *online* e, também, a importância de se desenvolverem estratégias preventivas e recursos, que informem os jovens adultos quanto aos riscos associados a este comportamento (Almeida, 2018). Destaca-se, assim, a necessidade de continuar a observar a evolução deste comportamento no decorrer da pandemia da COVID-19, considerando que seria de especial interesse, nomeadamente para os profissionais de saúde (e.g., psicólogos) e entidades responsáveis por lidar com comportamentos aditivos, prestar uma atenção redobrada quanto aos padrões de comportamento patológico de jogo *online*, que possam surgir no período pós-pandémico. Para além disso, desenvolverem-se estruturas na comunidade poderiam ser uma mais valia, uma vez que os grupos de autoajuda têm

demonstrado ser benéficos no tratamento da adição do jogo *online*, especificamente, se conjugados com a terapia individual (Antunes, 2019).

Importa mencionar que outras das evidências encontradas, que geram, igualmente, preocupação, prendem-se com a prevalência dos comportamentos que foram iniciados ou retomados, durante o primeiro estado de emergência decretado em Portugal. No caso das substâncias psicoativas destaca-se que foram vários os participantes que referiram ter iniciado ou retomado o consumo de tabaco, mas não deixa de ser relevante considerar, igualmente, aqueles que iniciaram ou retomaram o consumo de álcool ou de drogas ilícitas. Já no âmbito dos comportamentos *online*, regra geral, as prevalências daqueles que iniciaram ou retomaram estes comportamentos foram superiores às observadas para o consumo de substância psicoativas. Neste sentido, seria útil investigar que fatores psicossociais possam ter originado este padrão, durante este período, e que riscos podem surgir associados ao mesmo.

Por último, a presente análise pretendeu caracterizar, de forma geral, os comportamentos dos jovens adultos relacionados com o consumo de substâncias psicoativas e os comportamentos *online* de jogo e jogo a dinheiro, com o objetivo de contribuir com informação atual sobre os mesmos. Concluiu-se que os resultados encontrados, embora com prevalências regra geral mais baixas, vão ao encontro do demonstrado pela investigação ao longo dos anos (e.g., Lopes, 2012; SICAD, 2017, 2020c), sendo as prevalências destes comportamentos, na presente amostra, também, mais altas para os participantes do sexo masculino em comparação com as participantes do sexo feminino.

À semelhança de outros estudos, também este apresenta algumas limitações, que deverão ser tidas em consideração para estudos futuros. Primeiramente, trata-se de um estudo desenvolvido com base em medidas de autorrelato. Tal pode refletir alguma desejabilidade social, sobretudo, quando são abordados temas pessoais, como é o caso do consumo de substâncias psicoativas (Almiro, 2017).

A forma como se procurou aceder às alterações na frequência dos vários comportamentos, comparativamente ao habitual, pode também ser considerada uma limitação do presente estudo. Uma vez que os participantes foram apenas questionados quanto à alteração da frequência dos seus comportamentos, com recurso a uma escala de resposta do tipo Likert que variava entre “1=Muito inferior ao habitual” e “5=Muito superior ao habitual”. Neste caso, considera-se que poderia ter sido útil quantificar estes comportamentos (e.g., “Quantos cigarros fumava, por dia, antes do primeiro estado de emergência ser decretado?” e “Por dia,

quantos cigarros fuma atualmente?”), até para obter informação quanto à intensidade dos mesmo.

Por sua vez, considera-se que teria sido uma mais valia observar a evolução das variáveis em estudo ao longo dos últimos meses, pelo que se deveria ter optado por um estudo longitudinal. Dado que as medidas atuais não são tão restritivas como as do primeiro estado de emergência, poderia assistir-se a uma maior variabilidade das respostas e, conseqüentemente, a algumas alterações nas relações entre as variáveis em estudo. Tal metodologia, permitiria, ainda, perceber o que os jovens adultos estão a sentir e de que forma estão a ser afetados por este período, ao considerarmos a evolução do contexto pandémico. Isto revela-se, especialmente, importante, se considerarmos que a fadiga pandémica (i.e., sentimento de sobrecarga, associado a uma vigilância constante, e cansaço, dadas as alterações provocadas no quotidiano e necessidade de cumprir com as restrições impostas) é, cada vez mais, uma realidade atual (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

Ao longo da discussão foram já sendo referidos alguns aspetos a ser considerados em investigações futuras. A esses acresce-se a importância de considerar outras variáveis individuais, como a depressão e a ansiedade (Király et al., 2020; Vanderbruggen et al., 2020) habilitações literárias, situação laboral ou constituição do agregado familiar (Vanderbruggen et al., 2020), que possam explicar a variação dos comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas, jogos *online* e jogos *online* a dinheiro, dos jovens adultos, durante a pandemia da COVID-19 (Vanderbruggen et al., 2020). Para além de se revelar fundamental, aceder a que motivos possam ter estado por detrás de um aumento, diminuição ou manutenção da frequência dos comportamentos abordados.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. (2018). *Dependência a videojogos e a percepção de satisfação com o suporte social em adolescentes* (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.19/6057>
- Almiro, P. A. (2017). Editorial: Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(03), 253–386. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Alvarez, S., Gomes, G., & Xavier, D. (2014). Causes of addiction and its consequences for the user and the family. *Journal of Nursing UFPE*, 8(3), 641–648. <https://doi.org/10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201419>
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Revista de Psicologia Da IMED*, 7(2), 89–98. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p89-98>
- American Psychiatric Association. (2014). Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. In *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5* (5ª Ed.) (pp. 481–591). Artmed.
- Antunes, J. (2019). Game addiction - new challenges in an old problem. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(1), 33–46. <https://doi.org/10.15309/19psd200103>
- Arnett, J. J. (1997). Young people’s conceptions of the transition to adulthood. *Youth & Society*, 29(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/0044118x97029001001>
- Arnett, J. J. (2006). The psychology of emerging adulthood: What is known, and what remains to be known? *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century.*, 303–330. <https://doi.org/10.1037/11381-013>
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2ª ed.). Oxford University Press.
- Arora, A., Chakraborty, P., Bhatia, M. P. S., & Mittal, P. (2020). Role of emotion in excessive use of twitter during COVID-19 imposed lockdown in India. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00174-3>
- Australian Psychological Society. (2012). *Understanding and managing stress*. [https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/stresstipsheet\(aps\).pdf?sfvrsn=2](https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/stresstipsheet(aps).pdf?sfvrsn=2)
- Balhara, Y. P. S., Kattula, D., Singh, S., Chukkali, S., & Bhargava, R. (2020). Impact of lockdown following COVID-19 on the gaming behavior of college students. *Indian Journal of Public Health*, 64(6), 172–176. <https://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/172/285596>
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em portugal. Prevalências e padrões de consumo, 2001-2007*. Instituto da Droga e da Toxicodpendência. http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/124/Monografia.pdf
- Billieux, J., Flayelle, M., Rumpf, H.-J., & Stein, D. J. (2019). High involvement versus pathological involvement in video games: A crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. *Current Addiction Reports*, 6(3), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00259-x>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction

- research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123.
<https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Blasi, M. D., Giardina, A., Giordano, C., Coco, G. L., Tosto, C., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2019). Problematic video game use as an emotional coping strategy: Evidence from a sample of MMORPG gamers. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 25–34.
<https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.02>
- Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., & Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(4), 331–340. <https://doi.org/10.1097/00006842-198707000-00002>
- Bommelé, J., Hopman, P., Hipple Walters, B., Geboers, C., Croes, E., Fong, G., Quah, A., & Willemsen, M. (2020). The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tobacco Induced Diseases*, 18, 1–5.
<https://doi.org/10.18332/tid/125580>
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521–537. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Buchanan, T. W., McMullin, S. D., Baxley, C., & Weinstock, J. (2020). Stress and gambling. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 8–12.
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.09.004>
- Bults, M., Beaujean, D. J. M. A., Richardus, J. H., & Voeten, H. A. C. M. (2015). Perceptions and behavioral responses of the general public during the 2009 Influenza A (H1N1) pandemic: A systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(2), 207–219. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.160>
- Cabral, L. R. (2004). Alcoolismo juvenil. *Revista Millenium*, 30, 172–188.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8444>
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2014). Mom, dad it’s only a game! Perceived gambling and gaming behaviors among adolescents and young adults: An exploratory study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 772–794.
<https://doi.org/10.1007/s11469-014-9509-y>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>
- Canale, N., Marino, C., Griffiths, M. D., Scacchi, L., Monaci, M. G., & Vieno, A. (2019). The association between problematic online gaming and perceived stress: The moderating effect of psychological resilience. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 174–180.
<https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.01>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>

- Charles, N. E., Strong, S. J., Burns, L. C., Bullerjahn, M. R., & Serafine, K. M. (2020). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*, 1–38. <https://doi.org/10.31234/osf.io/rge9k>
- Cheng, S. K. W., Wong, C. W., Tsang, J., & Wong, K. C. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine*, *34*(7), 1187–1195. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002272>
- Clay, J. M., & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *The Lancet Public Health*, *5*(5), 259. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30088-8)
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, *298*(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253–267). Erlbaum.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31–67). SAGE Publications.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, *38*(4), 1912–1919. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Correia, D. (2016). *Comportamentos desviantes na adolescência: Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas* (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.11/5420>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, *14*(6), 761–775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, *11*(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326–349). Cambridge University Press.
- Edgerton, J. D., Keough, M. T., & Roberts, L. W. (2018). Co-development of problem gambling and depression symptoms in emerging adults: A parallel-process latent class growth model. *Journal of Gambling Studies*, *34*(3), 949–968. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9760-4>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *European drug report 2020: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/420678>
- Ferrero, J., Barreto, M. P., & Toledo, M. (1998). Estrés y salud. In P. B. Martín, J. Martínez, & M. T. Aliaga (Eds.), *Intervención en psicología clínica y salud* (pp. 9–58). Promolibro.
- Figueiredo, P. R., Tolomeo, S., Steele, J. D., & Baldacchino, A. (2020). Neurocognitive consequences of chronic cannabis use: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *108*, 358–369. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.014>
- Filho, V., Campos, W., & Lopes, A. (2012). Prevalence of alcohol and tobacco use among brazilian adolescents: A systematic review. *Rev Saúde Pública*, *46*(5), 901–917. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/18.pdf>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, *19*(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Framingham, J., & Teasley, M. L. (2012). *Behavioral Health Response to Disasters* (1^a ed.). CRC Press.
- Franco, M. H. P. (2012). Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto. *O Mundo Da Saúde*, *36*(1), 54–58. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20123615458>
- Freitas, R., Nascimento, D., & Santos, P. (2012). Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de instituições de ensino superior (públicas e privadas), no município de Picos, Piauí. *SMAD, Revista Eletrônica En Salud Mental, Alcohol y Drogas*, *8*(2), 79–86. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80328817005>
- Gainsbury, S. M., Russell, A., Hing, N., Wood, R., Lubman, D., & Blaszczynski, A. (2015). How the internet is changing gambling: Findings from an Australian prevalence survey. *Journal of Gambling Studies*, *31*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9404-7>
- Gallo, L. C., Roesch, S. C., Fortmann, A. L., Carnethon, M. R., Penedo, F. J., Perreira, K., Birnbaum-Weitzman, O., Wassertheil-Smoller, S., Castañeda, S. F., Talavera, G. A., Sotres-Alvarez, D., Daviglius, M. L., Schneiderman, N., & Isasi, C. R. (2014). Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic community health study/study of latinos sociocultural ancillary study. *Psychosomatic Medicine*, *76*(6), 468–475. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000069>
- Garcia, L. P., & Sanchez, Z. M. (2020). Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: A necessary reflection for confronting the situation. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(10), 1–6. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00124520>
- Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry Research*, *293*, 113486. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113486>
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, *26*(3), 499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
- Gu, J., Zhong, Y., Hao, Y., Zhou, D., Tsui, H., Hao, C., Gao, Q., Ling, W., & Lau, J. T. F. (2015). Preventive behaviors and mental distress in response to H1N1 among university students in Guangzhou, China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *27*(2), 1867–1879. <https://doi.org/10.1177/1010539512443699>

- Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), 1–5. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.covid19-s4.2756>
- Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H. (2010). The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, 105(8), 1466–1471. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02979.x>
- Hakansson, A., Fernández-Aranda, F., Menchón, J. M., Potenza, M. N., & Jiménez-Murcia, S. (2020). Gambling during the COVID-19 crisis – A cause for concern. *Journal of Addiction Medicine*, 14(4), 10–12. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000690>
- Hayes, A. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. The Guilford Press.
- Hayes, A. (2018). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis. A regression-based approach* (2^a ed.). The Guilford Press.
- Hing, N., Cherney, L., Blaszczyński, A., Gainsbury, S. M., & Lubman, D. I. (2014). Do advertising and promotions for online gambling increase gambling consumption? An exploratory study. *International Gambling Studies*, 14(3), 394–409. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.903989>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5)
- Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(4), 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.005>
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 26.0*. IBM. Corp.
- International Labour Organization. (2020). *Youth & COVID-19: Impacts on jobs, education, rights and mental well-being*. https://www.ilo.org/global/topics/youth-employment/publications/WCMS_753026/lang--en/index.htm
- Islam, S. M. D.-U., Bodrud-Doza, M., Khan, R. M., Haque, M. A., & Mamun, M. A. (2020). Exploring COVID-19 stress and its factors in Bangladesh: A perception-based study. *Heliyon*, 6(7), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04399>
- Jauregui, P., Onaindia, J., & Estévez, A. (2017). Adaptive and maladaptive coping strategies in adult pathological gamblers and their mediating role with anxious-depressive symptomatology. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1081–1097. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9675-5>
- Kanadiya, M. K., & Sallar, A. M. (2010). Preventive behaviors, beliefs, and anxieties in relation to the swine flu outbreak among college students aged 18–24 years. *Journal of Public Health*, 19(2), 139–145. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0373-3>
- Kapsomenakis, A., Simos, P. G., Konstantakopoulos, G., & Kasselimis, D. S. (2018). In search of executive impairment in pathological gambling: A neuropsychological study on non-treatment seeking gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 34(4), 1327–1340. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9758-y>
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2236-1>

- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 184–186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
- Király, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., Griffiths, M. D., Gjoneska, B., Billieux, J., Brand, M., Abbott, M. W., Chamberlain, S. R., Corazza, O., Burkauskas, J., Sales, C. M. D., Montag, C., Lochner, C., Grünblatt, E., Wegmann, E., ... Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry, 100*, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>
- Király, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Ágoston, C., Nagygyörgy, K., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2015). The mediating effect of gaming motivation between psychiatric symptoms and problematic online gaming: An online survey. *Journal of Medical Internet Research, 17*(4), 1–15. <https://doi.org/10.2196/jmir.3515>
- Ko, C.-H., & Yen, J.-Y. (2020). Impact of COVID-19 on gaming disorder: Monitoring and prevention. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 187–189. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00040>
- Kopak, A. M., & Van Brown, B. (2020). Substance use in the life cycle of a disaster: A research agenda and methodological considerations. *American Behavioral Scientist, 64*(8), 1095–1110. <https://doi.org/10.1177/0002764220938109>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Lake, M. A. (2020). What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine, 20*(2), 124–127. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>
- Lanctot, J. Q., Stockton, M. B., Mzayek, F., Read, M., McDevitt-Murphy, M., & Ward, K. (2008). Effects of disasters on smoking and relapse. *American Journal of Health Education, 39*(2), 91–94. <https://doi.org/10.1080/19325037.2008.10599020>
- Lau, J. T. F., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E., & Wing, Y. K. (2005). SARS related perceptions in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases, 11*(3), 417–424. <https://doi.org/10.3201/eid1103.040675>
- Lau, J. T., Griffiths, S., Choi, K. C., & Tsui, H. Y. (2010). Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. *BMC Infectious Diseases, 10*(1), 139–151. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-139>
- Lawless, M. H., Harrison, K. A., Grandits, G. A., Eberly, L. E., & Allen, S. S. (2015). Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive Behaviors, 51*, 80–83. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.011>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research, 6*(4), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry, 87*, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W., Ng, D. M., & Fielding, R. (2014). Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza

- A/H1N1 pandemic in Hong Kong: Ten cross-sectional surveys. *BMC Infectious Diseases*, 14(1), 169. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-169>
- Lloret, D., Morell, R., Moriano, J., Languía, A., Ardizzone, L., Rodríguez, M., Dias, P., & Cicu, G. (2016). *Efficacy assessment of “Pasa la vida”: A selective prevention program for cannabis use – CAPPYC Project*. European Society for Prevention Research. <https://euspr.org/wp-content/uploads/2015/11/EUSPR-Conference-Booklet-2016-WEB.pdf>
- Lopes, P. (2012). *Videojogos e desenvolvimento de competências: Estudo sobre a perspetiva dos estudantes universitários* (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.2/2335>
- Madhav, N., Oppenheim, B., Gallivan, M., Mulembakani, P., Rubin, E., & Wolfe, N. (2017). Pandemics: Risks, impacts, and mitigation. In D. T. Jamison, H. Gelband, S. Hurton, J. P., R. Laxminarayan, C. H. Mock, & R. Nugent (Eds.), *Disease control priorities: Improving health and reducing poverty* (3^aed., pp. 315–345). World Bank Group. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch17
- Malta, D. C., Oliveira-Campos, M., Prado, R. R., Andrade, S. S. C., Mello, F. C. M., Dias, A. J. R., & Bomtempo, D. B. (2014). Psychoactive substance use, family context and mental health among brazilian adolescents, national adolescent school-based health survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(1), 46–61. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050005>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. <http://hdl.handle.net/10400.12/133>
- Marques, A., Silva, B., & Marques, N. (2011). A influência dos videojogos no rendimento escolar dos alunos: Uma experiência no 2º e 3º ciclo do ensino básico. *Educação, Formação & Tecnologias*, 4(1), 17–27. <http://eft.educom.pt>
- McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Wong, J. W. S., & Chua, S. E. (2005). Psychological morbidity related to the SARS outbreak in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 35(3), 459–461. <https://doi.org/10.1017/s0033291704004362>
- McIntosh, D., Horowitz, J., & Kaye, M. (2017). *Stress: The psychology of managing pressure* (1^a ed.). Dorling Kindersley.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direção-Geral de Saúde.
- Mendes, F., & Lopes, M. (2014). Vulnerabilidades em saúde: O diagnóstico dos caloiros de uma universidade portuguesa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 74–82. http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/12804/1/pt_0104-0707-tce-23-01-00074.pdf
- Mental Health Foudation. (2020). *Coronavirus: Mental health in the pandemic*. <https://www.mentalhealth.org.uk/our-work/research/coronavirus-mental-health-pandemic>
- Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (2009). *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions*. Springer.
- Milivojevic, V., & Sinha, R. (2018). Central and peripheral biomarkers of stress response for addiction risk and relapse vulnerability. *Trends in Molecular Medicine*, 24(2), 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2017.12.010>
- Millar, R., Quinn, N., Cameron, J., & Colson, A. (2020). *Considering the evidence of the impacts of lockdown on the mental health and wellbeing of children and young people within the context of the individual, the family, and education*. Mental Health

- Foundation.
<https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/MHF%20Scotland%20Impacts%20of%20Lockdown.pdf>
- Minkler, M. (1992). Community organizing among the elderly poor in the United States: A case study. *International Journal of Health Services*, 22(2), 303–316.
<https://doi.org/10.2190/6kfl-n1wy-npdg-rxp5>
- Mohammed, A., Sheikh, T. L., Gidado, S., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Oluabunwo, C., Waziri, N., Shuaib, F., Adeyemi, J., Uzoma, O., Ahmed, A., Doherty, F., Nyanti, S. B., Nzuki, C. K., Nasidi, A., Oyemakinde, A., Oguntimehin, O., Abdus-salam, I. A., & Obiako, R. O. (2015). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: A cross sectional study – 2014. *BMC Public Health*, 15(1), 824–831. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2167-6>
- Morasco, B. J., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2007). Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.02.005>
- Morganstein, J. C., Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Donato, D., & Holloway, H. C. (2017). Pandemics: Health care emergencies. In R. J. Ursano, C. S. Fullerton, L. Weisaeth, & B. Raphael (Eds.), *Textbook of disaster psychiatry* (2^a ed., pp. 270–284). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316481424.019>
- Neria, Y., & Sullivan, G. M. (2011). Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *JAMA*, 306(12), 1374–1375.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1358>
- O’Leary, K., & Carroll, C. (2013). The online poker sub-culture: Dialogues, interactions and networks. *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 613–630.
<https://doi.org/10.1007/s10899-012-9326-9>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *COVID-19: Fadiga da pandemia*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_covid_19_fadiga_pandemia.pdf
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12, 333–339. <http://hdl.handle.net/10400.12/3103>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547–558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social* (1^a ed.). Placebo, Editora LDA.
- Patrão, I. (2018). Geração cordão: Protocolo de avaliação na consulta de dependências online. Atas do 12^o congresso nacional de psicologia da saúde. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 405–410.
<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6202/1/12CongNacSaude405.pdf>
- Patrão, I., & Hubert, P. (2016). O comportamento e as preferências online dos jovens portugueses: O jogo online e as redes sociais. In I. Patrão & D. Sampaio (Eds.), *Dependências Online. O poder das Tecnologias*. (1^a ed., pp. 97–116). Pactor.
- Patrício, L. (2006). *Droga: Aprender para prevenir*. Abrangráfica, Artes Gráficas e Papelaria, Lda.
- Patrício, L. (2014). *Políticas e dependências: álcool e (de) mais drogas em Portugal 30 anos depois*. NovaVega.
- Peixoto, V. R., Vieira, A., Aguiar, P., Sousa, P., & Abrantes, A. (2020). Mobilidade em Portugal em tempos de pandemia por COVID-19. *Centro de Investigação em Saúde Pública*, 1–14. <https://barometro-covid->

- 19.ensp.unl.pt/wpcontent/uploads/2020/04/mobilitytrends-portugal-covid-barometro-politicas-08.04.2020.pdf
- Peng, E. Y. C., Lee, M. B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., Weng, Y. L., & Lyu, S. Y. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: An example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, *109*(7), 524–532. [https://doi.org/10.1016/s09296646\(10\)60087-3](https://doi.org/10.1016/s09296646(10)60087-3)
- Pereira, L. (2008). O papel dos videojogos no desenvolvimento de competências digitais. *Comunicação e Sociedade*, *13*, 135–144. [https://doi.org/10.17231/comsoc.13\(2008\).1149](https://doi.org/10.17231/comsoc.13(2008).1149)
- Pereira, V., & Dias, P. (2018). Atitudes e consumo de cannabis em estudantes do ensino geral e vocacional. *Psicologia, Saúde & Doença*, *19*(3), 535–549. <https://doi.org/10.15309/18psd190306>
- Pesko, M. (2013). Stress and smoking: Associations with terrorism and causal impact. *Contemporary Economic Policy*, *32*(2), 351–371. <https://doi.org/10.1111/coep.12021>
- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(1), 185–204. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100012
- Pinho, M., Souza, R., Portugal, F., & Siqueira, M. (2020). Uso de álcool e tabaco entre universitários de terapia ocupacional de uma universidade pública. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, *16*(1), 1–12. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152411>
- Pontes, H. M. (2018). Making the case for video game addiction: Does it exist or not? *Video Game Influences on Aggression, Cognition, and Attention*, 41–57. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95495-0_4
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2017). New concepts, old known issues - The DSM-5 and internet gaming disorder and its assessment. In J. Bishop (Ed.), *Psychological and social implications surrounding internet and gaming addiction* (pp. 883–897). Hershey, PA: IGI Global.
- Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology* (6^a ed.). Oxford University Press.
- Przybylski, A. K. (2014). Electronic gaming and psychosocial adjustment. *Pediatrics*, *134*(3), 716–722. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4021>
- Quinn, S. C., Hilyard, K., Castaneda-Angarita, N., & Freimuth, V. S. (2015). Public acceptance of peramivir during the 2009 H1N1 influenza pandemic: Implications for other drugs or vaccines under emergency use authorizations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *9*(2), 166-174. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.156>
- Rabiee, R., Lundin, A., Agardh, E., Forsell, Y., Allebeck, P., & Danielsson, A.-K. (2020). Cannabis use, subsequent other illicit drug use and drug use disorders: A 16-year follow-up study among Swedish adults. *Addictive Behaviors*, *106*, 106390–106396. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106390>
- Reinaldo, A. M. S., Goecking, C. C., Almeida, J. P., & Goulart, Y. N. (2010). Uso de tabaco entre adolescentes: Revisão de literatura. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *6*(2), 350–364. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p350-364>
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: What next? *The Lancet*, *395*(10231), 1225–1228. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30627-9)

- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito* (Dissertação de Mestrado). <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp033352.pdf>
- Roberts, A. R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (pp. 3–30). Oxford University Press.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social support. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 535–544). Academic Press.
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, *109*(102433). <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Rubin, G. J., Amlot, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *BMJ*, *339*(3), 2651–2658. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>
- Russoniello, C., O'Brien, K., & Parks, J. (2009). The effectiveness of casual video games in improving mood and decreasing stress. *Journal of Cyber Therapy & Rehabilitation*, *2*(1), 53–66. https://www.researchgate.net/publication/289131468_The_effectiveness_of_casual_video_games_in_improving_mood_and_decreasing_stress
- Ruzek, J. I., Walser, R. D., Naugle, A. E., Litz, B., Mennin, D. S., Polusny, M. A., Ronell, D. M., Ruggiero, K. J., Yehuda, R., & Scotti, J. R. (2008). Cognitive-behavioral psychology: Implications for disaster and terrorism response. *Prehospital and Disaster Medicine*, *23*(5), 397–410. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006130>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(57), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sancho, M., de Gracia, M., Granero, R., González-Simarro, S., Sánchez, I., Fernández-Aranda, F., Trujols, J., Mallorquí-Bagué, N., Mestre-Bach, G., del Pino-Gutiérrez, A., Mena-Moreno, T., Vintró-Alcaraz, C., Steward, T., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2019). Differences in emotion regulation considering gender, age, and gambling preferences in a sample of gambling disorder patients. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00625>
- Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Tese de doutoramento). <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. J. Wiley & Sons.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schoch-Spana, M. (2004). Lessons from the 1918 pandemic influenza: Psychosocial consequences of a catastrophic outbreak of disease. In R. J. Ursano, A. E. Norwood, & C. S. Fullerton (Eds.), *Bioterrorism: Psychological and public health interventions* (pp. 38–55). Cambridge University Press.
- Serino, L., Meleleo, C., Maurici, M., Bagnato, B., Sorbara, D., Zaratti, L., & Franco, E. (2011). Knowledge and worry as basis for different behaviors among university students: The case of pandemic flu H1N1v. *J Prev Med*, *52*(3), 144–147. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2011.52.3.269>

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2017). *IV inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=181&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s003329172000241x>
- Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria, Y. (2015). The 2014 ebola outbreak and mental health. *JAMA*, 313(6), 567–568. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934>
- Shultz, J. M., Espinel, Z., Flynn, B. W., Hoffmann, Y., & Cohen, R. E. (2008). *DEEP PREP: All-hazards disaster behavioral health training*. DEEP Center.
- SICAD. (2020a). *Comportamentos aditivos em tempos de COVID-19: Álcool*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/209/covid_alcool.pdf
- SICAD. (2020b). *Comportamentos aditivos em tempos de COVID-19: Internet & videojogos*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/210/comportamentos%20aditivos%20em%20tempo%20de%20COVID%20-%20Internet%20e%20Videojogos.pdf
- SICAD. (2020c). *Sinopse estatística 2018. Jogo e internet*.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2020/sinopses/SinopseEstatistica18_jogoInternet.pdf
- Silva, M. (2015). *O suporte social percebido e a satisfação com os papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores* (Dissertação de Mestrado).
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22255/1/ulfpie047491_tm.pdf
- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health, Volume IV* (pp. 269–278). Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Slopen, N., Dutra, L. M., Williams, D. R., Mujahid, M. S., Lewis, T. T., Bennett, G. G., Ryff, C. D., & Albert, M. A. (2012). Psychosocial stressors and cigarette smoking among african american adults in midlife. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(10), 1161–1169. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts011>
- Slopen, N., Kontos, E. Z., Ryff, C. D., Ayanian, J. Z., Albert, M. A., & Williams, D. R. (2013). Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9–10 years: A prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes & Control*, 24(10), 1849–1863. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0262-5>

- Smohai, M., Urbán, R., Griffiths, M. D., Király, O., Mirnics, Z., Vargha, A., & Demetrovics, Z. (2016). Online and offline video game use in adolescents: Measurement invariance and problem severity. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43*(1), 111–116. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1240798>
- Soares, A., Pereira, M., & Canavarro, J. (2014). Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(2), 356–379. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a04.pdf>
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica, 32*, 226–228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>
- Stubbs, B., Veronese, N., Vancampfort, D., Prina, A. M., Lin, P.-Y., Tseng, P.-T., Evangelou, E., Solmi, M., Kohler, C., Carvalho, A. F., & Koyanagi, A. (2017). Perceived stress and smoking across 41 countries: A global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. *Scientific Reports, 7*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-07579-w>
- Stucki, S., & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies, 23*(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9031-7>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Coping with stress during infectious disease outbreaks*. <https://store.samhsa.gov/product/Coping-with-Stress-During-Infectious-Disease-Outbreaks/sma14-4885>
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD, First Edition: A Cognitive-Behavioral Approach* (1^a ed.). The Guilford Press.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics* (1^a ed.). Cambridge Scholars Publishing.
- The Scottish Youth Parliament, YouthLink Scotland, & Young Scot. (2020). *LockdownLowdown - what young people in Scotland are thinking about COVID-19*. <https://static1.squarespace.com/static/5cee5bd0687a1500015b5a9f/t/5ea073984d99ec29cbb88ff3/1587573666737/LockdownLowdown+Topline+Results.pdf>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica, 53*, 353–378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Aemele, S., & Crunelle, C. L. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: Results from a web-based survey. *European Addiction Research, 26*(6), 309–315. <https://doi.org/10.1159/000510822>
- Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: Experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 73–81. <http://hdl.handle.net/10400.12/1126>
- Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., & Kilpatrick, D. (2004). Sustained increased consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan residents after september 11, 2001. *American Journal of Public Health, 94*(2), 253–254. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.2.253>
- Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J., Bucuvalas, M., Gold, J., & Kilpatrick, D. (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the september 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology, 155*(11), 988–996. <https://doi.org/10.1093/aje/155.11.988>
- Wan, C.-S., & Chiou, W.-B. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior, 9*(6), 762–766. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.762>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wang, C.-W., Chan, C. L. W., Mak, K.-K., Ho, S.-Y., Wong, P. W. C., & Ho, R. T. H. (2014). Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: A pilot study. *The Scientific World Journal*, 2014, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2014/874648>
- Washer, P. (2004). Representations of SARS in the british newspapers. *Social Science & Medicine*, 59(12), 2561–2571. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.038>
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78–89. <https://doi.org/10.2307/2136504>
- World Health Organization (WHO). (2005). *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. World Health Organization. <https://www.who.int/influenza/resources/documents/FluCheck6web.pdf?ua=1>
- WHO. (2010). *What is a pandemic*. World Health Organization. https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- WHO. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44616/9789240687813_eng.pdf;jsessionid=FD3D60C25CAC981BF03ADABF1BFAD9D?sequence=1
- WHO. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510240>
- WHO. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Monitoring tobacco use and prevention policies*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2020a). *Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report-1-21 January 2020*. World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
- WHO. (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
- Yu, H. Y. R., Ho, S. C., So, K. F. E., & Lo, Y. L. (2005). The psychological burden experienced by Hong Kong midlife women during the SARS epidemic. *Stress and Health*, 21(3), 177–184. <https://doi.org/10.1002/smi.1051>
- Zeferino, M. T., Hamilton, H., Brands, B., Wright, M.G. M., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudantes universitários: Família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 125–135. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001150014>

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Q.1 - Sexo:

Masculino Feminino Prefiro não responder

Q.2 - Idade:

18 19 20 21 22 23
 24 25

Q.3 - Nacionalidade: _____

Q.4 - Estado civil:

Solteiro/a
 Numa relação amorosa
 União de facto/Casado/a
 Outro. Qual? _____

Q.5 - Nível de escolaridade mais elevado que concluiu:

1º ciclo
 2º ciclo
 3º ciclo
 Ensino Secundário
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento
 Outro. Qual? _____

Q.6 - Situação profissional atual:

- Empregado/a
- Desempregado/a
- Trabalhador/a-estudante
- Estudante
- Estudante com bolsa de estudos (i.e., aluno/a com apoio financeiro por dispor de um certo nível de rendimentos)

Q.7 - No momento atual de estado de emergência provocado pela COVID-19, vive com (selecione todas as opções que se apliquem à sua situação):

- Sozinho/a
- Companheiro/a/Cônjuge
- Filho/a / Filhos/as
- Mãe
- Pai
- Irmão/ã / Irmãos/ãs)
- Avó
- Avô
- Amigo(s)
- Colega(s) de casa
- Outro. Qual? _____

**Anexo B – Bloco de Questões referentes à COVID-19 e ao Primeiro Estado de Emergência
Decretado em Portugal**

Q.8 - Desde que foi instalado o estado de emergência em Portugal que tipo de isolamento tem praticado:

- Isolamento total (i.e., não sai de casa por qualquer motivo)
- Isolamento parcial (i.e., não sai de casa sem ser para comprar mantimentos ou ir à farmácia)
- Geralmente isolado/a, mas a trabalhar (i.e., não sai de casa sem ser para ir trabalhar, comprar mantimentos e ir à farmácia)
- Não se encontra isolado/a (i.e., sai de casa sempre que quer, para realizar as mais diferentes atividades)
- Outro. Qual? _____

Q.9 - Já esteve ou está diagnosticado/a com a COVID-19?

- Sim
- Não
- Não sei / Prefiro não responder

Q.10 - Alguém conhecido/próximo de si já esteve ou está diagnosticado(a) com a COVID-19?

- Sim
- Não
- Não sei / Prefiro não responder

Anexo C – Bloco de Questões referente às Percepções dos Jovens Adultos quanto ao Impacto da COVID-19 nos Domínios da sua Vida e ao nível dos Sentimentos

Q.11 - Quanto considera que a situação atual de confinamento afeta a sua vida ao nível...

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Totalmente	Não se aplica a mim
Profissional						
Escolar/Académico						
Pessoal						
Social						
Familiar						
Amoroso						
Outro. Qual?						

Q.12 - Globalmente, durante a atual pandemia da COVID-19, com que frequência se tem sentido:

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Tranquilo/a					
Assustado/a					
Confiante					
Angustiado/a					
Esperançoso/a					
Irritado/a					

Anexo D – Questões relacionadas com Comportamentos de Risco dos Jovens Adultos

Gostaríamos agora de lhe fazer algumas perguntas relacionadas com comportamentos de risco (i.e., consumos de álcool, tabaco, drogas, jogo online e jogo online a dinheiro).

Pedimos-lhe uma vez mais que leia com atenção as questões e que responda de forma espontânea, selecionando a opção que melhor se adequa a si e à sua realidade atual.

Q.15 - Considere as seguintes questões e indique:

	Sim	Não
Consome bebidas alcoólicas?		
Consome drogas (e.g., canábis, cocaína)?		
Fuma tabaco?		
Joga jogos <i>online</i>?		
Joga jogos <i>online</i> a dinheiro?		

Apresentar esta pergunta:

Se “Considere as seguintes questões e indique: = Consome drogas (e.g., cannabis, cocaína)? [Sim]

Q.15.1 - Se tem por hábito consumir drogas, quais? (Selecione todas as opções que se apliquem)

Canábis

Ecstasy

Heroína

Cocaína

Anfetaminas

LSD

Outro. Qual? _____

Q.16 - Iniciou pela primeira vez algum destes comportamentos depois da instauração do estado de emergência em Portugal?

Nota: Só deve selecionar "Sim" ou "Não" para os comportamentos que referiu praticar.

Por exemplo, se indicou que não joga jogos *online* a sua resposta a esta pergunta deve ser: "Não se aplica a mim".

	Sim	Não	Não se aplica a mim
Consumir bebidas alcoólicas			
Consumir drogas			
Fumar tabaco			
Jogar jogos <i>online</i>			
Jogar jogos <i>online</i> a dinheiro			

Q.17 - Tinha deixado de praticar algum destes comportamentos e retomou-o após a instauração do estado de emergência em Portugal?

Nota: Só deve selecionar "Sim" ou "Não" para os comportamentos que referiu praticar.

Por exemplo, se indicou que não joga jogos *online* a sua resposta a esta pergunta deve ser: "Não se aplica a mim".

	Sim	Não	Não se aplica a mim
Consumir bebidas alcoólicas			
Consumir drogas			
Fumar tabaco			
Jogar jogos <i>online</i>			
Jogar jogos <i>online</i> a dinheiro			

Q.18 - Após a instauração do estado de emergência em Portugal...

Nota: Se referiu praticar algum destes comportamentos a sua resposta face ao mesmo não deve ser:

"Não se aplica a mim".

	Muito inferior ao habitual	Inferior ao habitual	O habitual	Superior ao habitual	Muito superior ao habitual	Não se aplica a mim
O seu consumo de bebidas alcoólicas, tem sido:						
O seu consumo de drogas, tem sido:						
O seu consumo de tabaco, tem sido:						
A quantidade de tempo que passa a jogar jogos <i>online</i>, tem sido:						
A quantidade de tempo que passa a jogar jogos <i>online</i> a dinheiro, tem sido:						

Q.19 - Neste último mês deixou de fazer o que realmente era esperado devido ao(s)...

Nota: Se referiu praticar algum destes comportamentos a sua resposta face ao mesmo não deve ser:

"Não se aplica a mim".

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Não se aplica a mim
Consumo de bebidas alcoólicas						
Consumo de drogas						
Consumo de tabaco						
Jogos <i>online</i>						
Jogos <i>online</i> a dinheiro						

Anexo E – Consentimento Informado

Objetivo do Estudo

O presente estudo, elaborado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco, no ISCTE, orientada pela Professora Doutora Joana Alexandre e coorientada pela Professora Doutora Madalena Ramos, incide sobre a atual situação pandémica e de isolamento. Espera-se, sobretudo, compreender de que modo a atual situação pandémica tem alterado comportamentos de jovens adultos (i.e., pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos).

Condições do Estudo

Para participar neste estudo deve ter uma idade compreendida entre os 18 e os 25 anos. A sua participação, que será muito valorizada, consiste em dar a sua opinião sobre um conjunto de afirmações que vai encontrar de seguida. Ser-lhe-á pedida informação pessoal geral para caracterizar de uma forma global a amostra do estudo.

Estima-se que o questionário, no seu total, não ultrapasse os 15 minutos.

Tipo de Participação

A participação no presente estudo é estritamente voluntária, ou seja, poderá escolher participar ou não. Caso decida participar, poderá interromper ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Riscos e Benefícios

Não existem riscos significativos expectáveis associados à sua participação no estudo. E, apesar de não poder beneficiar diretamente com a participação no mesmo, as suas respostas contribuirão para o desenvolvimento do conhecimento na presente área.

Confidencialidade, Privacidade e Anonimato

Os dados terão um tratamento estatístico global e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Adicionalmente, em nenhum momento do estudo deve identificar-se. De

acordo com as normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados, a eventual publicação dos dados só poderá ter lugar em revistas da especialidade.

Caso tenha alguma dúvida acerca da sua participação no estudo ou dos seus resultados, sinta-se à vontade para a esclarecer, contactando-me através do seguinte e-mail: acbc01@iscte-iul.pt

Desde já agradeço a colaboração,

Ana Carolina Bernardino Carneiro

Considerando as informações supracitadas, declaro que...

- Tenho entre 18 e 25 anos, compreendi os objetivos do estudo e aceito por isso participar.
- Não aceito participar.

Anexo F - Modelo de moderação do stress percebido, álcool e satisfação com o suporte social

Quadro F

Modelo de moderação do stress percebido, álcool e satisfação com o suporte social

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.2.02 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
 Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
 Y : Q22_1
 X : PSS10_to
 W : SSS_T_M

Sample
 Size: 243

OUTCOME VARIABLE:
 Q22_1

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,186	,035	1,183	2,858	3,000	239,000	,038

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	2,086	,075	27,974	,000	1,939	2,233
PSS10_to	,122	,111	1,094	,275	-,098	,341
SSS_T_M	,188	,112	1,681	,094	-,032	,408
Int_1	,340	,156	2,174	,031	,032	,648

Product terms key:

Int_1 : PSS10_to x SSS_T_M

Covariance matrix of regression parameter estimates:

	constant	PSS10_to	SSS_T_M	Int_1
constant	,006	-,001	,000	,004
PSS10_to	-,001	,012	,004	-,003
SSS_T_M	,000	,004	,012	,000
Int_1	,004	-,003	,000	,024

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,019	4,727	1,000	239,000	,031

Focal predict: PSS10_to (X)
 Mod var: SSS_T_M (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

SSS_T_M	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,672	-,107	,168	-,637	,524	-,437	,223
,000	,122	,111	1,094	,275	-,098	,341
,672	,350	,137	2,557	,011	,080	,620

Moderator value(s) defining Johnson-Neyman significance region(s):

Value	% below	% above
,287	64,198	35,802

Conditional effect of focal predictor at values of the moderator:

SSS_T_M	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-2,090	-,589	,366	-1,611	,109	-1,309	,131
-1,919	-,531	,340	-1,560	,120	-1,201	,139
-1,748	-,473	,315	-1,500	,135	-1,094	,148
-1,577	-,415	,290	-1,429	,154	-,986	,157
-1,407	-,357	,266	-1,343	,181	-,880	,167
-1,236	-,299	,241	-1,236	,218	-,774	,177
-1,065	-,240	,218	-1,103	,271	-,670	,189
-,894	-,182	,195	-,934	,351	-,567	,202
-,723	-,124	,174	-,715	,475	-,467	,218
-,552	-,066	,154	-,430	,668	-,369	,237
-,382	-,008	,136	-,059	,953	-,277	,261
-,211	,050	,122	,410	,682	-,191	,291
-,040	,108	,113	,960	,338	-,114	,330
,131	,166	,109	1,524	,129	-,049	,381
,287	,219	,111	1,970	,050	,000	,439
,302	,224	,112	2,005	,046	,004	,445
,473	,282	,121	2,340	,020	,045	,520
,643	,341	,134	2,535	,012	,076	,605
,814	,399	,151	2,631	,009	,100	,697
,985	,457	,171	2,669	,008	,120	,794
1,156	,515	,192	2,675	,008	,136	,894
1,327	,573	,215	2,665	,008	,149	,996

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  PSS10_to  SSS_T_M  Q22_1  .
BEGIN DATA.
  -,689    -,672    2,033
  ,000    -,672    1,960
  ,689    -,672    1,886
  -,689    ,000    2,002
  ,000    ,000    2,086
  ,689    ,000    2,170
  -,689    ,672    1,971
  ,000    ,672    2,212
  ,689    ,672    2,454
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  PSS10_to WITH  Q22_1  BY  SSS_T_M  .
```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

W values in conditional tables are the mean and +/- SD from the mean.

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
SSS_T_M PSS10_to

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce incorrect output.
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----

Anexo G - Modelo de moderação do stress percebido, tabaco e satisfação com o suporte social

Quadro G

Modelo de moderação do stress percebido, tabaco e satisfação com o suporte social

```
***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.2.02 *****
                Written by Andrew F. Hayes, Ph.D.      www.afhayes.com
                Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

*****
Model   : 1
  Y     : Q22_3
  X     : PSS10_to
  W     : SSS_T_M

Sample
Size: 107

*****
OUTCOME VARIABLE:
Q22_3

Model Summary
      R      R-sq      MSE      F      df1      df2      p
      ,196      ,038      1,405      1,375      3,000      103,000      ,255

Model
      coeff      se      t      p      LLCI      ULCI
constant      2,964      ,119      24,903      ,000      2,728      3,200
PSS10_to      -,040      ,203      -,196      ,845      -,442      ,362
SSS_T_M       ,315      ,185      1,708      ,091      -,051      ,681
Int_1         ,283      ,309      ,918      ,361      -,329      ,896

Product terms key:
Int_1      :      PSS10_to x      SSS_T_M

Covariance matrix of regression parameter estimates:
      constant      PSS10_to      SSS_T_M      Int_1
constant      ,014      -,003      -,001      ,010
PSS10_to      -,003      ,041      ,010      -,027
SSS_T_M       -,001      ,010      ,034      -,005
Int_1         ,010      -,027      -,005      ,095

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):
      R2-chng      F      df1      df2      p
X*W      ,008      ,842      1,000      103,000      ,361
-----
```

Focal predict: PSS10_to (X)
Mod var: SSS_T_M (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/  
  PSS10_to  SSS_T_M  Q22_3  .  
BEGIN DATA.  
  -,648    -,647    2,905  
  ,000    -,647    2,760  
  ,648    -,647    2,616  
  -,648    ,000    2,990  
  ,000    ,000    2,964  
  ,648    ,000    2,938  
  -,648    ,647    3,075  
  ,000    ,647    3,168  
  ,648    ,647    3,261  
END DATA.  
GRAPH/SCATTERPLOT=  
  PSS10_to WITH  Q22_3  BY  SSS_T_M  .
```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
SSS_T_M PSS10_to

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce incorrect output.
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----

Anexo H - Modelo de moderação do stress percebido, drogas ilícitas e satisfação com o suporte social

Quadro H

Modelo de moderação do stress percebido, drogas ilícitas e satisfação com o suporte social

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.2.02 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Q22_2
X : PSS10_to
W : SSS_T_M

Sample
Size: 72

OUTCOME VARIABLE:
Q22_2

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,017	,000	1,057	,006	3,000	68,000	,999

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,876	,123	15,248	,000	1,630	2,121
PSS10_to	-,003	,202	-,015	,988	-,407	,401
SSS_T_M	,027	,203	,133	,895	-,377	,431
Int_1	,008	,284	,028	,978	-,558	,574

Product terms key:

Int_1 : PSS10_to x SSS_T_M

Covariance matrix of regression parameter estimates:

	constant	PSS10_to	SSS_T_M	Int_1
constant	,015	-,002	,000	,006
PSS10_to	-,002	,041	,007	-,027
SSS_T_M	,000	,007	,041	,000
Int_1	,006	-,027	,000	,080

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,000	,001	1,000	68,000	,978

Focal predict: PSS10_to (X)
Mod var: SSS_T_M (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/  
  PSS10_to  SSS_T_M  Q22_2  .  
BEGIN DATA.  
  - ,695  - ,612  1,865  
  ,000  - ,612  1,859  
  ,695  - ,612  1,854  
  - ,695  ,000  1,878  
  ,000  ,000  1,876  
  ,695  ,000  1,873  
  - ,695  ,612  1,891  
  ,000  ,612  1,892  
  ,695  ,612  1,893  
END DATA.  
GRAPH/SCATTERPLOT=  
  PSS10_to WITH  Q22_2  BY  SSS_T_M  .
```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
SSS_T_M PSS10_to

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce incorrect output.
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----

Anexo I - Modelo de moderação do stress percebido, jogo *online* e satisfação com o suporte social

Quadro I

Modelo de moderação do stress percebido, jogo online e satisfação com o suporte social

```
***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.2.02 *****
                Written by Andrew F. Hayes, Ph.D.      www.afhayes.com
                Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

*****
Model   : 1
  Y     : Q22_4
  X     : PSS10_to
  W     : SSS_T_M

Sample
Size: 166

*****
OUTCOME VARIABLE:
  Q22_4

Model Summary
      R      R-sq      MSE      F      df1      df2      p
    ,107    ,011    1,158    ,624    3,000    162,000    ,601

Model
      coeff      se      t      p      LLCI      ULCI
constant    3,747    ,091    40,991    ,000    3,567    3,928
PSS10_to   -,005    ,130    -,038    ,970    -,262    ,252
SSS_T_M    -,164    ,146   -1,121    ,264    -,453    ,125
Int_1      -,084    ,173   -,483    ,630    -,426    ,258

Product terms key:
Int_1      :      PSS10_to x      SSS_T_M

Covariance matrix of regression parameter estimates:
      constant    PSS10_to    SSS_T_M    Int_1
constant    ,008    -,001    -,001    ,006
PSS10_to   -,001    ,017    ,009    -,002
SSS_T_M    -,001    ,009    ,021    -,003
Int_1      ,006    -,002    -,003    ,030

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):
      R2-chng      F      df1      df2      p
X*W      ,001      ,234    1,000    162,000    ,630
-----
```

Focal predict: PSS10_to (X)
Mod var: SSS_T_M (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/  
  PSS10_to  SSS_T_M  Q22_4  .  
BEGIN DATA.  
  -,727    -,647    3,818  
  ,000    -,647    3,853  
  ,727    -,647    3,889  
  -,727    ,000    3,751  
  ,000    ,000    3,747  
  ,727    ,000    3,744  
  -,727    ,647    3,684  
  ,000    ,647    3,641  
  ,727    ,647    3,598  
END DATA.  
GRAPH/SCATTERPLOT=  
  PSS10_to WITH  Q22_4  BY  SSS_T_M  .
```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
SSS_T_M PSS10_to

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce incorrect output.
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----

Anexo J - Modelo de moderação do stress percebido, jogo *online* a dinheiro e satisfação com o suporte social

Quadro J

Modelo de moderação do stress percebido, jogo online a dinheiro e satisfação com o suporte social

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.2.02 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Q22_5
X : PSS10_to
W : SSS_T_M

Sample
Size: 19

OUTCOME VARIABLE:
Q22_5

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,534	,285	1,449	1,997	3,000	15,000	,158

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	2,506	,305	8,208	,000	1,855	3,157
PSS10_to	-,917	,932	-,984	,341	-2,904	1,069
SSS_T_M	,106	,504	,210	,837	-,969	1,180
Int_1	-1,148	1,192	-,964	,351	-3,688	1,392

Product terms key:

Int_1 : PSS10_to x SSS_T_M

Covariance matrix of regression parameter estimates:

	constant	PSS10_to	SSS_T_M	Int_1
constant	,093	-,074	-,007	,155
PSS10_to	-,074	,869	,192	-,678
SSS_T_M	-,007	,192	,254	-,069
Int_1	,155	-,678	-,069	1,420

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,044	,928	1,000	15,000	,351

Focal predict: PSS10_to (X)
Mod var: SSS_T_M (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  PSS10_to  SSS_T_M  Q22_5  .
BEGIN DATA.
  -,426      -,628      2,523
  ,000      -,628      2,440
  ,426      -,628      2,356
  -,426      ,000      2,897
  ,000      ,000      2,506
  ,426      ,000      2,115
  -,426      ,628      3,270
  ,000      ,628      2,573
  ,426      ,628      1,875
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  PSS10_to WITH  Q22_5  BY  SSS_T_M  .
```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
SSS_T_M PSS10_to

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce incorrect output.
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----