

Impacto da quarentena devido à pandemia COVID-19 nos estudantes de Medicina – Estudo Internacional

Ana Cláudia Bento Duarte

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto
Coorientador: Prof. Doutora Gláucia Akiko Kamikado Pivi
Coorientador: Prof. Jorge Manuel dos Reis Gama

Maio de 2022

Dedicatória

A todos os que acreditam que nunca é tarde para perseguir os seus sonhos.

Agradecimentos:

Um trabalho como este, só seria possível com o apoio incansável de vários intervenientes. Assim, em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto, pela orientação fornecida, pelo empenho, prontidão e dedicação colocados neste projeto. Agradeço a sugestão do tema e todo o apoio dedicado e horas despendidas, só assim foi possível levar este projeto a bom porto.

Ao Professor Doutor Jorge Manuel Reis Gama, pela coorientação, dedicação, pela prontidão e, principalmente, pela paciência e horas despendidas nas explicações de estatística.

À Professora Doutora Glaucia Akiko Kamikado Pivi, por ter acreditado neste projeto e ter vontade de fazer parte do mesmo. Agradeço toda a orientação, simpatia e esclarecimentos acerca dos hábitos e características do Brasil.

Aos alunos que participaram no estudo e que responderam ao questionário. Obrigada, sem vocês nada disto teria sido possível.

À minha família, por acreditarem em mim, por me incentivarem sempre nestas aventuras e por estarem sempre do meu lado. Agradeço e retribuo o vosso amor e apoio incondicional.

Aos meus amigos por fazerem parte da minha vida e destes anos de faculdade. Obrigada pelo apoio e por ouvirem os meus desabafos, mágoas e frustrações.

A todos o meu maior agradecimento. Obrigada por terem tornado tudo possível e por terem acreditado em mim e neste projeto.

Resumo

Introdução: A pandemia por COVID-19, com início no ano 2019, levou à instituição de medidas de quarentena e de isolamento social, por parte de vários governos. Durante este período, foram encerradas escolas e universidades e suspensas as aulas presenciais e atividades práticas como os estágios, alterando a rotina dos estudantes. Estas mudanças tiveram um elevado impacto em vários níveis, nomeadamente nos sintomas de depressão, compulsão alimentar, dependência da internet e nos hábitos de vida da população em geral e, particularmente, dos estudantes de medicina.

Materiais e métodos: Foi desenvolvido um estudo observacional e transversal, através da realização e divulgação de um questionário online, através do e-mail institucional dos estudantes de medicina de Portugal e do Brasil. Foram avaliadas as características sociodemográficas e da quarentena, peso e altura, sintomas de depressão, de compulsão alimentar, dependência da internet, hábitos alimentares e de exercício físico.

Resultados/Discussão: Foram incluídos no estudo 471 alunos de medicina de Portugal e 371 do Brasil. Os resultados mostraram elevada prevalência de sintomas de depressão, compulsão alimentar e dependência da internet, em ambos os países. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o nível elevado de compulsão alimentar e os sintomas de depressão (aOR=6,32; IC 95% 2,16 – 18,50; $p<0,001$), a depressão e a compulsão alimentar o (aOR=3,87; IC 95% 1,94 – 1,71; $p<0,001$), o género feminino e a depressão (aOR 2,55; IC 95% 1,80 – 3,61; $p<0,001$) e compulsão alimentar (aOR 4,32; IC 95% 2,08 – 8,96; $p<0,001$). Foram ainda encontradas associações estatisticamente significativas entre o excesso de peso (atual) (aOR=3,01; IC 95% 1,63 – 5,54; $p<0,001$) e a obesidade (atual) (aOR=12,47; IC 95% 5,96 – 26,12; $p<0,001$) e a compulsão alimentar. A dependência da internet teve associação estatisticamente significativa na depressão ($p<0,001$). Não foram encontradas associação estatisticamente significativa entre o exercício físico e a depressão ou os sintomas de compulsão alimentar.

Conclusão: Verificou-se uma elevada prevalência em todos os parâmetros. É importante atuar no âmbito da promoção da saúde mental e de hábitos de vida saudáveis e na prevenção dos sintomas. Sugere-se um estudo desta população no período pós-quarentena, de modo a avaliar os sintomas que persistiram e atuar no apoio dos grupos e indivíduos mais vulneráveis.

Palavras-chave

COVID-19;Depressão;Compulsão Alimentar;Dependência internet;Estudantes de Medicina;Portugal;Brasil.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic, which began in 2019, has led to the establishment of quarantine and social isolation measures by several governments. During this period, schools and universities were closed and face-to-face classes and practical activities such as internships were suspended, changing the routine of students. These changes have had a high impact on various levels, including symptoms of depression, binge eating, internet addiction, and the lifestyle of the general population and, in particular, medical students.

Material and methods: An observational and cross-sectional study was developed, through the realization and dissemination of an online questionnaire through the institutional e-mail of medical students from Portugal and Brazil. Sociodemographic and quarantine characteristics, weight and height, symptoms of depression, binge eating, internet addiction, and lifestyle habits, such as eating habits and physical activity were evaluated.

Results: 471 medical students from Portugal, and 371 from Brazil were included in the study. The results showed a high prevalence of both depression and binge eating and internet addiction in both countries. Statistically significant associations were found between the high level of binge eating and symptoms of depression (aOR=6,32; IC 95% 2,16 – 18,50; $p<0,001$), depression and binge eating (aOR=3,87; IC 95% 1,94 – 1,71; $p<0,001$), female gender and depression (aOR 2,55; IC 95% 1,80 – 3,61; $p<0,001$) and binge eating (aOR 4,32; IC 95% 2,08 – 8,96; $p<0,001$). Statistically associations were also found between overweight (aOR=3,01; IC 95% 1,63 – 5,54; $p<0,001$) and obesity (aOR=12,47; IC 95% 5,96 – 26,12; $p<0,001$) and binge eating. Internet addiction had a statistically significant association with depression ($p<0,001$). No statistically significant association was found between physical activity and depression or symptoms of binge eating.

Conclusion: There was a high prevalence in all parameters. It is necessary to act in the scope of the promotion of mental health and healthy lifestyle habits and the prevention of symptoms in this population. It is suggested a study of this population in the post-quarantine period, in the order to evaluate the symptoms that persisted and act in support of the most vulnerable groups.

Keywords

COVID-19; Depression; Binge Eating; Internet Addiction; Medical Students; Portugal; Brazil.

Índice

Agradecimentos:.....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract.....	ix
Keywords.....	x
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
1. Introdução.....	1
2. Metodologia de Investigação.....	3
2.1 – Tipo de estudo:.....	3
2.2 – Amostra e Procedimentos:.....	3
2.3 – Instrumentos:.....	3
2.4 – Análise Estatística:.....	6
3. Resultados.....	8
3.1. Portugal:.....	8
3.1.1: Caracterização Sócio-Demográfica da amostra:.....	8
3.1.2. – Características Quarentena:.....	9
3.1.3: Escala de Peso e Perceção Corporal:.....	11
3.1.4: Hábitos de vida:.....	14
3.1.5: Adição Alimentar – escala de <i>Yale mYFAS 2.0</i> – adaptado:.....	18
3.1.6: IPAQ – Atividade Física:.....	20
3.1.7: Questionário Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D):.....	21
3.1.8: Dependência da Internet:.....	23
3.2. Brasil:.....	25
3.2.1: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra:.....	25
3.2.2. – Características Quarentena:.....	26
3.2.3: Escala de Peso e Perceção corporal:.....	28
3.2.4: Hábitos de vida:.....	30
3.2.5: Adição Alimentar – escala de <i>Yale mYFAS 2.0</i> – adaptada:.....	34
3.2.6: IPAC – Exercício Físico:.....	36
3.2.7: Depressão:.....	37
3.2.8: Dependência da Internet:.....	39
3.3. Comparação Portugal e Brasil:.....	41
3.3.1: Escala de Peso e Perceção corporal:.....	41
3.3.1: Questionário Frequência Alimentar:.....	46
3.3.2: IPAC – Exercício Físico:.....	47
3.3.3: Dependência da Internet:.....	48

3.3.4: Modelo de Regressão Logística – Escala Depressão:.....	49
3.3.5: Modelo Regressão Logística – Escala YALE:	54
4. Discussão:	60
4.1. Depressão e Compulsão Alimentar:	60
4.2. Índice de Massa Corporal e Género:	62
4.3. Estado Civil e Depressão:	63
4.4. Sono, Depressão e Compulsão Alimentar:.....	63
4.5. Consumo de Tóxicos:	64
4.6. Dependência da Internet:	64
4.7. Exercício Físico:	65
5. Limitações:.....	66
6. Conclusão:.....	67
7. Anexos:.....	75
Anexo I – Questionário de Frequência Alimentar e tipos de Atividade Física na Quarentena - Portugal:.....	75
Anexo II – Questionário de Frequência Alimentar e tipos de Atividade Física na Quarentena - Brasil:	87
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética.....	99
Anexo IV – Questionário:.....	100

Lista de Figuras

- Figura 1 – IMC habitual distribuído por classes – Portugal;
- Figura 2 – IMC atual distribuído por classes – Portugal;
- Figura 3 – IMC atual distribuído por classes na escala de percepção de imagem corporal - Portugal;
- Figura 4 – Consumo tabágico – Portugal;
- Figura 5 – Consumo tabágico na quarentena – Portugal;
- Figura 6 – Consumo de bebidas alcoólicas – Portugal;
- Figura 7 – Consumo de bebidas alcoólicas durante a quarentena – Portugal;
- Figura 8 – Classificação da compulsão alimentar pela escala mYFAS 2.0 – adaptada – Portugal;
- Figura 9 – Sintomas de compulsão alimentar antes da quarentena - Portugal;
- Figura 10 – Grau de atividade física – escala IPAQ – Portugal;
- Figura 11 – Classificação da depressão – escala: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* – Portugal;
- Figura 12 – Sintomas depressivos antes da quarentena – Portugal;
- Figura 13 – Classificação da Dependência da Internet – escala: “*Generalized Problematic Internet Use Scale 2*” – adaptada – Portugal;
- Figura 14 – Sintomas de dependência da internet antes da Quarentena – Portugal;
- Figura 15 – IMC habitual distribuído por classes – Brasil;
- Figura 16 – IMC atual distribuído por classes – Brasil;
- Figura 17 – IMC atual distribuído por classes na escala de percepção de imagem corporal - Brasil;
- Figura 18 – Consumo tabágico – Brasil;
- Figura 19 – Consumo tabágico na quarentena – Brasil;
- Figura 20 – Consumo de bebidas alcoólicas – Brasil;
- Figura 21 – Consumo de bebidas alcoólicas durante a quarentena – Brasil;
- Figura 22 – Classificação da compulsão alimentar pela escala mYFAS 2.0 – adaptada – Brasil;
- Figura 23 – Sintomas de compulsão alimentar antes da quarentena - Brasil;
- Figura 24 – Grau de atividade física – escala IPAQ – Brasil;
- Figura 25 – Classificação da depressão – escala: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* – Brasil;
- Figura 26 – Sintomas depressivos antes da quarentena – Brasil;
- Figura 27 – Classificação da dependência da internet – escala: “*Generalized Problematic Internet Use Scale 2*” – adaptada – Brasil;

Figura 28 – Sintomas de dependência da internet antes da Quarentena – Brasil;

Figura 29 – Comparação da medida RTE entre os IMC atual, habitual e calculado pela escala de percepção da imagem para cada país, por gênero;

Figura 30 – Comparação da medida RTE entre os IMC atual, habitual e calculado pela escala de percepção da imagem para cada gênero, por país;

Figura 31 – Curva ROC para a classificação de depressão;

Figura 32 – Curva ROC para a classificação de compulsão alimentar.

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Características Sócio-Demográficas (n=471) – Portugal;
- Tabela 2 – Características Académicas da Amostra (n=471) – Portugal;
- Tabela 3 – Características quarentena (n=471) – Portugal;
- Tabela 4 – Peso, altura e IMC habitual, atual e da escala da imagem – Portugal;
- Tabela 5 – Horas de sono - Portugal;
- Tabela 6 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de compulsão na escala *mYFAS 2.0* – Portugal;
- Tabela 7 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de sintomas depressivos na escala CES-D – Portugal;
- Tabela 8 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de dependência pela internet – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada – Portugal;
- Tabela 9 – Características Sócio-Demográficas (n=371) – Brasil;
- Tabela 10 – Características Académicas da Amostra (n=371) – Brasil;
- Tabela 11 – Características quarentena (n=371) – Brasil;
- Tabela 12 – Peso, altura e IMC habitual, atual e da escala da imagem – Brasil;
- Tabela 13 – Horas de sono – Brasil;
- Tabela 14 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de compulsão na escala *mYFAS 2.0* – Brasil;
- Tabela 15 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de dependência pela internet – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada – Brasil;
- Tabela 16 – Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de dependência pela internet – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada – Brasil;
- Tabela 17 – IMC atual, habitual e da percepção da imagem – ANOVA de medidas repetidas mista não paramétrica baseada em ranks “*nparLD*”;
- Tabela 18 – Comparações dos IMC’s atual, habitual e da percepção da imagem – *nparLD*;
- Tabela 19 – Comparações entre países e entre géneros para cada IMC;
- Tabela 20 – Diferenças no consumo de alimentos em Portugal e no Brasil – QFA;
- Tabela 21 – Diferenças na prática de exercício físico em Portugal e no Brasil – escala IPAQ;
- Tabela 22 – Diferenças no grau de dependência da internet, em Portugal e no Brasil – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada;
- Tabela 23 – Associação entre a classificação de depressão (CES-D) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística univariada;
- Tabela 24 – Associação entre a classificação de depressão (CES-D) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística multivariada;

Tabela 25 – Associação entre a classificação na escala de compulsão alimentar (mYFAS 2.0) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística univariada;

Tabela 26 – Associação entre a classificação na escala de compulsão alimentar (mYFAS 2.0) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística multivariada.

Lista de Acrónimos

AIQ	Amplitude Interquartil
aOR	<i>Odds ratios</i> ajustados
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
DP	Desvio padrão
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
FML	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
mYFAS 2.0	Escala de Adição Alimentar de <i>YALE</i> 2.0
OR	<i>Odds Ratios</i>
p	p-value
P	Percentil
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

A Pandemia por COVID-19 emergiu a partir de Wuhan, na China, no ano 2019 e espalhou-se por todo o mundo. Em 2020, foram registados os primeiros casos quer em Portugal, quer no Brasil. Devido a esta pandemia, vários países, incluindo Portugal e Brasil, decretaram políticas de quarentena e isolamento de contacto obrigatórias, com o intuito de minimizar a disseminação da doença e controlar a infeção. A quarentena incluiu confinamentos de médio e longo prazo, cancelamento de eventos sociais e restrições nas viagens (1)(2) Para a maioria das pessoas a vida quotidiana mudou drasticamente e a vida como a conhecemos foi suspensa, nessa altura, indefinidamente. Nesta fase, foram encerradas escolas e universidades e suspensas as aulas presenciais (1). Estas mudanças trouxeram preocupações socioeconómicas, psicológicas e educacionais, quer a nível individual, quer a nível coletivo. (2)

No decurso de outras epidemias prévias à epidemia por COVID-19, como a SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), foi demonstrado que a quarentena provocou aumento dos problemas psicológicos, como distúrbios emocionais, depressão, sintomas de stress, irritabilidade, mudanças de humor, insónia, sintomas de stress pós-traumático, raiva e exaustão emocional (3)(4)(5). Foram também reportados medo de contágio, falta de informação, frustração e tédio, solidão e falta de comunicação (6)(3). Apesar de poderem ocorrer em todos os indivíduos, a probabilidade destes efeitos secundários aumenta nas crianças, adolescentes, mulheres, adultos mais velhos, grupos sócio-económicos mais desfavorecidos e pessoas com condições de patologia mental pré-existente (7). Embora a doença mental pré-existente seja um fator de risco, o isolamento social por si só pode despoletar estas situações, mesmo naqueles sem doença mental prévia (1)(8)(9)(4). Além disso, os impactos negativos na saúde mental persistem mesmo após a quarentena.(1)

Os sintomas de depressão e ansiedade encontram-se positivamente relacionados com o aumento do uso abusivo da internet. Dado os impactos negativos da quarentena relacionada com a COVID-19 na saúde mental, *Elhai et al.*, demonstraram que estes sintomas negativos potenciaram o aumento do uso abusivo de telemóvel, estando também relacionado com o aumento do distanciamento social imposto (10). Foi também demonstrado que as situações de pandemia aumentaram o risco de exacerbações nos indivíduos com distúrbios alimentares, aumentando comportamentos como a restrição alimentar (*binge eating*), comportamentos purgativos e hábitos de exercício negativos, relativamente ao tempo antes da quarentena. Pensa-se que sejam passíveis de advir do aumento da vulnerabilidade aos níveis de *stress* e ansiedade no decurso da quarentena.

Por outro lado, nos indivíduos previamente sem distúrbios alimentares, aumentaram as restrições alimentares e a compulsão alimentar, no entanto, não existiu aumento dos comportamentos de purgação.(11)

Nestes ambientes de pandemia os estudantes de medicina têm mais suscetibilidade a sintomas depressivos e são mais vulneráveis à doença mental, stress psicológico (12), alterações do humor, distúrbios de ansiedade e ideação suicida (13) Pensa-se que esta suscetibilidade possa advir da maior carga de trabalho, volume de trabalho e exigência do currículo (14). Verifica-se ainda que os estudantes de medicina têm mais propensão ao distanciamento emocional da família, colegas e amigos, bem como à diminuição da capacidade de trabalho (2). Existem vários fatores que contribuem para o stress aumentado nos alunos de medicina, tais como: sentimentos de não estar preparados para as avaliações, a organização do plano de estudos e a pressão académica. (15)(16)(17). No decurso da atual pandemia causada pelo SARS-COV-2, foram efetuados estudos nos estudantes de medicina de vários países, incluindo no Casaquistão (18), Brasil (19), França (20), China (21)(22)(23), Bósnia Herzegovina (24) e Japão (25). Concluindo-se que durante a quarentena decretada pelo governo, os fatores que mais contribuíram para o stress causado nos estudantes foram a cessação abrupta das aulas presenciais, diminuição do contacto com os doentes e menor tempo de permanência nos hospitais. Outros fatores a terem impacto foram a falta de interação com os pares e a falta do contacto social. Além disso, estima-se que tenham existido fatores de *stress* financeiros, tendo muitos alunos perdido os seus trabalhos, em *full* ou *part-time*. Estima-se que as relações interpessoais, através de videochamadas ou redes sociais, o *mindfulness* e a meditação e o exercício físico, foram alguns dos fatores protetores. (26)

Com este estudo pretende-se avaliar os impactos da quarentena por pandemia de COVID-19 nos alunos de medicina de Portugal e do Brasil nos anos 2020 e 2021.

2. Metodologia de Investigação

2.1 – Tipo de estudo:

A investigação foi efetuada através de um estudo prospetivo, recorrendo à divulgação online do questionário, difundida através do mail institucional.

2.2 – Amostra e Procedimentos:

A investigação incide na análise dos resultados obtidos das respostas a um questionário, difundido online através da plataforma *google forms* (anexo III). A participação foi voluntária e devidamente esclarecida de acordo com o formulário de consentimento livre, informado e esclarecido. O projeto foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética de Universidade da Beira Interior, com parecer positivo no dia 30 de outubro de 2020 (anexo II). O questionário foi difundido através do e-mail oficial das faculdades de medicina Portuguesas e do Brasil, estando disponível de novembro de 2020 a agosto de 2021.

O estudo teve uma população alvo de cerca de 7400 alunos Portugueses, das 7 faculdades de Medicina do País e 213.348, dos 352 alunos das faculdades de medicina do Brasil. Foram obtidas 481 respostas de aluno portugueses e 383 dos alunos do Brasil.

Foram considerados como critérios de inclusão ser estudante de medicina em faculdade de medicina de Portugal ou do Brasil e como critérios de exclusão não ter fornecido consentimento livre, informado e esclarecido e/ou não ter efetuado confinamento.

Da população portuguesa foram excluídas 10 respostas, 1 por não fornecer consentimento informado, livre e esclarecido e 9 por não terem efetuado confinamento. Restando assim, um total de 471 respostas válidas. Da população brasileira foram excluídas 12 respostas, 1 por não fornecer consentimento informado, livre e esclarecido e 11 por não terem efetuado confinamento. Restando assim, um total de 371 respostas válidas. No total do estudo foram consideradas válidas 842 respostas.

2.3 – Instrumentos:

Neste projeto foram aplicadas escalas validadas para a perceção da imagem corporal, avaliação dos sintomas de depressão, compulsão alimentar e dependência da internet. Foram também utilizadas escalas para a frequência alimentar e a frequência da prática

de atividade física. Todos os instrumentos utilizados encontram-se validados para a população Portuguesa e do Brasil:

a) Perceção da Imagem Corporal:

A perceção da imagem corporal foi avaliada recorrendo às figuras validadas para a população do Brasil e de aplicação online. Este instrumento tem o intuito de perceber distorções da imagem, através do IMC estimado por cada imagem corporal. Foram comparados o IMC calculado a partir da imagem escolhida e o IMC real, calculado com os dados antropométricos fornecidos (27).

b) Frequência Alimentar e de Bebidas:

Avaliaram-se os hábitos alimentares e de consumo de bebidas alcoólicas categorizado pelos principais grupos de alimentos. A frequência do consumo de alimentos foi classificada em consumo diário ou mais, semanalmente, quinzenalmente, ocasionalmente/mensalmente e nunca. O consumo de bebidas foi incluído nas categorias de diariamente, algumas vezes por semana, semanalmente, quinzenalmente, ocasionalmente/mensalmente e nunca.

c) Compulsão Alimentar:

Na classificação da compulsão alimentar utilizou-se a escala de Adição Alimentar *de Yale mYFAS 2.0* – adaptada à População Portuguesa, composta por um total de 13 questões, das quais 2 com significado clínico (questões 5 e 6) (anexo III) (28).

Foram classificados em 4 categorias, de acordo com os critérios:

- Sem compulsão: 1 ou menos sintomas, exceto significado clínico (5 e 6) ou <4 sintomas, exceto com significado clínico;
- Compulsão leve: 2 ou 3 sintomas e com 1 ou 2 com significado clínico ou sem sintomas e com 1 ou 2 com significado clínico;
- Compulsão moderada: 4 ou sintomas e 1 ou 2 com significado clínico;
- Compulsão Acentuada: 6 ou mais sintomas e 1 ou 2 com significado clínico.

d) Atividade Física:

Procedeu-se à classificação do grau de atividade física recorrendo ao questionário *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) forma curta, na versão

Portuguesa. O nível de atividade física foi classificado e calculado de acordo com os seguintes critérios (29):

- Baixo: sem critérios para atividade de nível moderado ou elevado.
- Moderado: ≥ 3 dias de atividade vigorosa por, pelo menos, 20 minutos por dia ou ≥ 5 dias de atividade moderada e caminhada pelos menos durante 30 minutos por dia ou ≥ 5 dias de combinação de caminhada e atividades de intensidade moderada ou vigorosa, com um total mínimo ≥ 600 MET-minuto/semana.
- Elevado: atividade física vigorosa por ≥ 3 dias (mínimo de 20 minutos, com um total ≥ 1500 MET-minuto/semana ou ≥ 7 dias de combinação de caminhada e atividades de intensidade moderada ou vigorosa, com um total mínimo ≥ 3000 MET-minuto/semana.

e) Depressão:

Neste estudo foi utilizada a escala do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), adaptada a Portugal, com o objetivo avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva na população geral através do auto-preenchimento. Este instrumento é composto por 20 questões, com uma pontuação total de 60 pontos. Foram considerados como tendo sintomas de depressão, os indivíduos que obtiveram uma soma ≥ 20 pontos (30).

f) Dependência da internet:

Na avaliação do grau de dependência da internet foi utilizada a escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2*, adaptada à população Portuguesa (31).

Foram utilizados os critérios de pontos de corte propostos por Young, em 2011 (32). De acordo com a soma da pontuação às questões, os alunos foram classificados em 4 categorias:

- Sem dependência: de 0 a 30 pontos;
- Levemente dependente: de 31 a 49 pontos;
- Moderadamente dependente: de 50 a 79 pontos;
- Dependência acentuada: de 80 a 100 pontos.

2.4 – Análise Estatística:

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* versão 28 e *R Statistics 4.1.0*, com recurso a técnicas de estatística descritiva para a caracterização da amostra.

Os dados das variáveis quantitativas consideradas do estudo foram descritos pelas médias, desvios-padrão (DP), mediana e restantes quartis (P25 e P75), enquanto os dados das variáveis categóricas foram descritos por frequências e percentagens.

A estatística inferencial foi efetuada recorrendo a testes paramétricos e não paramétricos, de acordo com as características da amostra. Para a análise das associações entre a pontuação obtida na escala da Depressão, com as categorias com e sem sintomas e covariáveis disponíveis, recorreu-se a uma regressão logística, que estimou os respetivos *odds ratios* (OR). Foi também estimada uma versão ajustada desses *odds ratios*, para a qual foi utilizado o método de seleção de variáveis do tipo *forward* baseado no rácio das verosimilhanças, tendo-se adotado os níveis de significância de 5 e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável do modelo, respetivamente. Foram também utilizadas diversas medidas para a verificação da qualidade do modelo obtido. Para a análise das associações entre a pontuação na escala de compulsão alimentar e covariáveis disponíveis, foram utilizadas as metodologias supra-descritas.

Para a análise dos IMC atual, habitual e da imagem recorreu-se a uma ANOVA de medidas repetidas mista não paramétrica baseada em *ranks* (*Nonparametric Longitudinal Data in Factorial Experiments* (1)), através do *package* “*nparLD*” (2), versão 2.1, para o R. Com esta metodologia foram obtidas estatísticas tipo ANOVA para cada efeito: tempo (atual, habitual e imagem), país, género e as diferentes interações entre estes fatores. Esta metodologia dispõe de uma medida de efeito relativa (*relative treatment Effect*, RTE), que resulta da razão entre a média dos *ranks* da variável dependente para cada categoria de um dado fator e o total das médias dos *ranks* das categorias desse fator, correspondendo assim o valor 0,5 à igualdade do efeito. Para a comparação entre os dois países ou géneros para cada IMC (atual, habitual e imagem) recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney*. Sempre que necessário, corrigiram-se os valores de prova, que resultaram das comparações aos pares, com a correção de *Bonferroni*. Esta abordagem não paramétrica foi necessária dado todos os pressupostos da ANOVA de medidas repetidas mista paramétrica terem sido violados (normalidade, verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, homogeneidade das variâncias, verificada pelo teste de *Levene* e esfericidade, verificada pelo teste de

Mauchly). Tal deveu-se à existência de muitos *outliers* significativamente influentes (distância de *Cook* superior a $4/837$).

A comparação das variáveis obtidas nas respostas ao questionário de frequência alimentar, escala da depressão, escala de compulsão alimentar, escala de dependência da internet e grau de atividade físicas, entre os dois países foi efetuada recorrendo à estatística de teste não paramétrico de *Mann-Whitney U*.

Para averiguar se existiram alterações nos sintomas reportados na resposta às escalas de depressão, compulsão alimentar, exercício físico e dependência da internet durante a quarentena e os sintomas antes da quarentena foi utilizado o teste de *McNemar*.

Foram considerados significativos os testes de hipóteses cujo valor de prova (*p-value, p*) não excedeu o nível de significância de 5% e os intervalos de confiança nos gráficos foram considerados a 95%.

3. Resultados

3.1. Portugal:

3.1.1: Caracterização Sócio-Demográfica da amostra:

A amostra dos alunos portugueses foi constituída por 471 estudantes das Faculdades de Medicina de Portugal. Dos alunos inquiridos 357 (75,8%) eram do sexo feminino e 114 (24,2%) do sexo masculino. (tabela 1). A maioria eram solteiros ou divorciados (459 – 97,5%) e tinham residência na Área Metropolitana de Lisboa (167 - 35,5%), seguindo-se a zona Centro 136 (28,9%) (tabela 1). A maioria, 243 (51,6%), estudavam na Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), sendo 187 (39,7%) os estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI). Relativamente ao ano de curso frequentado, a maioria encontrava-se no 1º ano (103 – 21,9%), seguindo-se os alunos do 5º ano (98 - 20,8%). A maioria dos estudantes (399 – 84,7%) não possuíam nenhum grau académico prévio ao curso. Nesse sentido, apenas 16 estudantes (3,4%) eram trabalhadores estudantes (tabela 2).

Tabela 1 – Características Sócio-Demográficas (n=471) - Portugal:

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	357	75,8
Masculino	114	24,2
Estado Civil		
Solteiro(a)/Divorciado(a)	459	97,5
Casado(a)	6	1,3
União de Facto	6	1,3
Residência		
Área Metropolitana de Lisboa	167	35,5
Centro	136	28,9
Norte	117	24,8
Sul	24	5,1
Ilhas	27	5,7

Tabela 2 – Características Académicas da Amostra (n=471) - Portugal:

	n	%
Faculdade		
FCS-UBI	187	39,7
FMUC	38	8,1
FML	243	51,6
FMUP	1	0,2
Ciclo Preparatório Madeira	2	0,4
Ano de Curso		
1º Ano	103	21,9
2º Ano	83	17,6
3º Ano	63	13,4
4º Ano	68	14,4
5º Ano	98	20,8
6º Ano	56	11,9
Escolaridade Prévia		
Sim	72	15,3
Não	399	84,7
Profissão		
Estudante	455	96,6
Trabalhador-estudante	16	3,4

3.1.2. – Características Quarentena:

No que concerne à quarentena verificou-se que a maioria dos estudantes, 254 (53,9%) realizaram confinamento com duração superior a 3 meses. A maioria dos estudantes (353 - 74,9%) realizou o confinamento numa moradia ou apartamento com espaço exterior, com possibilidade de realizar exercício físico e atividades de lazer. Dos inquiridos, 442 estudantes (93,8%) realizaram este confinamento com a família, sendo que apenas 7 (1,5%) o realizaram sozinhos ou com os amigos/colegas.

Dos 471 alunos, 459 (97,5%) tiveram atividades como aulas online (tabela 3). Quanto às atividades de lazer verificou-se que 98,9% (466) dos inquiridos estudou durante o confinamento; 453 (96,2%) utilizaram a internet, 438 (93,0%) viram televisão, séries ou filmes e 80,5% (379) praticaram exercício físico. Destacam-se ainda os videojogos (computador e telemóvel) como atividade de lazer praticada por 225 dos estudantes (47,8%) e a leitura recreativa praticada por 198 estudantes (42,0%). Os restantes distribuíram-se por atividades como puzzles, meditação, jardinagem e culinária, embora com menos representatividade (tabela 3).

Tabela 3 – Características da quarentena (n=471) – Portugal:

	n	%
Duração		
<1 mês	43	9,1
1 mês	58	12,3
2 meses	116	24,6
3 meses ou mais	254	53,9
Local de Confinamento		
Moradia/apartamento com espaço exterior	353	74,9
Moradia/apartamento sem espaço exterior	116	24,6
Outro	2	0,4
Com quem fez quarentena		
Sozinho(a)	7	1,5
Família	442	93,8
Amigos/colegas	7	1,5
Namorado(a)/companheiro(a)/marido ou esposa	15	3,2
Quarto		
Individual	407	86,4
Partilhado	66	14,0
Aulas Online		
Sim	459	97,5
Não	12	2,5
Atividades de Lazer		
<u>Estudar</u>		
Sim	466	98,9
Não	5	1,1
<u>Exercício Físico</u>		
Sim	379	80,5
Não	92	19,5
<u>TV e Séries</u>		
Sim	438	93,0
Não	33	7,0
<u>Utilizar a internet</u>		
Sim	453	96,2
Não	18	3,8
<u>Leitura</u>		
Sim	198	42,0
Não	273	58,0
<u>Videojogos</u>		
Sim	225	47,8
Não	244	51,8
Omisso	2	0,4
<u>Puzzles</u>		
Sim	76	16,1

Não	395	83,9
<u>Meditação</u>		
Sim	98	20,8
Não	373	79,2
<u>Jardinagem</u>		
Sim	66	14,0
Não	405	86,0

3.1.3: Escala de Peso e Percepção Corporal:

No que toca ao peso observou-se que os estudantes (antes da quarentena) tiveram um peso mínimo habitual de 40,0 kg e um máximo de 115 kg, tendo sido a média igual a 61,99 kg (dp=12,18 kg). Por sua vez, o peso atual (após o confinamento), manteve-se em relação ao peso mínimo (40,0 kg), tendo descido 25 kg em relação ao peso máximo, com 62,63 kg (dp=13,10 kg) de média (tabela 4).

Analisando o IMC por classes verificou-se que em ambos os casos predominaram os normoponderais (classe entre 18,5-24,99 kg/m²). Verificou-se que, quanto ao IMC habitual, 359 (76,22%) estudantes foram classificados como normoponderais (fig.1) e, quanto ao IMC atual, 354 (75,16%) alunos eram normoponderais (fig.2).

Observou-se uma média no valor de IMC atual de 22,18, sendo superior à do IMC habitual (21,97), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$) (tabela 4).

Relativamente à escala de percepção de imagem corporal foi possível perceber a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) entre o IMC atual, calculado recorrendo aos parâmetros antropométricos, e o IMC auto-reportado na escala de percepção de imagem corporal, sendo o IMC auto-reportado superior ao IMC atual (tabela 4).

Tabela 4 – Peso, altura e IMC habitual, atual e da escala da imagem – Portugal:

	<i>Peso habitual (kg)</i>	<i>Peso atual (kg)</i>	<i>Altura (m)</i>	<i>IMC habitual (kg/m²)</i>	<i>IMC atual (kg/m²)</i>	<i>IMC Imagem</i>
Mínimo	40,00	40,00	1,50	15,99	15,99	12,50
Máximo	115,00	140,00	2,00	40,88	39,44	47,50
Média (DP)	61,99 (12,18)	62,63 (13,10)	1,68 (0,09)	21,97 (3,34)	22,18 (3,55)	26,09 (5,98)
Mediana (AIQ)	60,00 (15,00)	60,00 (15,00)	1,67 (0,12)	21,55 (3,60)	21,57 (3,92)	25,00 (7,50)
<i>p-value</i>				$p = 0,002^a$		$p < 0,001^a$

^a – Teste dos sinais.

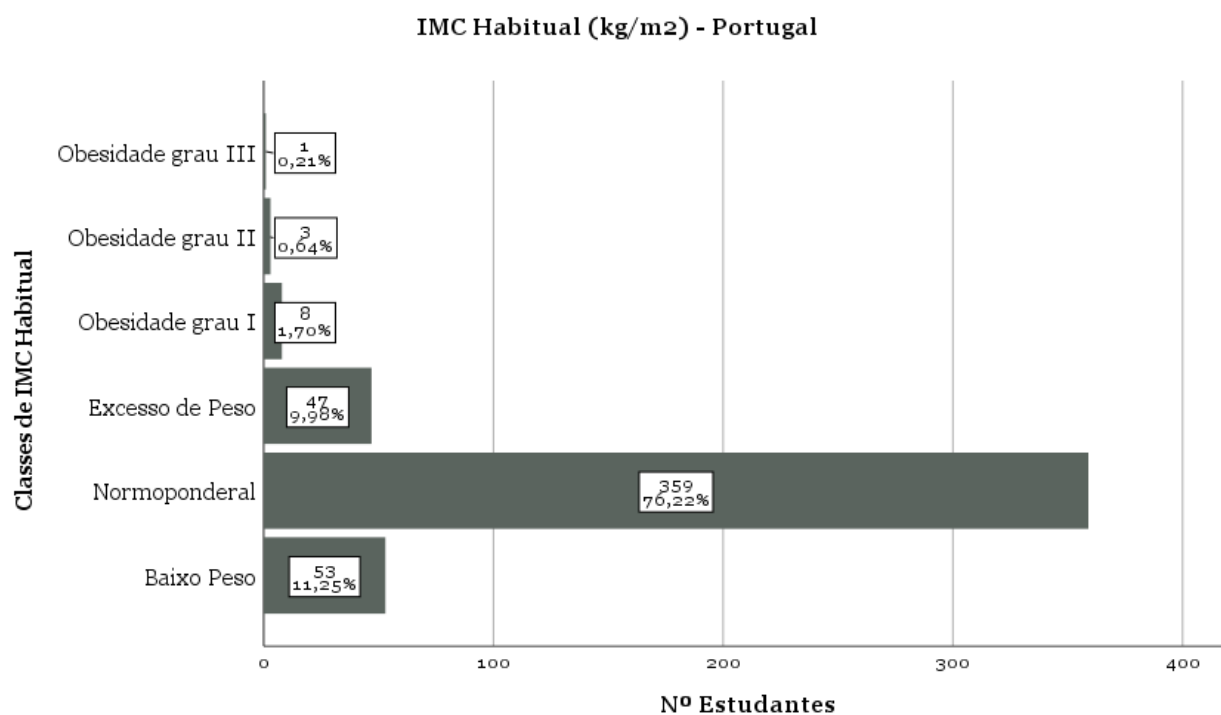


Fig.1 – IMC habitual distribuído por classes – Portugal.

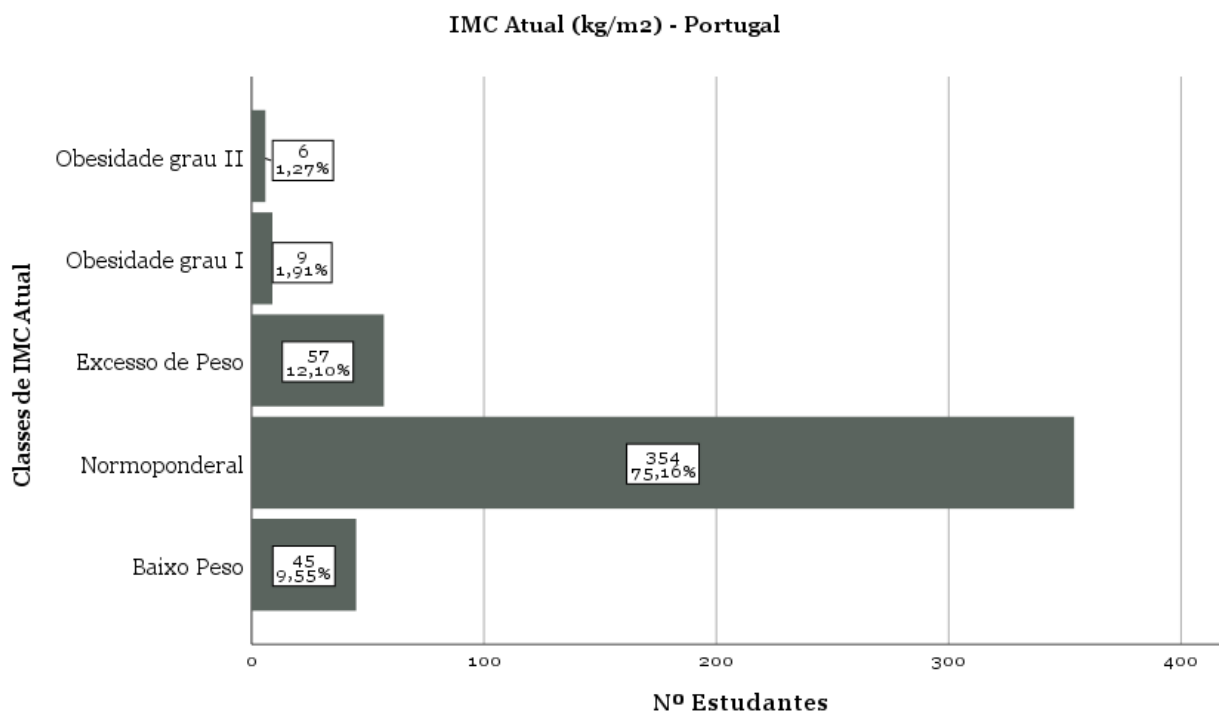


Fig.2 – IMC atual distribuído por classes – Portugal.

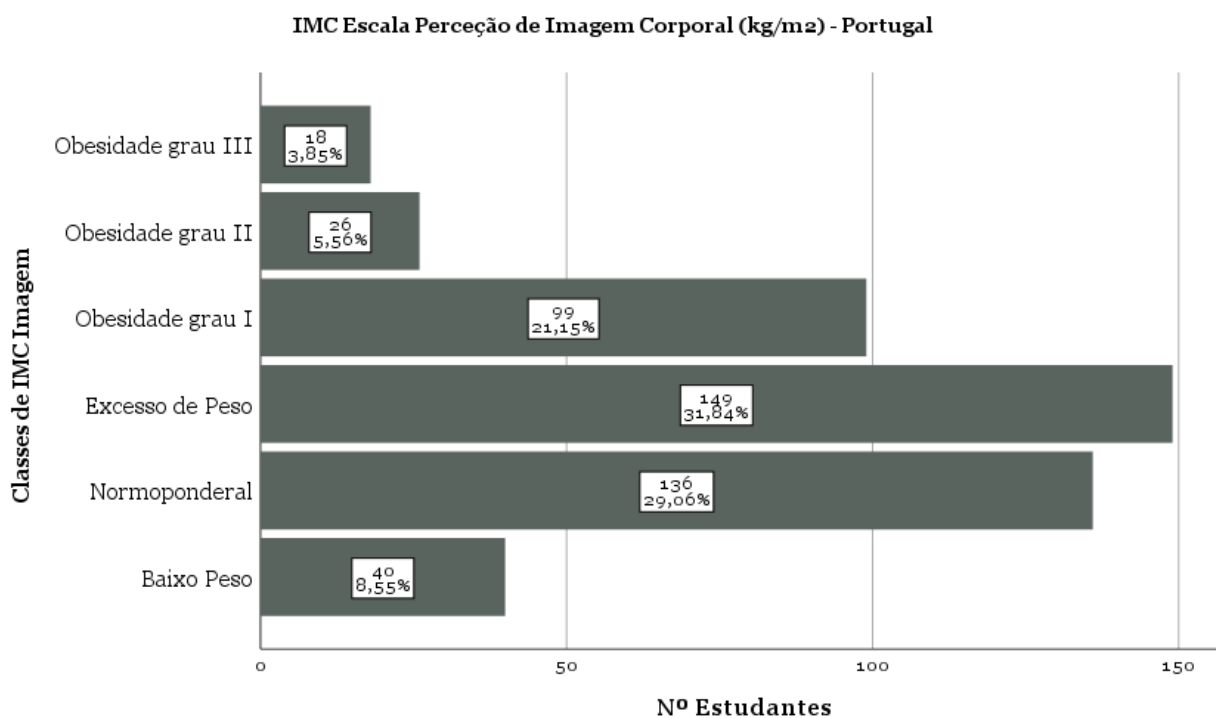


Fig.3 – IMC atual distribuído por classes escala Percepção de Imagem Corporal – Portugal.

3.1.4: Hábitos de vida:

Relativamente aos hábitos de vida dos estudantes de medicina de Portugal, observou-se que a maioria (n=440 – 93,42%) não tinham consumo tabágico, no entanto, 28 (5,94%) referiram que fumavam (fig. 4). Dos 28 estudantes com consumo tabágico, observou-se que 10 (35,71%) mantiveram o seu consumo e o mesmo número deixou de consumir completamente na quarentena. Destacam-se ainda dois estudantes (7,14%) que iniciaram consumo tabágico durante a quarentena (fig. 5).

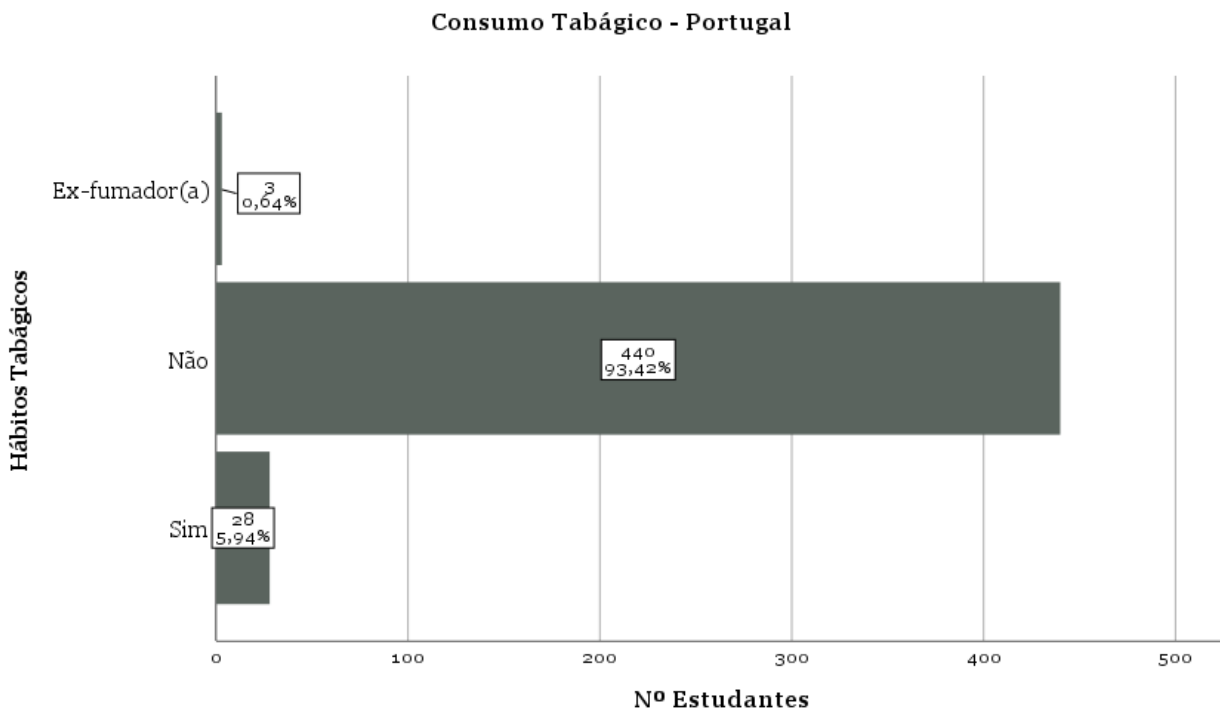


Fig.4 – Consumo tabágico – Portugal.

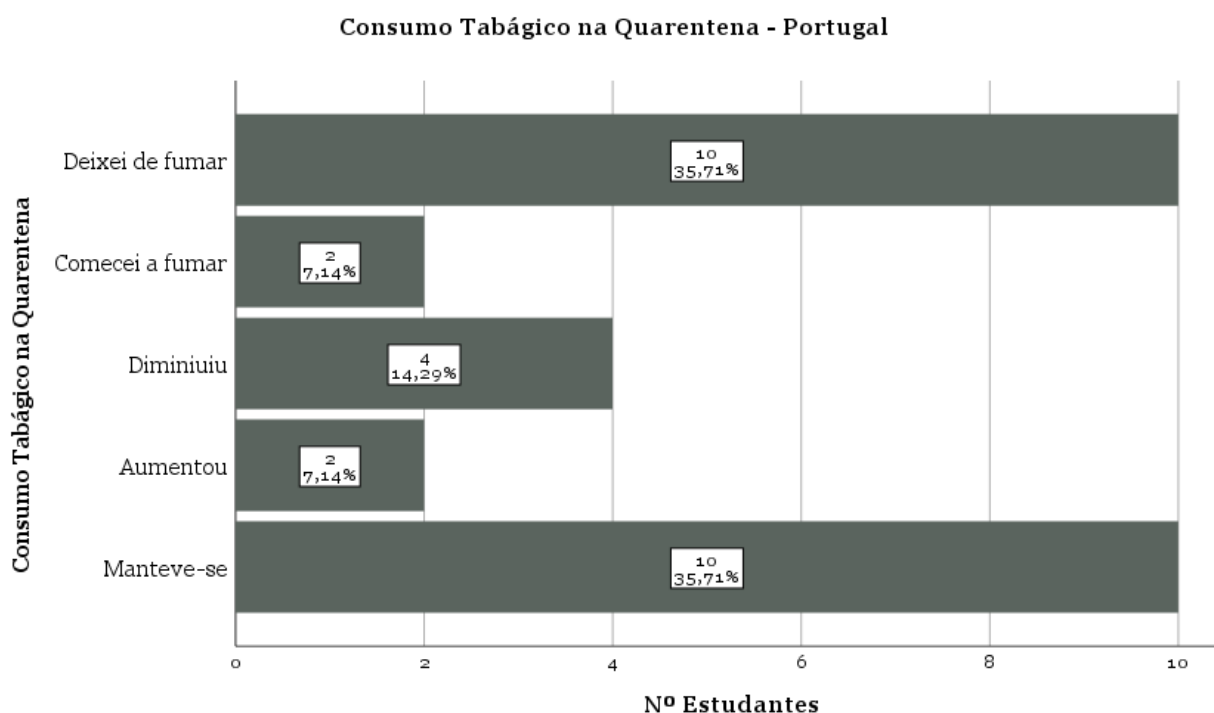


Fig.5 - Consumo tabágico na quarentena– Portugal.

No que toca ao sono, verificou-se que os estudantes dormiram, em média 7 horas e 40 minutos, com um desvio-padrão de 88 minutos. O mínimo de horas de sono são 5 e no máximo, 10 horas (tabela 5).

Tabela 5 – Horas de Sono - Portugal:

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média (DP)</i>
Horas de sono	5,00	10,00	7,40 (0,88)

Relativamente ao consumo de alimentos verificou-se que 351 (74,52%) consumiram fruta diariamente e que 4 (0,85%) nunca consumiram. No mesmo sentido, 371 (78,77%) dos estudantes consumiram vegetais e hortícolas de forma diária. No que concerne ao consumo de leguminosas, verificou-se que a maioria consumiu este grupo de alimentos semanalmente (259 - 54,99%) e que 167 (35,46%) tiveram um consumo diário. A maioria dos alunos consumiu frutos secos semanalmente (213 – 45,22%) (anexo I).

Verificou-se ainda que a maioria, 343 (72,82%) consumiu lacticínios diariamente e que apenas 14 (2,97%) não consumiram estes produtos. No que diz respeito às alternativas

aos produtos lácteos, como bebidas e iogurtes vegetais, verificou-se que este número era menor, sendo consumido diariamente por 162 (34,39%) alunos (anexo I).

No que concerne ao consumo de refeições prontas tipo *fast-food*, verificou-se que a maioria dos estudantes 255 (54,14%) consumiram ocasional ou mensalmente. Observou-se ainda que 6 (1,27%) estudantes consumiram estas refeições diariamente. Por outro lado, 44 (9,34%) nunca consumiram este tipo de alimentos (anexo I).

Verificou-se que a maioria 233 (49,47%) dos estudantes consumiu doces, como gomas, chocolates e outras guloseimas de forma semanal. De destacar ainda que 63 (13,38%) tiveram um consumo diário e que 13 (2,76%) alunos não os consumiram (anexo I).

Quanto ao consumo de Snacks salgados como batatas-fritas de pacote e aperitivos, verificou-se que 167 (35,46%) estudantes consumiram mensal ou ocasionalmente e que 12 (2,55%) estudantes consumiram diariamente e 44 (9,34%) (anexo I).

Relativamente às bebidas não alcoólicas, verificou-se que a maioria, 269 (57,11%) consumiu café diariamente (anexo I). Quanto ao consumo de álcool, verificou-se que a 77,28% (364) dos estudantes consumiam bebidas alcoólicas e 22,72% (107) não consumiam (fig.5). Dos 364 alunos, a maioria consome bebidas alcoólicas ocasionalmente ou mensalmente, destacando-se o consumo as bebidas destiladas, consumidas por 208 estudantes (62,46%). Dos consumos diários destacaram-se, o consumo quer de cerveja, quer de vinho por 1 aluno (0,30%) (anexo I). Foi observado que 22 (6,09%) alunos consumiram as bebidas alcoólicas sozinhos, sendo que a maioria, 347 (96,39%) consumiu com os amigos no âmbito de festas académicas e não académicas. De destacar que 172 alunos (47,65%) consumiram bebidas alcoólicas com os familiares (anexo I). Quanto à frequência de consumo durante a quarentena verificou-se que a maioria dos alunos (141 – 38,74%) diminuiu o seu consumo, ao passo que 18 (4,95%) aumentaram. Por outro lado, 90 alunos (24,73%) deixaram de consumir bebidas alcoólicas durante a quarentena (fig.6).

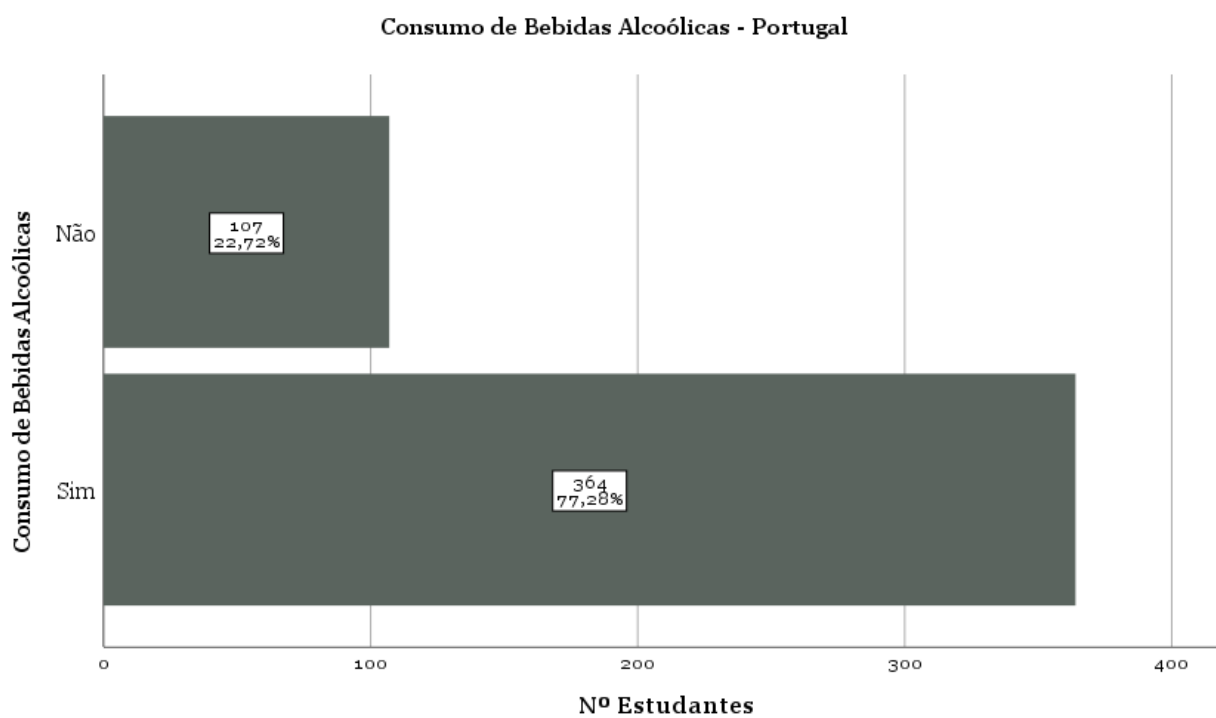


Fig.6 – Consumo de bebidas alcoólicas– Portugal.

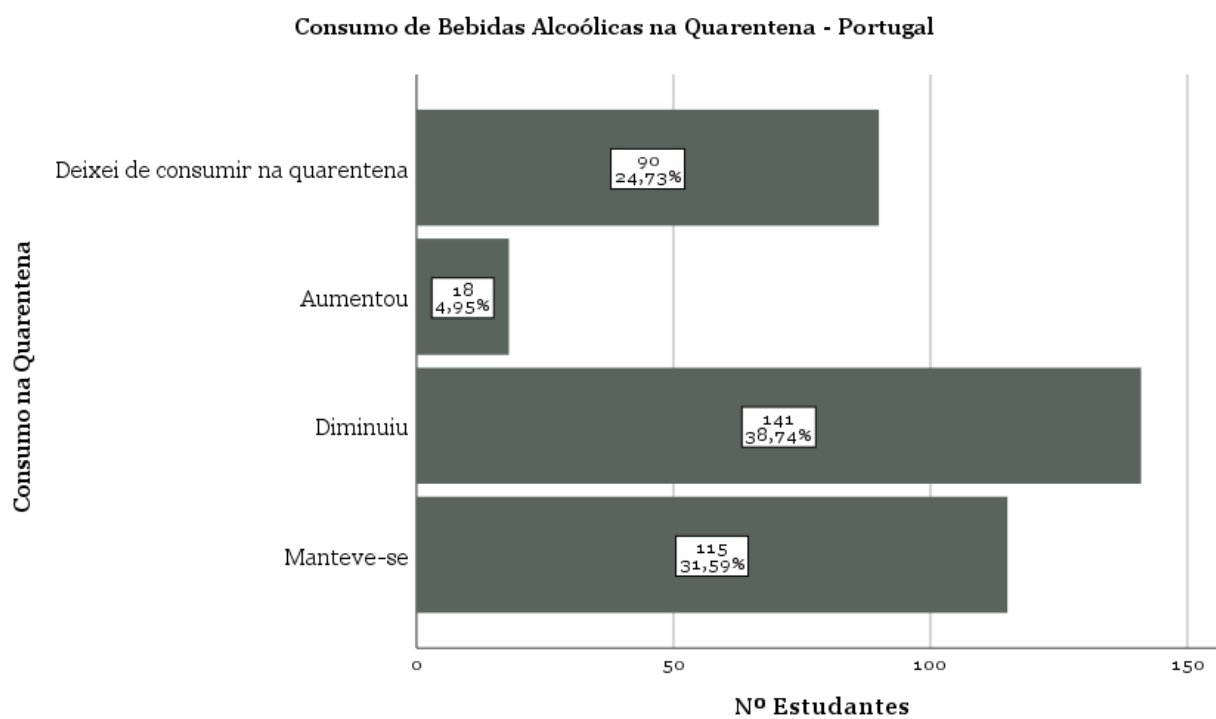


Fig.7 – Consumo de bebidas alcoólicas durante a quarentena– Portugal.

3.1.5: Adição Alimentar – escala de *Yale mYFAS 2.0* – adaptado:

Em relação à escala de Compulsão Alimentar de *Yale* verificou-se que a maioria dos alunos não foram classificados como tendo compulsão alimentar (441 – 93,63%), no entanto, 30 alunos (6,36%) evidenciaram algum grau de compulsão, mais especificamente, 19 (4,03%) alunos tiveram um grau de compulsão acentuada, 2 (0,42%) apresentam uma compulsão moderada e 9 (1,91%) compulsão de grau ligeiro (fig. 8). Quando questionados acerca destes sintomas previamente à quarentena, a maioria dos alunos (250 – 55,31%) responderam que não tinham sintomas prévios enquanto 202 (44,69%) tinham (fig.9).

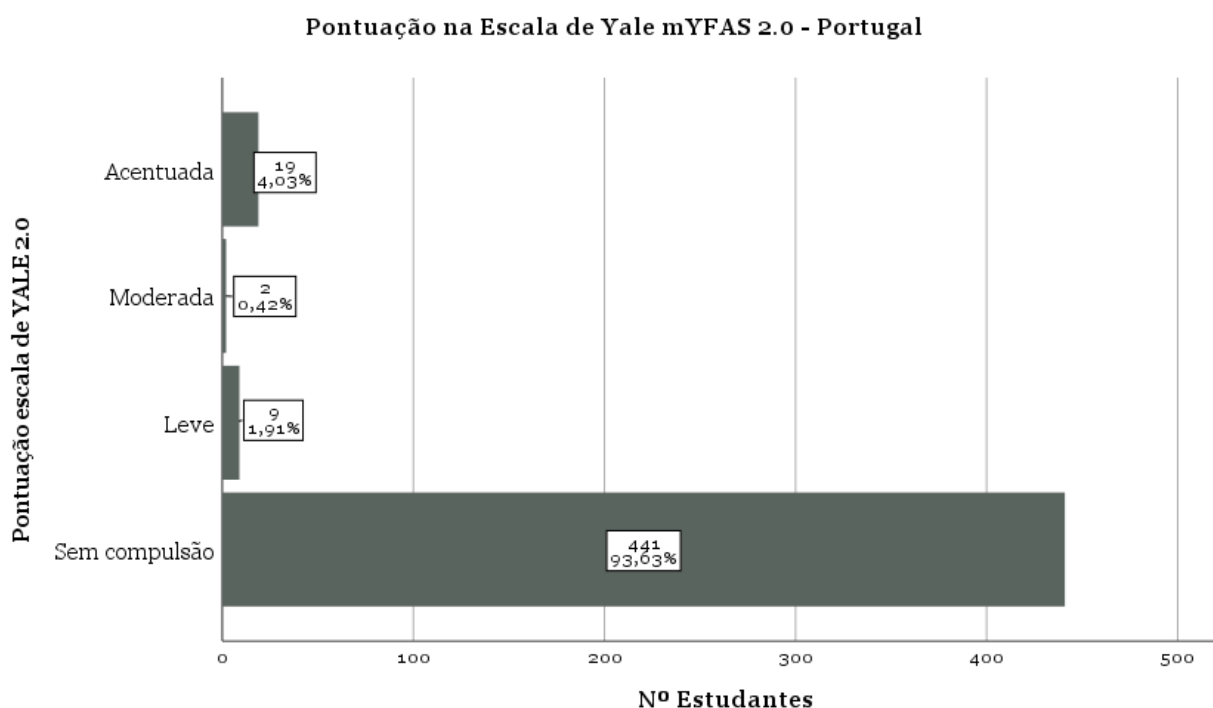


Fig. – 8 – Classificação da compulsão alimentar pela escala *mYFAS 2.0* – adaptada – Portugal.

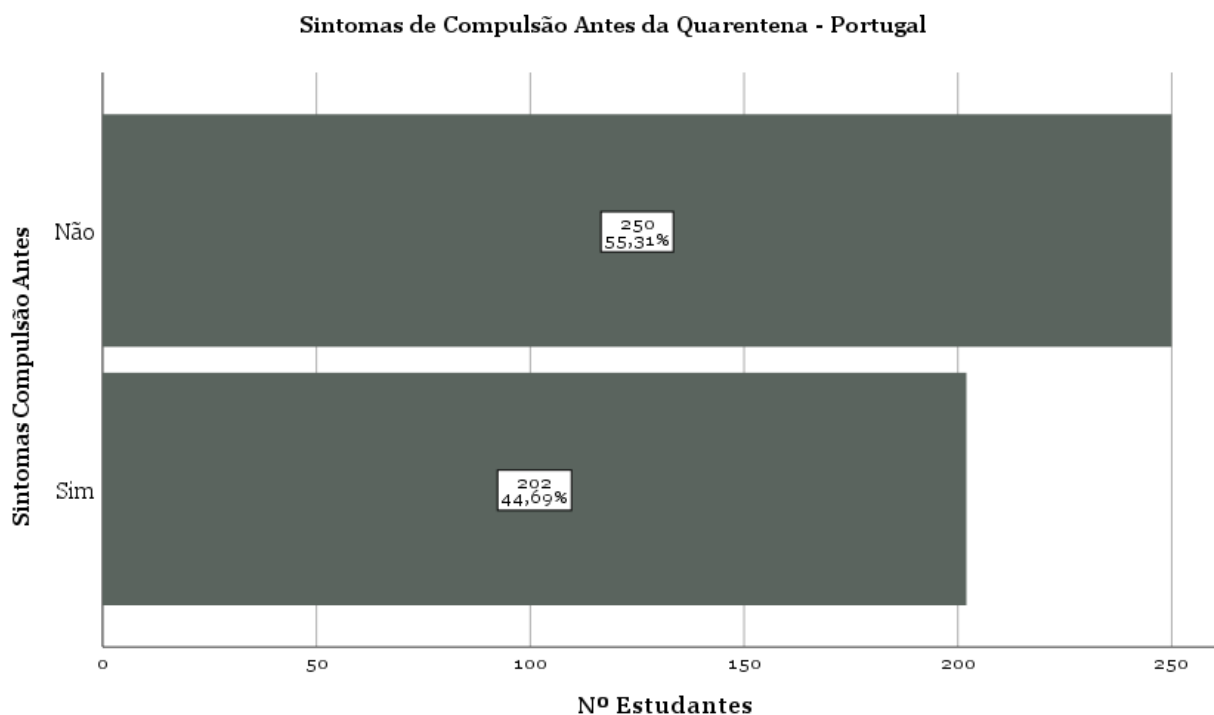


Fig. 9 – Sintomas de compulsão alimentar antes da quarentena – Portugal.

Tabela 6: Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de compulsão na escala *mYFAS 2.0* – Portugal:

		<i>Pontuação na escala mYFAS 2.0</i>		
		Sem compulsão	Com compulsão	Total
Sintomas de Compulsão Antes da Quarentena	Sim	180 (39,8%)	22 (4,9%)	202 (44,7%)
	Não	243 (53,8%)	7 (1,5%)	250 (55,3%)
	Total	423 (93,6%)	29 (6,4%)	452 (100,0%)
		$p < 0,001^a$		

^aTeste de McNemar

Verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa da percentagem de alunos com compulsão, medida através da escala *mYFAS 2.0*, durante a quarentena ($p < 0,001$), tendo-se, nesta circunstância, encontrado somente 29 (6,4%) alunos, enquanto que antes da quarentena foram 202 (44,7%) alunos que responderam ter tido mais sintomas (tabela 6).

3.1.6: IPAQ – Atividade Física:

Relativamente à escala de atividade física do IPAQ verificou-se que a maioria dos alunos praticaram uma atividade moderada (272 – 57,75%), seguido pela baixa atividade física com 127 alunos (26,96%) (fig. 10).

Relativamente ao tipo de atividades destacaram-se as atividades recorrendo a plataformas online de acesso gratuito, como *Youtube*, *Instagram* de profissionais do desporto, etc., praticada por 210 alunos (59,15%) (anexo I). Seguindo-se as atividades praticadas *outdoor* como corrida e caminhada, praticada por 156 alunos (43,94%), verificando-se a mesma percentagem no que concerne às atividades *indoor* por autorrecriação (anexo I).

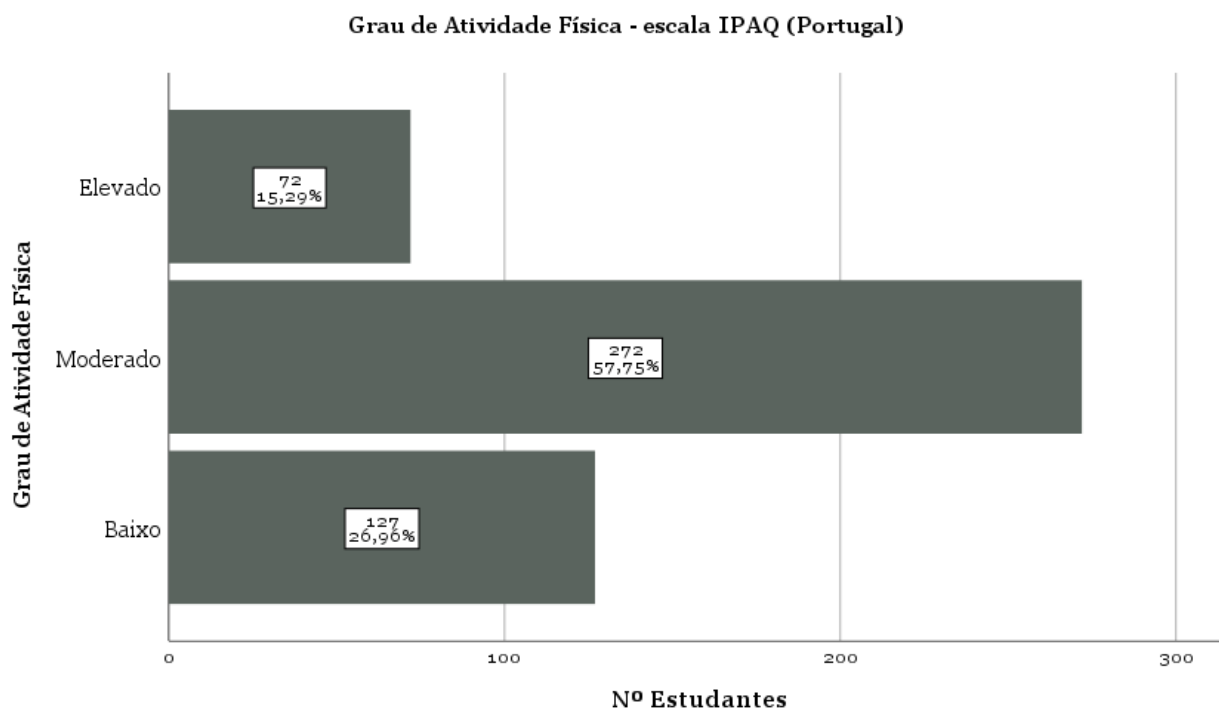


Fig. 10 – Grau de atividade física – escala IPAQ – Portugal.

3.1.7: Questionário Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D):

Em relação à escala da depressão verificou-se que 219 alunos (46,50%) foram classificados como tendo sintomas depressivos durante a quarentena e 252 (53,50%) foram classificados como não tendo (fig.11).

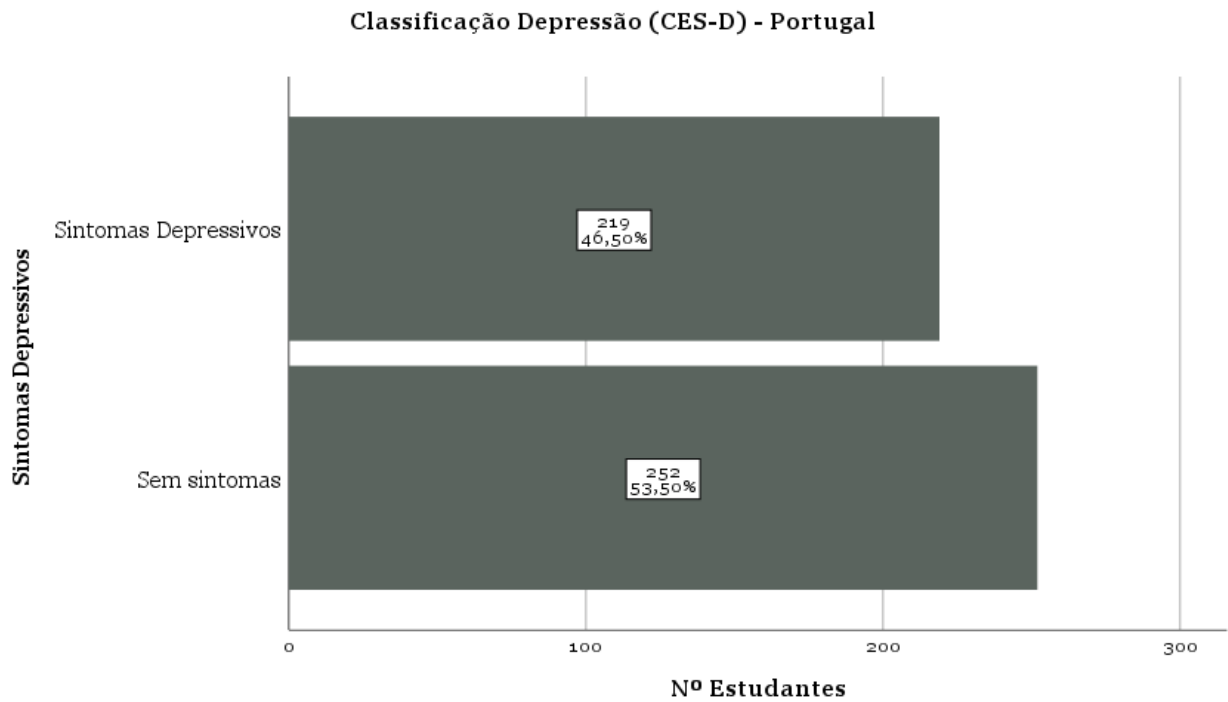


Fig. 11 – Classificação da depressão – escala: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* – Portugal.

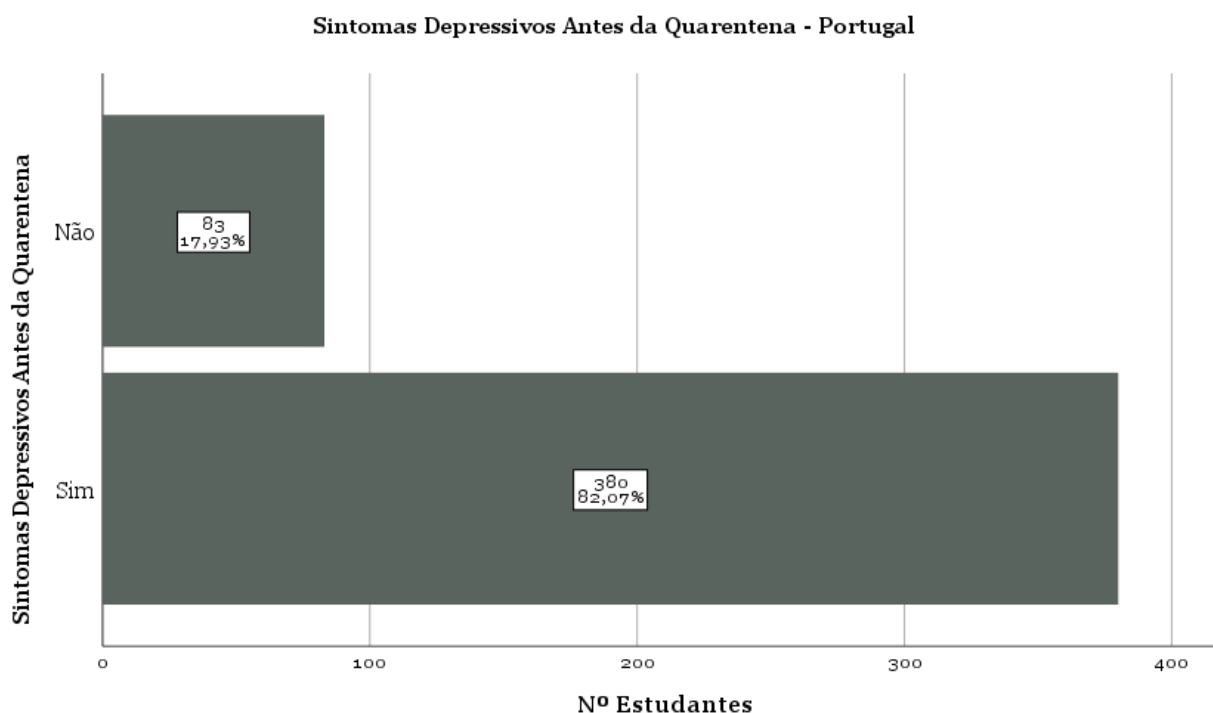


Fig. 12 – Sintomas depressivos antes da quarentena – Portugal.

Tabela 7: Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de sintomas depressivos na escala CES-D – Portugal:

		<i>Classificação Depressão escala CES-D</i>		
		Sem Sintomas	Sintomas Depressivos	Total
Sintomas de Depressão Antes da Quarentena	Sim	185 (40,0%)	195 (42,1%)	380 (82,1%)
	Não	61 (13,2%)	22 (4,8%)	83 (17,9%)
	Total	246 (53,1%)	217 (46,9%)	463 (100,0%)
		p<0,001 ^a		

^a Teste de McNemar

Por outro lado, verificou-se que antes da quarentena 380 alunos (82,1%) responderam ter estes sintomas, dos quais 195 (42,1%) foram classificados como tendo sintomas depressivos pela escala CES-D (tabela 7 e fig.12). Dos 83 (17,9%) alunos que responderam não ter sintomas prévios à quarentena, 22 (4,8%) foram classificados como tendo sintomas depressivos. Encontrou-se assim uma diminuição estatisticamente significativa da percentagem de alunos com sintomas de depressão durante a quarentena ($p < 0,001$) (tabela 7).

3.1.8: Dependência da Internet:

Relativamente ao que respeita à dependência da internet, utilizando a escala “*Generalized Problematic Internet Use Scale 2*” adaptada à população Portuguesa, verificou-se que a maioria dos alunos foi classificado como tendo uma dependência leve (238; 50,5%), seguindo-se os classificados como moderadamente dependentes (129; 27,4%) e 7 (1,5%) alunos como severamente dependentes. Verificou-se que apenas 20,6% (97 alunos) não foram classificados como possuindo dependência da internet.

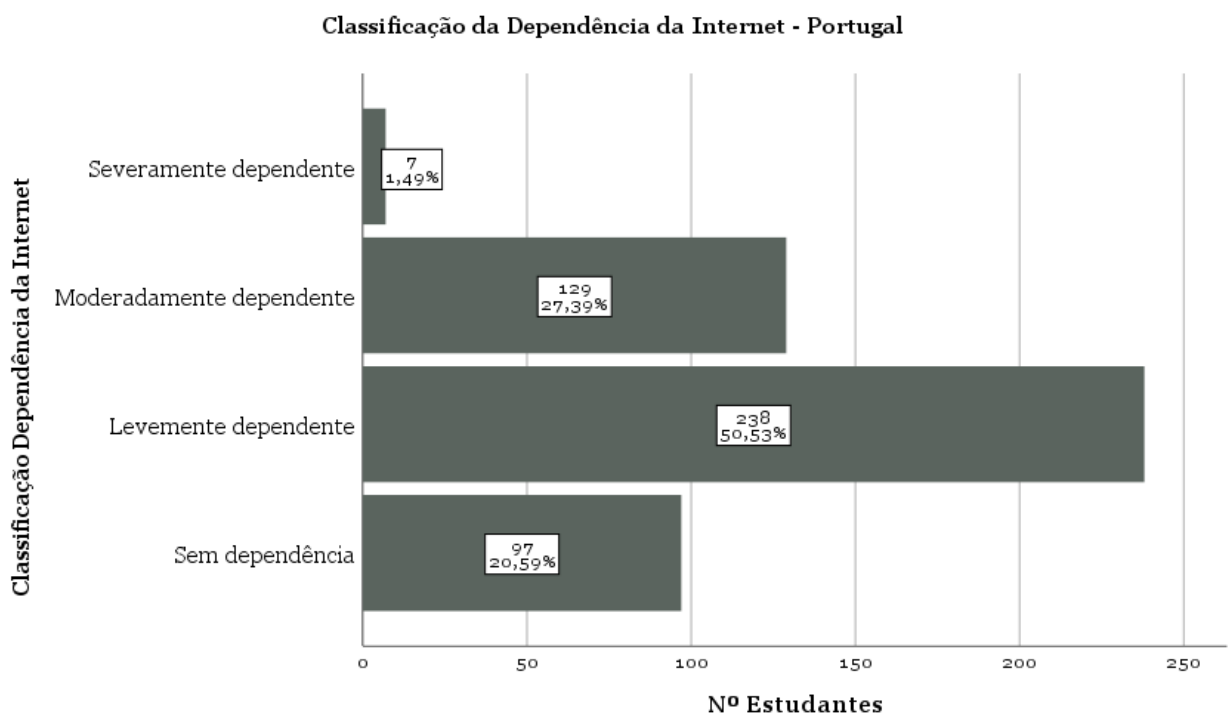


Fig. 13 – Classificação da dependência da internet – escala: “*Generalized Problematic Internet Use Scale 2*” – adaptada à população Portuguesa - Portugal.

Sintomas de Dependência da Internet antes da Quarentena - Portugal

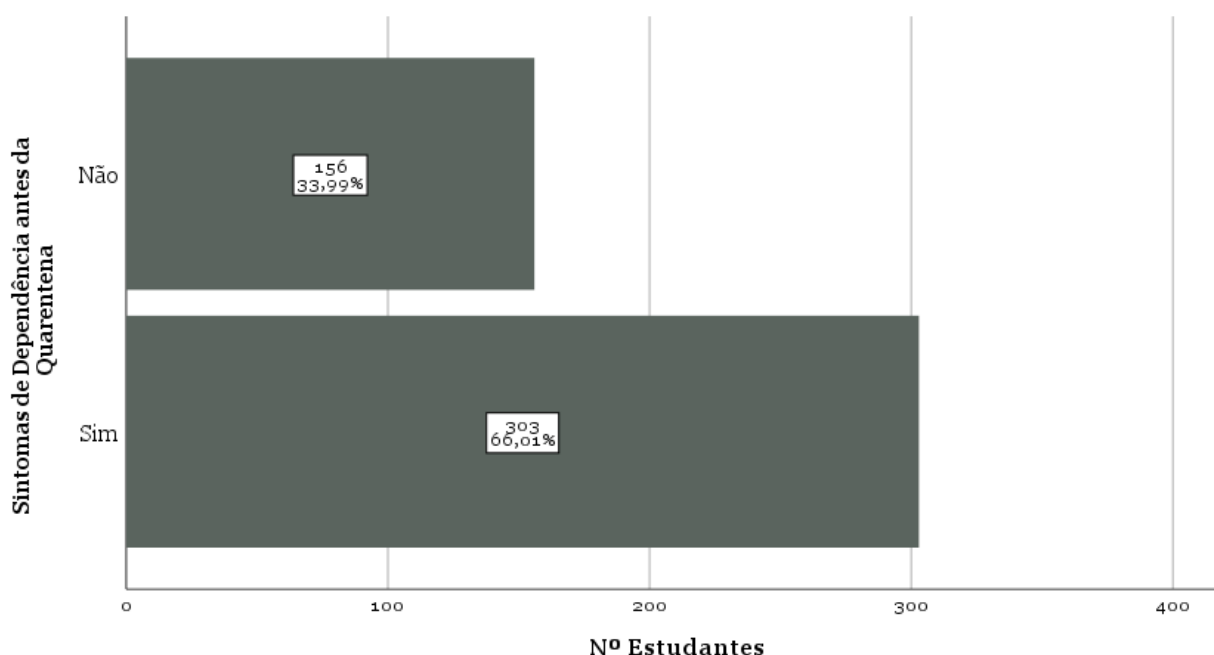


Fig. 14 – Sintomas de dependência da internet antes da quarentena – Portugal.

Tabela 8: Relação entre sintomas antes da quarentena e classificação de dependência pela internet – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada – Portugal:

		Classificação Dependência da internet		
		Sem Dependência	Com Dependência	Total
Sintomas de dependência pela internet antes da Quarentena	Sim	32 (7,0%)	271 (59,0%)	303 (66,0%)
	Não	59 (12,9%)	97 (21,1%)	156 (34,0%)
	Total	91 (19,8%)	368 (80,2%)	459 (100,0%)
		p<0,001 ^a		

^a Teste de McNemar

No que toca aos sintomas semelhantes sentidos antes da quarentena, verificou-se que a maioria dos alunos (303 – 66,0%) referiu ter esses sintomas, dos quais 271 (59,0%) foram classificados como tendo dependência da internet. Verificou-se que 156 (34,0%) dos alunos responderam que não tinham sintomas sugestivos de dependência pela internet, no entanto, 97 (21,1%) desses alunos foram considerados como tendo dependência. Deste modo, encontrou-se um aumento estatisticamente significativo da percentagem de alunos com dependência da internet durante a quarentena ($p<0,001$) (tabela 8).

3.2. Brasil:

3.2.1: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra:

Nesta investigação participaram 371 estudantes das Faculdades de Medicina do Brasil, sendo 248 (66,8%) do sexo feminino, 122 (32,9%) do sexo masculino e 1 não binário (0,3%) (tabela 9).

Dos estudantes, a maioria (335- 90,3%) eram solteiros ou divorciados, 20 (5,4%) e tinham residência no Sudeste (estados de Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) (186 – 50,1%), seguindo-se os residentes na zona Sul (estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) (122 - 32,9%). No mesmo sentido, a maioria dos alunos estudava em faculdades do Sudeste, seguindo-se as faculdades localizadas no Sul (tabela 9).

Relativamente ao ano de curso frequentado, a maioria dos alunos encontravam-se no 1º ano, correspondendo a 92 (24,8%) participantes, seguindo-se os alunos do 3º ano, com 76 participantes e uma percentagem de 20,5%. A maioria dos estudantes (303), correspondendo a uma percentagem de 81,7% não possuíam qualquer grau académico prévio ao curso e apenas 10 estudantes eram trabalhadores-estudantes, com uma percentagem de apenas 2,7% (tabela 10).

Tabela 9 – Características Sócio-Demográficas (n=371) - Brasil:

	n	%
Sexo		
Feminino	248	66,8
Masculino	122	32,9
Não binário	1	0,3
Estado Civil		
Solteiro(a)/Divorciado(a)	335	90,3
Casado(a)	20	5,4
União de Facto	16	4,3
Residência		
Sul	122	32,9
Norte	23	6,2
Nordeste	35	9,4
Centro-Oeste	4	1,1
Sudeste	186	50,1
Não respondeu	1	0,3

Tabela 10 – Características Acadêmicas da Amostra (n=371) - Brasil:

	n	%
Faculdade		
Faculdade do Sudeste	149	40,2
Faculdade do Norte	57	15,4
Faculdade do Nordeste	34	9,2
Faculdade do Centro-Oeste	5	1,3
Faculdade do Sul	126	34,0
Ano de Curso		
1º Ano	92	24,8
2º Ano	60	16,2
3º Ano	76	20,5
4º Ano	63	17,0
5º Ano	49	13,2
6º Ano	31	8,4
Escolaridade Prévia		
Sim	68	18,3
Não	303	81,7
Profissão		
Estudante	361	97,3
Trabalhador-estudante	10	2,7

3.2.2. – Características Quarentena:

No que concerne à quarentena verificou-se que 295 (79,5%) alunos realizaram-no com uma duração superior a 3 meses. A maioria dos estudantes (274 - 73,9%) realizou o confinamento numa moradia ou apartamento com espaço exterior com possibilidade de realizar exercício físico e atividades de lazer. Dos inquiridos, 322 estudantes (86,8%) realizaram este confinamento com a família, sendo que apenas 15 (4,0%) o realizaram sozinhos. A maioria dos alunos (356 - 96,0%) tiveram atividades como aulas online.

Quanto às atividades de lazer verificou-se que 366 (98,7%) dos inquiridos, utilizaram a internet, 97,8% (363) estudou durante o confinamento; 357 (96,2%) viram televisão, séries ou filmes e 73,3% (272) praticaram exercício físico. Destacam-se ainda os videojogos (computador e telemóvel) como atividade de lazer praticada por 204 dos estudantes (55,0%) e a leitura recreativa praticada por 184 estudantes (49,6%). Os restantes distribuíram-se por atividades como puzzles, meditação, jardinagem e culinária, embora com menos representatividade (tabela 11).

Tabela 11 – Características quarentena (n=371) – Brasil:

	n	%
Duração		
<1 mês	25	6,7
1 mês	20	5,4
2 meses	31	8,4
3 meses ou mais	295	79,5
Local de Confinamento		
Moradia/apartamento sem espaço exterior	97	26,1
Moradia/apartamento com espaço exterior	274	73,9
Com quem fez quarentena		
Sozinho(a)	15	4,0
Família	322	86,8
Amigos/colegas	2	0,5
Namorado(a)/companheiro(a)/marido ou esposa	32	8,6
Quarto		
Individual	322	86,8
Partilhado	49	13,2
Aulas Online		
Sim	356	96,0
Não	15	4,0
Atividades de Lazer		
<u>Estudar</u>		
Sim	363	97,8
Não	8	2,2
<u>Exercício Físico</u>		
Sim	272	73,3
Não	99	26,7
<u>TV e Séries</u>		
Sim	357	96,2
Não	14	3,8
<u>Utilizar a internet</u>		
Sim	366	98,7
Não	5	1,3
<u>Videojogos</u>		
Sim	204	55,0
Não	167	45,0
<u>Leitura</u>		
Sim	184	42,0
Não	187	50,4
<u>Meditação</u>		
Sim	87	23,5
Não	284	76,5

<u>Jardinagem</u>			
Sim		65	17,5
Não		306	82,5
<u>Puzzles</u>			
Sim		55	14,8
Não		316	85,2

3.2.3: Escala de Peso e Percepção corporal:

Relativamente ao peso, observou-se que o peso habitual dos estudantes (antes da quarentena) teve um mínimo de 36,0 kg e um máximo de 140 kg, tendo sido a média igual a 66,98 kg (dp=14,80 kg). Por sua vez, o peso atual (após o confinamento) manteve-se em relação ao peso mínimo (36,0 kg), tendo aumentado 10 kg em relação ao peso máximo, onde a média foi de 69,06 (DP=16,84 kg) (tabela 12).

Analisando o IMC por classes verifica-se que em ambos os casos predominam os normoponderais (classe entre 18,5-24,99 kg/m²) (fig. 15 - 17). Verificou-se ainda que 5 estudantes aumentaram para Obesidade grau III (IMC>40 kg/m²), durante a quarentena. À semelhança do encontrado nos alunos de Portugal, verificou-se a existência de um aumento do IMC atual em relação ao IMC habitual, com diferença estatisticamente significativa (p<0,001). Relativamente à escala de percepção de imagem corporal foi possível perceber a existência de uma diferença estatisticamente significativa (p<0,001) entre o IMC atual e o IMC auto-reportado na escala de percepção de Imagem Corporal, sendo o IMC auto-reportado superior ao IMC atual (tabela 12).

Tabela 12 – Peso, altura e IMC habitual, atual e da escala da imagem – Brasil:

	<i>Peso habitual (kg)</i>	<i>Peso atual (kg)</i>	<i>Altura (m)</i>	<i>IMC habitual (kg/m²)</i>	<i>IMC atual (kg/m²)</i>	<i>IMC Imagem</i>
Mínimo	36,00	36,00	1,40	15,62	16,22	12,50
Máximo	140,00	150,00	1,73	39,64	41,55	47,50
Média (DP)	66,98 (14,80)	69,06 (16,84)	2,15 (8,91)	23,43 (3,91)	24,15 (4,73)	27,24 (6,72)
Mediana (AIQ)	65,00 (19,00)	66,00 (20,00)	1,68 (0,11)	22,68 (4,65)	23,18 (4,84)	27,50 (7,50)
<i>p-value</i>				<i>p</i> <0,001 ^a		<i>p</i> <0,001 ^b

^a – Teste dos sinais; ^b – Teste t de student

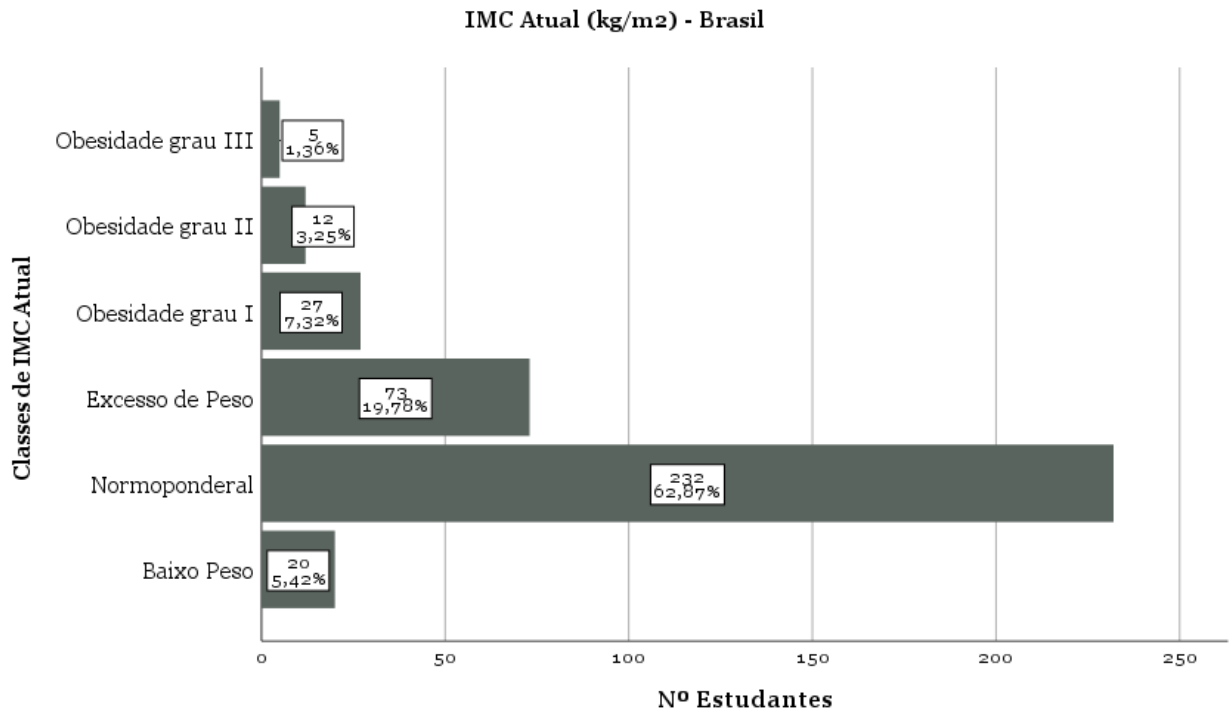


Fig. 15 – IMC atual distribuído por classes – Brasil.

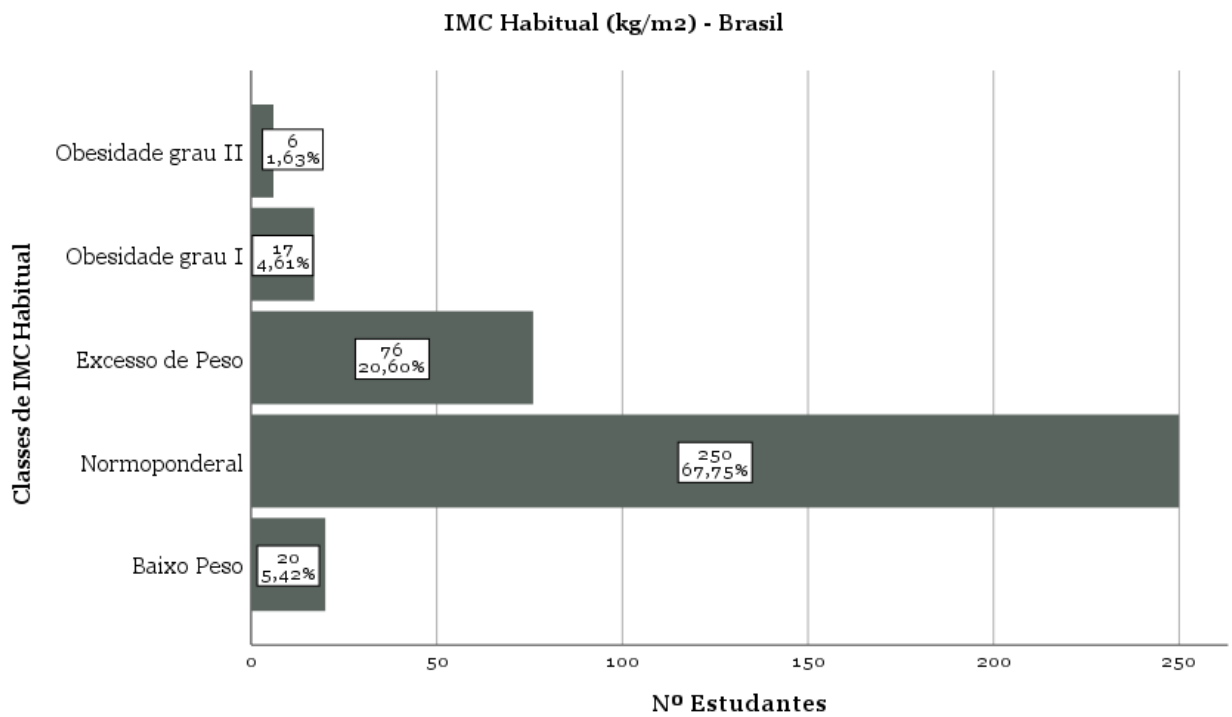


Fig. 16 – IMC habitual distribuído por classes – Brasil.

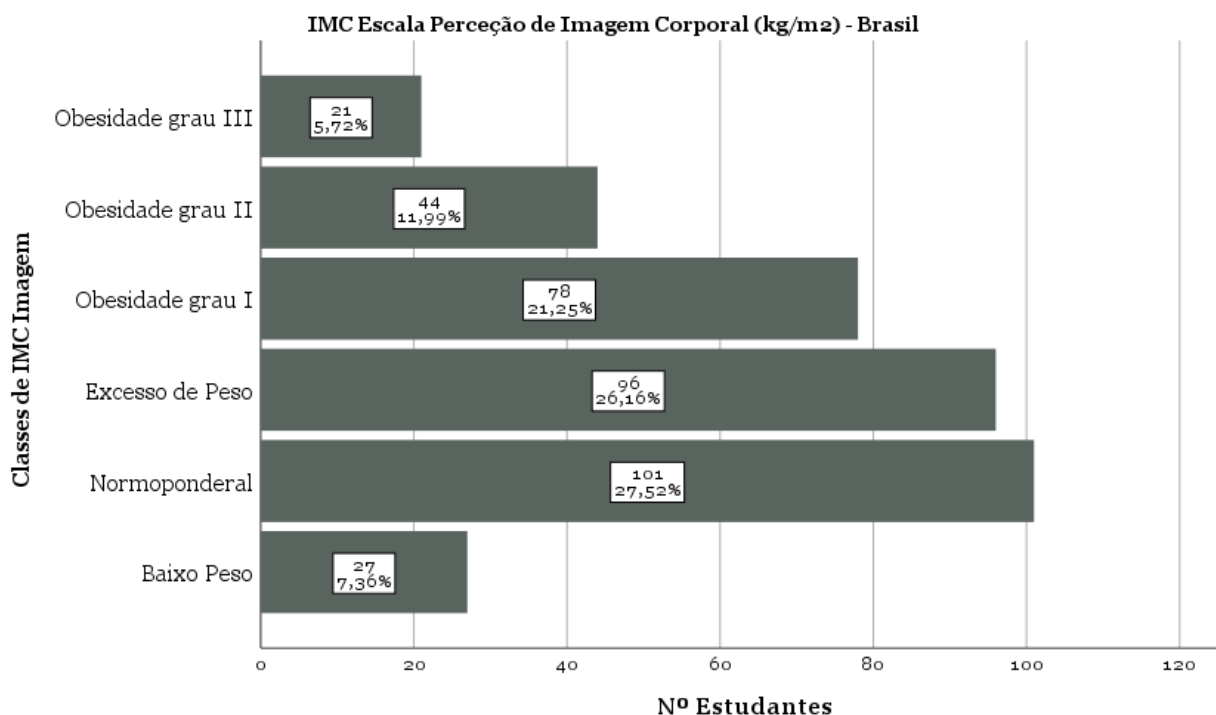


Fig. 17 – IMC atual distribuído por classes na escala de percepção de imagem corporal– Brasil.

3.2.4: Hábitos de vida:

Em relação aos hábitos de vida dos estudantes de medicina do Brasil, observou-se que a maioria (n=335 – 90,30%) não tinha um consumo tabágico e 32 (8,63%) eram fumadores (fig. 18). Dos alunos fumadores, observou-se que 17 (53,13%) alunos aumentaram o seu consumo durante a quarentena, 5 (15,03%) iniciaram o consumo tabágico e 5 (15,03%) deixaram de consumir completamente na quarentena (fig. 19).

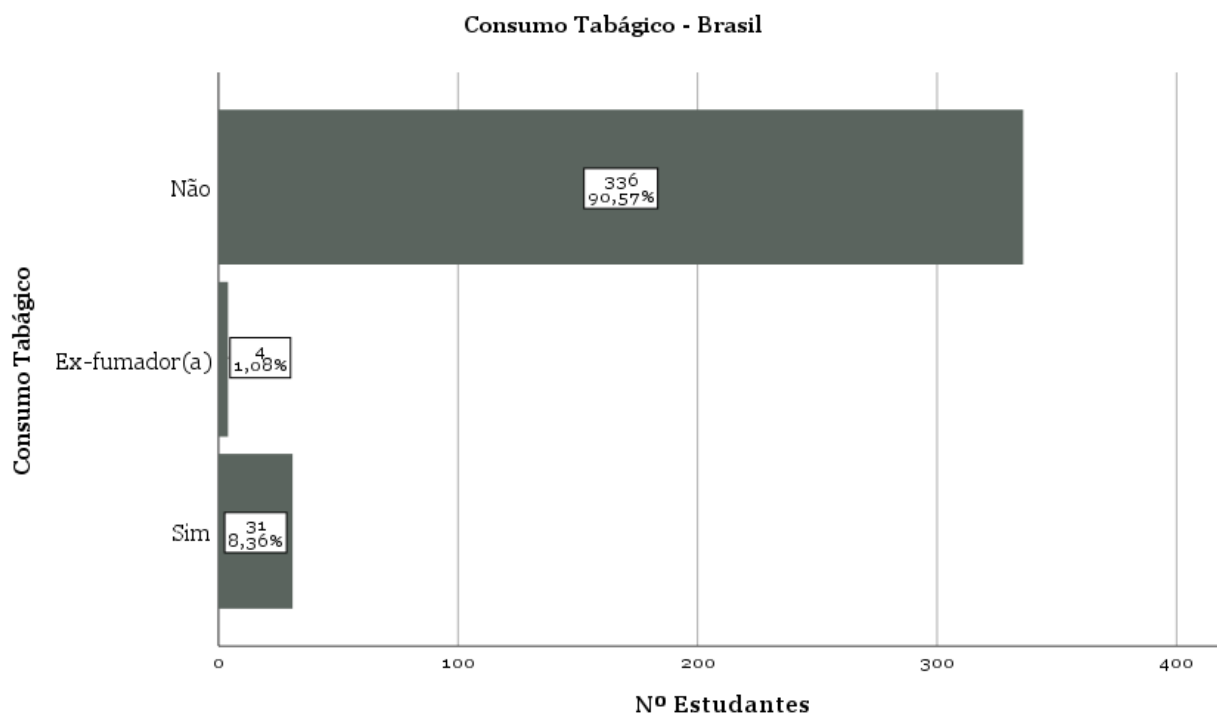


Fig. 18 – Consumo tabágico – Brasil.

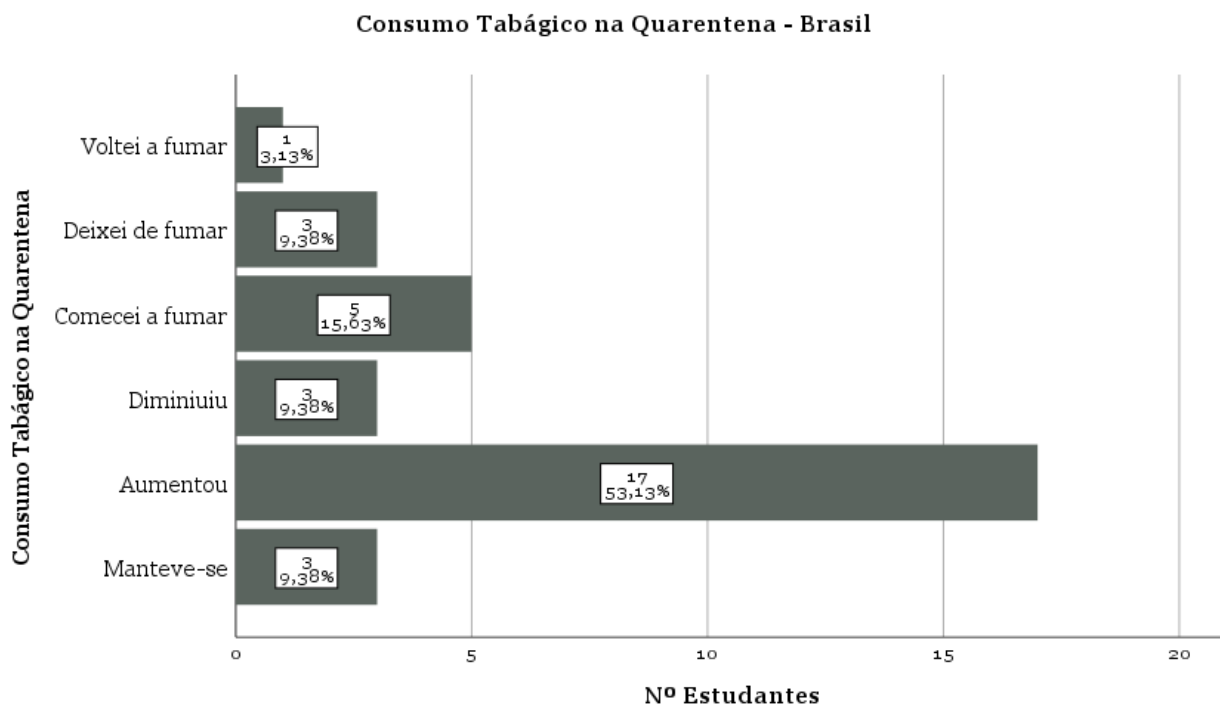


Fig. 19 – Consumo tabágico na quarentena – Brasil.

No que toca ao sono, verificou-se que os estudantes dormem, em média 6,98 horas, com um desvio-padrão de 1,13 horas. O mínimo de horas de sono são 4 e no máximo, 12 horas (tabela 13).

Tabela 13 – Horas de Sono - Brasil:

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média (DP)</i>
Horas de sono	4,00	12,00	6,98 (1,13)

Relativamente ao consumo de alimentos verificou-se que 174 (46,90%) alunos consumiam fruta diariamente e que 5 (1,35%) nunca consumiam este grupo de alimentos. No mesmo sentido, 216 (58,22%) dos estudantes consumiram vegetais e hortícolas de forma diária. No que concerne ao consumo de leguminosas, contrariamente aos alunos portugueses, verificou-se que a maioria consumiu este grupo de alimentos diariamente (297 - 55,80%). Relativamente ao consumo de hidratos de carbono complexos como massa, arroz e batata, verificou-se que a maioria 335 (90,30%) teve um consumo diário, ao passo que apenas 2 (0,54%) referiram consumir apenas ocasional ou mensalmente (anexo II).

À semelhança dos portugueses, a maioria dos alunos (131) (35,31%) consumiu frutos secos semanalmente e 248 (66,85%) consumiram laticínios diariamente. No que diz respeito às alternativas aos produtos lácteos, como bebidas e iogurtes vegetais, verificou-se que este número é menor, sendo consumido diariamente por 109 (29,38%) alunos (anexo II).

Em relação ao consumo de refeições prontas tipo *fast-food*, verificou-se que a maioria dos estudantes (163 - 43,94%) fez um consumo semanal e que 14 (3,77%) estudantes consumiram estas refeições diariamente. Apenas 18 (4,85%) alunos nunca consumiram este tipo de alimentos (anexo II).

À semelhança dos alunos portugueses, verificou-se ainda que a maioria 193 (52,02%) dos estudantes consumiu doces, como gomas, chocolates e outras guloseimas semanalmente. De destacar ainda que 94 (25,34%) tiveram um consumo diário e 7 (1,89%) nunca consumiram. Quanto ao consumo de Snacks salgados como batatas-fritas de pacote e aperitivos, verificou-se que 139 (37,47%) estudantes consumiram mensal ou ocasionalmente e que 30 (8,09%) estudantes teve um consumo diário. Observou-se que 26 (7,01%) estudantes nunca consumiam este tipo de alimentos (anexo II).

Relativamente às bebidas quentes verificou-se que a maioria (234 - 63,07%) consumiu café diariamente, sendo o consumo chá inferior, consumido diariamente apenas por 77 (20,75%) alunos (anexo I).

Quanto ao consumo de substâncias tóxicas, como álcool, verificou-se que 73,58% (273) dos estudantes consumiu bebidas alcoólicas (fig.20). Dos alunos que consumiam bebidas alcoólicas, a maioria consumiu cerveja semanalmente (77 – 30,92%), sendo que apenas 1 aluno (0,40%) teve um consumo diário. Já no que respeita ao consumo de cidra, verificou-se que a maioria (199 – 84,68%) nunca consumiu esta bebida. No que concerne ao consumo de vinho, verificou-se que 124 (48,25%) consumiu ocasional ou mensalmente e 54 (25,01%) teve um consumo semanal. Quanto às bebidas destiladas, verificou-se que a maioria (130 – 62,00%) dos alunos fez um consumo ocasional ou mensal, sendo que 39 (15,60%) nunca consumiram estas bebidas (anexo II). De salientar que dos alunos que consumiram bebidas alcoólicas, 228 (84,13%) fizeram-no com amigos, no âmbito de festas, 194 (71,59%) consumiram com os familiares e 98 (36,16%) fizeram-no sozinhos (anexos II). Quanto à frequência de consumo durante a quarentena verificou-se que a maioria dos alunos (93 – 34,07%) manteve o seu consumo, ao passo que 76 (27,84%) diminuiram e 70 (25,64%) aumentaram o consumo. Por outro lado, 26 alunos (9,52%) deixaram de consumir bebidas alcoólicas durante a quarentena e 8 (32,93%) começaram a consumir neste período (fig.21).

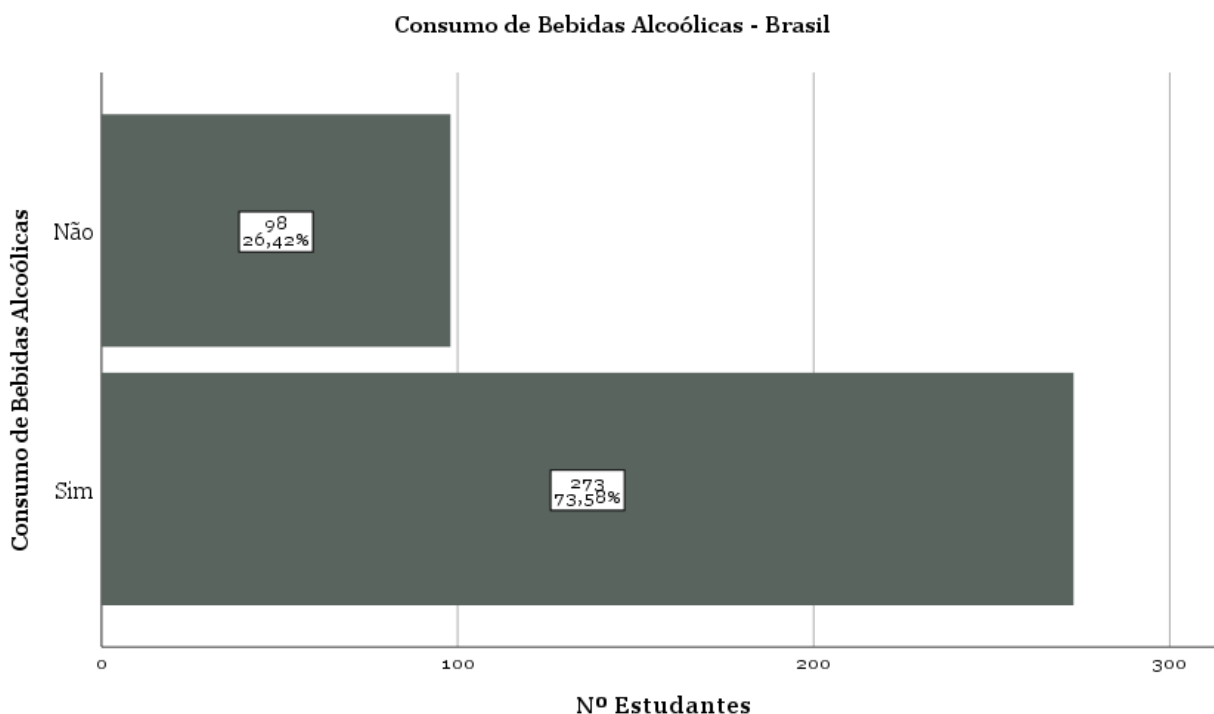


Fig. 20 – Consumo de bebidas alcoólicas – Brasil.

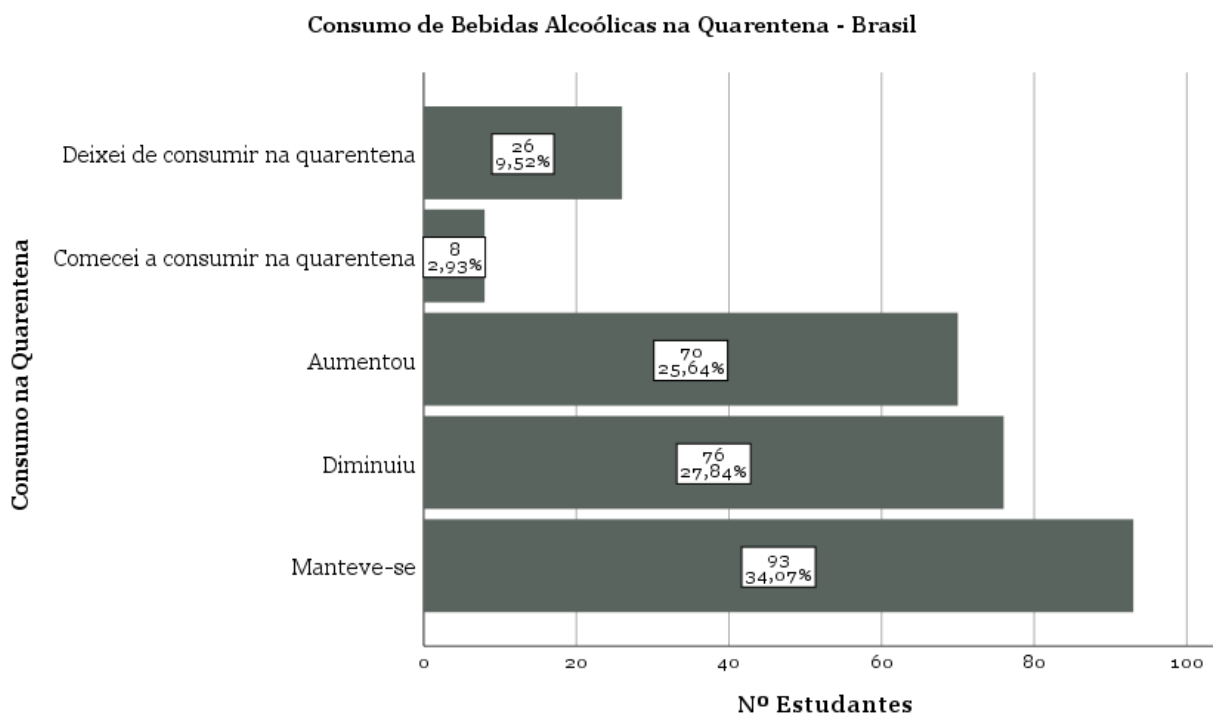


Fig. 21 – Consumo de bebidas alcoólicas na quarentena – Brasil.

3.2.5: Adição Alimentar – escala de Yale mYFAS 2.0 – adaptada:

Em relação à escala de Compulsão Alimentar de Yale verificou-se que a maioria dos alunos não foi classificado como tendo compulsão alimentar (303; 81,67%). No entanto, 68 alunos (18,32%) foram classificados como tendo algum grau de compulsão, mais especificamente, 39 (10,51%) alunos tiveram um grau de compulsão acentuada, 15 (4,04%) compulsão moderada e 14 (3,77%) compulsão leve (fig. 22). Quando questionados acerca destes sintomas previamente à quarentena, a maioria dos alunos (194; 53,15%) respondeu que tinha sintomas previamente à quarentena e 171 (46,85%) não tinham sintomas prévios (fig. 23).

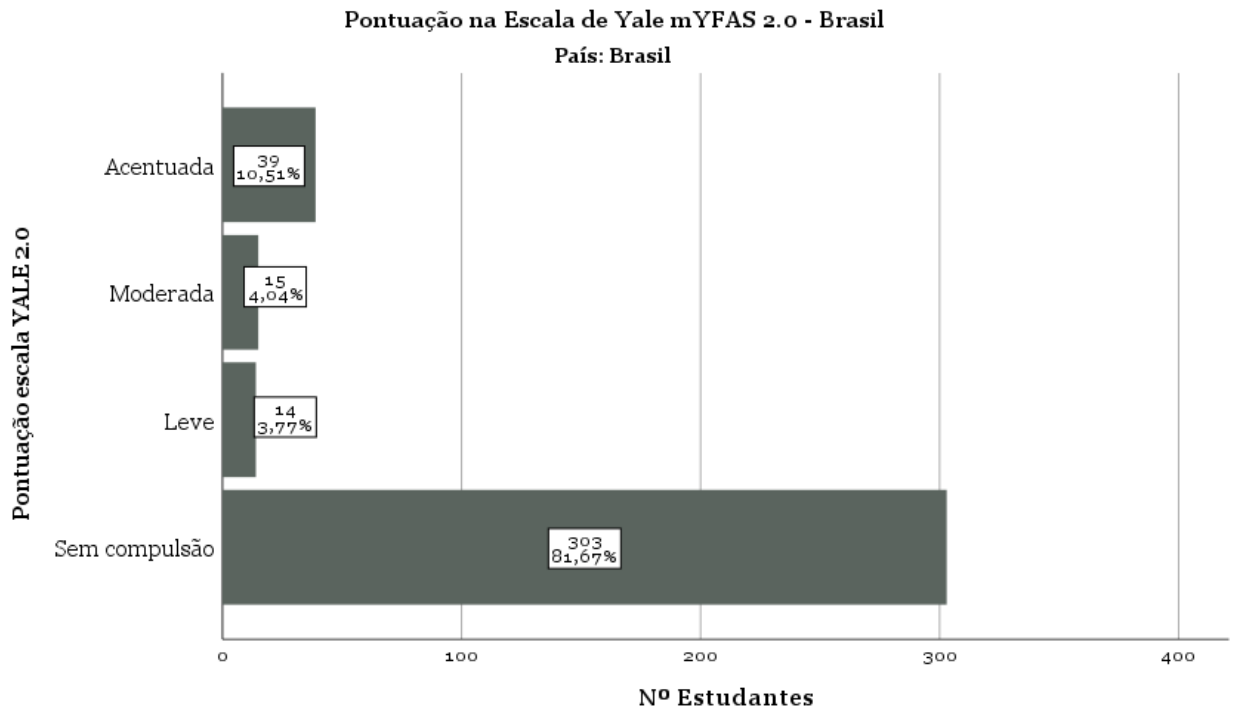


Fig. 22 – Classificação da compulsão alimentar pela escala mYFAS 2.0 – adaptada – Brasil.

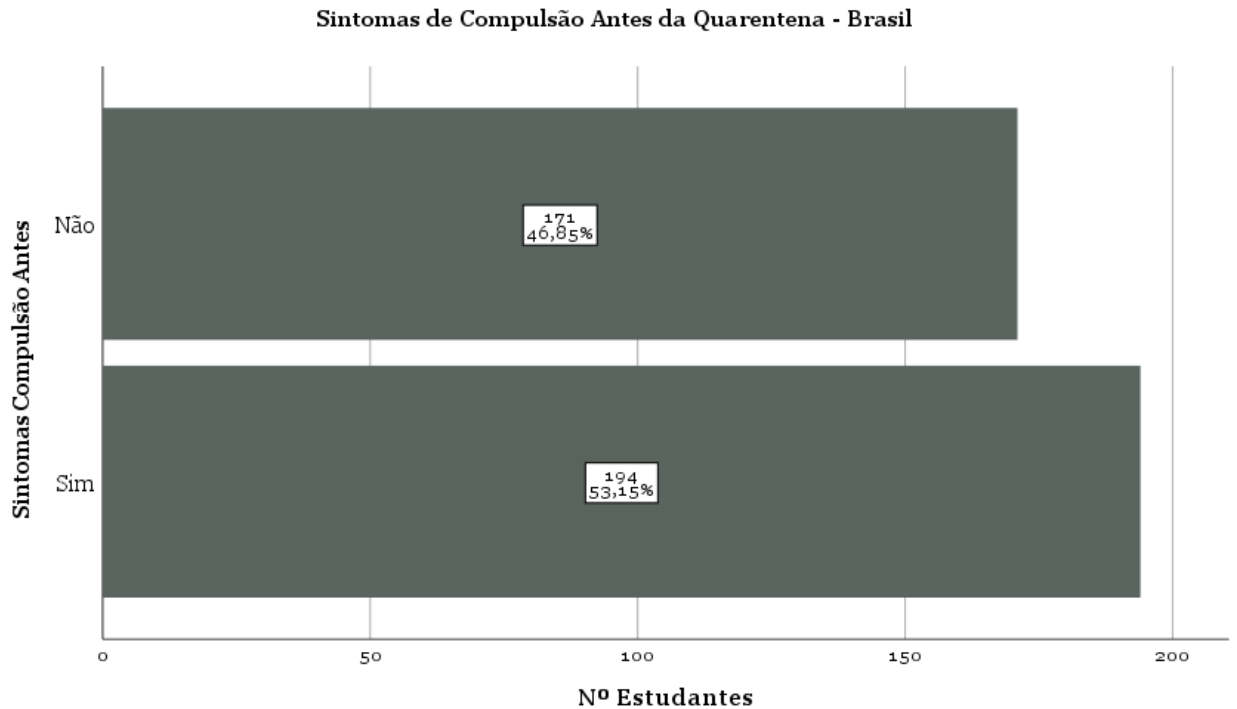


Fig. 23 – Sintomas de compulsão alimentar antes da quarentena – Brasil.

Tabela 14: Relação entre os sintomas antes da quarentena e classificação de compulsão na escala mYFAS 2.0 – Brasil

		Pontuação na escala mYFAS 2.0		
		Sem compulsão	Com compulsão	Total
Sintomas de Compulsão Antes da Quarentena	Sim	138 (37,8%)	56 (15,3%)	194 (53,2%)
	Não	159 (43,6%)	12 (3,3%)	171 (46,8%)
	Total	297 (81,4%)	68 (18,6%)	365 (100,0%)
		$p < 0,001^a$		

^aTeste de McNemar

No Brasil, 194 (53,2%) alunos, referiram ter sentido sintomas de compulsão alimentar antes da quarentena, sendo que 171 (46,8%) referiram não ter. Verificou-se que através da aplicação da escala *mYFAS 2.0*, 68 (18,6%) dos alunos foram classificados como tendo algum grau de compulsão alimentar. Dos 194 alunos que referiram ter sintomas antes da quarentena, verificou-se que 56 (15,3%) foram classificados como tendo compulsão alimentar. Relativamente aos 171 alunos que responderam não ter sintomas antes da quarentena, 12 (3,3%) foram classificados como tendo algum grau de compulsão alimentar. Encontrou-se assim uma diminuição estatisticamente significativa da percentagem de alunos com compulsão durante a quarentena ($p < 0,001$).

3.2.6: IPAC – Exercício Físico:

Relativamente à escala de Atividade Física do IPAQ verificou-se que a maioria dos alunos praticaram uma atividade de grau elevado (151; 41,14%), seguido pelo nível baixo com 125 alunos (34,06%) (fig. 24).

No que toca ao tipo de exercícios efetuados durante a quarentena, verificou-se que a maioria (101; 42,08%) recorreu a plataformas online, como o Youtube, seguindo-se a prática de exercícios outdoor, praticada por 74 alunos (30,83%) (anexo II).

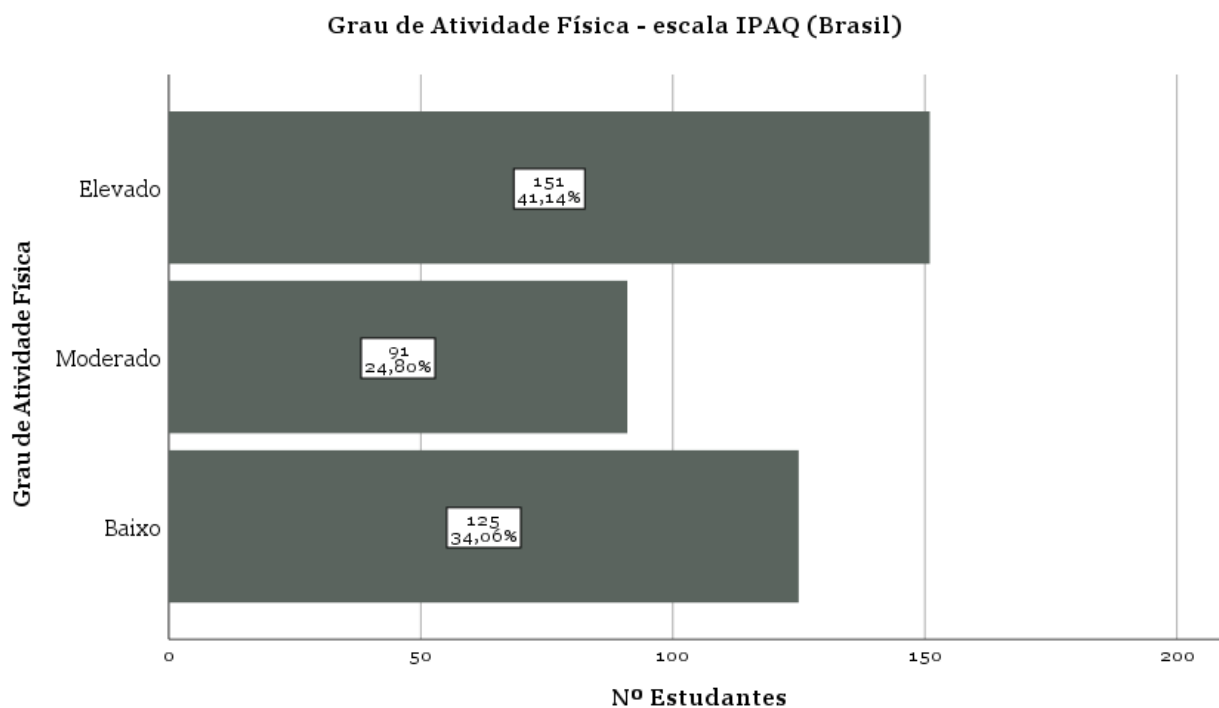


Fig. 24 – Grau de atividade física – escala IPAQ - Brasil.

3.2.7: Depressão:

Em relação à escala da depressão verificou-se que 261 alunos (70,35%) tiveram sintomas depressivos durante a quarentena e 110 (29,65%) não manifestaram estes sintomas (fig. 25). Por outro lado, observou-se que antes da quarentena, 313 alunos (84,59%) responderam ter estes sintomas e 57 (15,41%) responderam não ter (fig. 26).

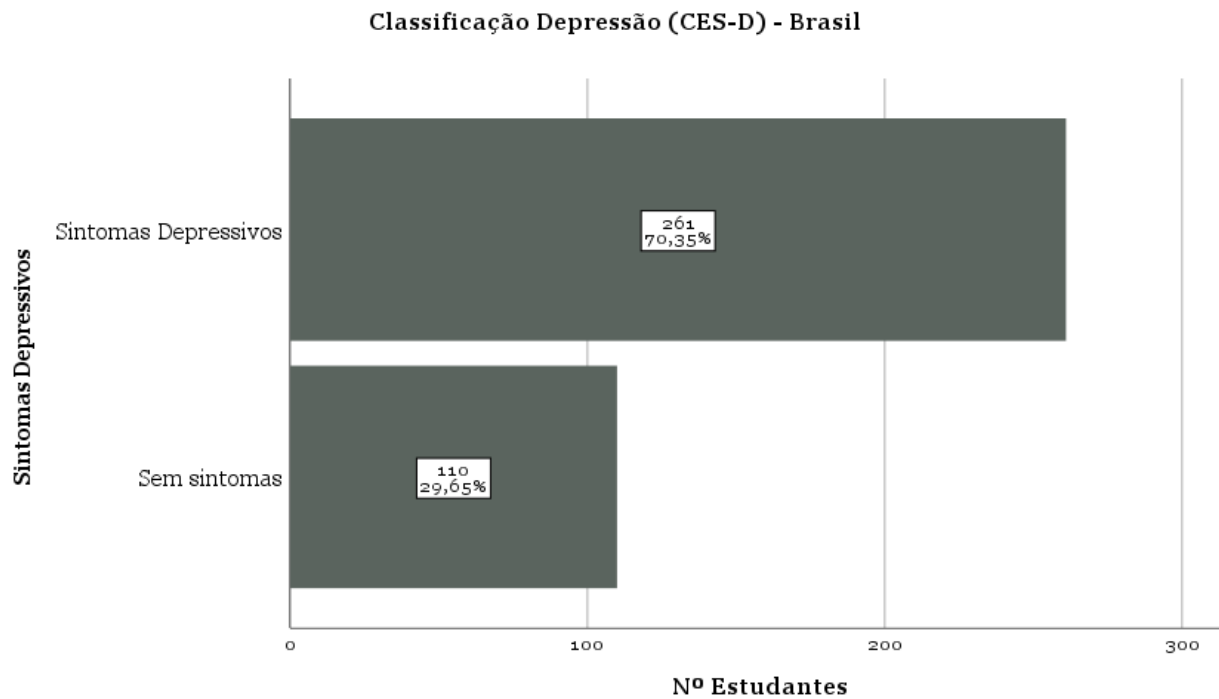


Fig. 25 – Classificação da Depressão – escala: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* – Brasil.

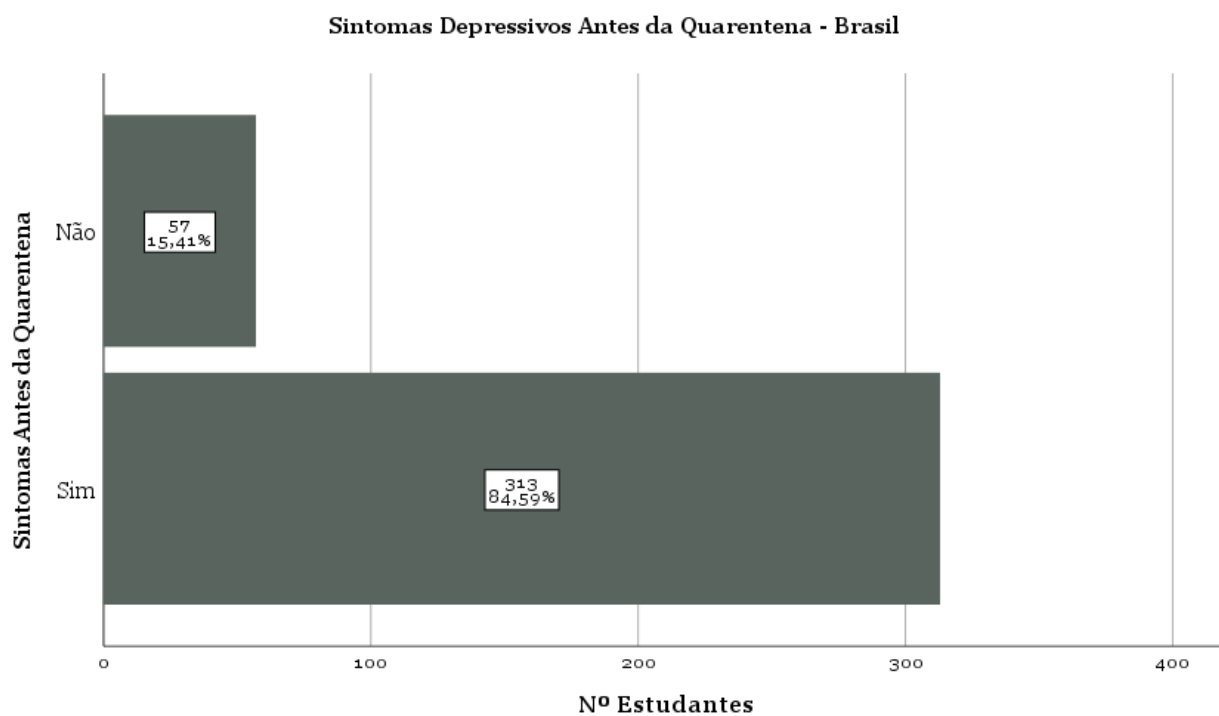


Fig. 26 – Sintomas depressivos antes da quarentena – Brasil.

Tabela 15: Relação entre os sintomas antes da quarentena e classificação de sintomas depressivos na escala CES-D – Brasil

		Classificação Depressão escala CES-D		
		Sem Sintomas	Sintomas Depressivos	Total
Sintomas de Depressão Antes da Quarentena	Sim	85 (23,0%)	228 (61,6%)	313 (84,6%)
	Não	24 (6,5%)	33 (8,9%)	57 (15,4%)
	Total	109 (29,5%)	261 (70,5%)	370 (100,0%)
		p<0,001 ^a		

^a Teste de McNemar

Verificou-se que antes da quarentena 313 alunos (84,59%) responderam ter sintomas depressivos, dos quais 228 (61,6%) foram classificados como tendo sintomas depressivos, através da escala CES-D. Observou-se que 57 (15,4%) responderam não ter sintomas antes da quarentena, dos quais 33 (8,9%) foram classificados com sintomas depressivos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

3.2.8: Dependência da Internet:

Aplicou-se a escala “*Generalized Problematic Internet Use Scale 2*” adaptada e observou-se que a maioria se encontrou na classe moderadamente dependente (161; 43,40%), seguindo-se a classe levemente dependente, com 151 alunos (40,70%). Verificou-se ainda que 19 (5,12%) se encontravam na classe severamente dependente e que apenas 40 alunos (10,78%) não tinham qualquer dependência em relação à internet (fig. 27).

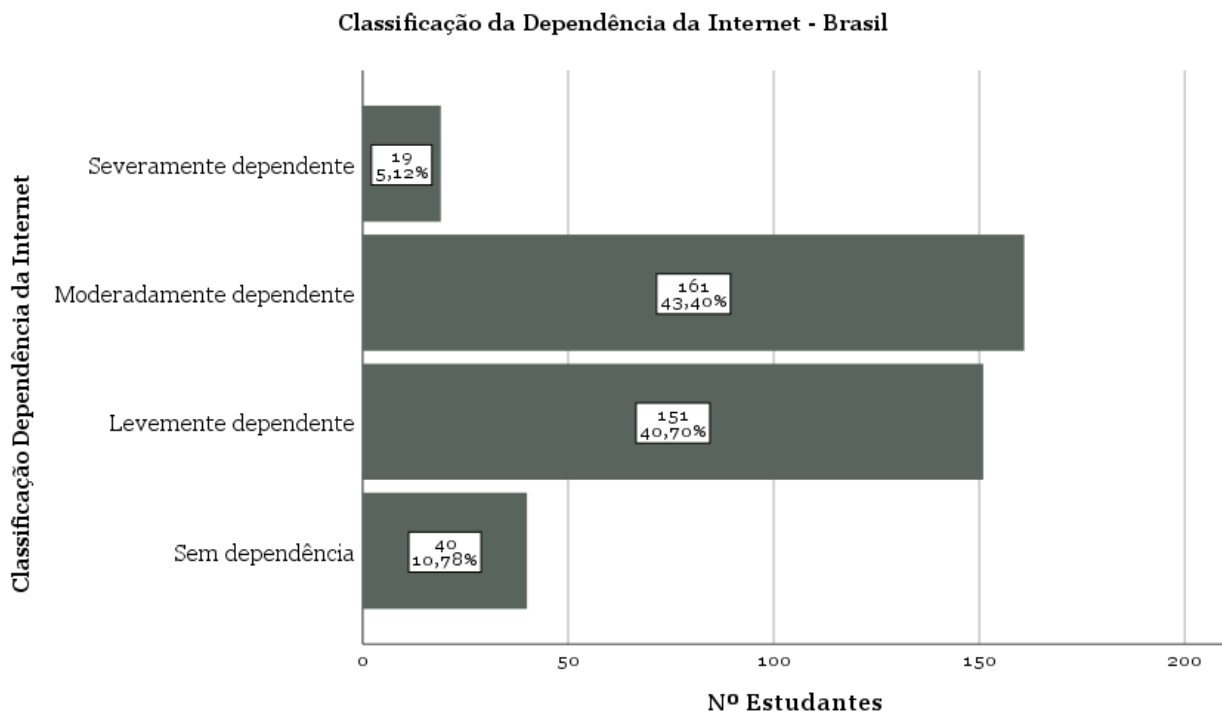


Fig. 27 – Classificação da dependência da internet – escala: “Generalized Problematic Internet Use Scale 2” – adaptada - Brasil.

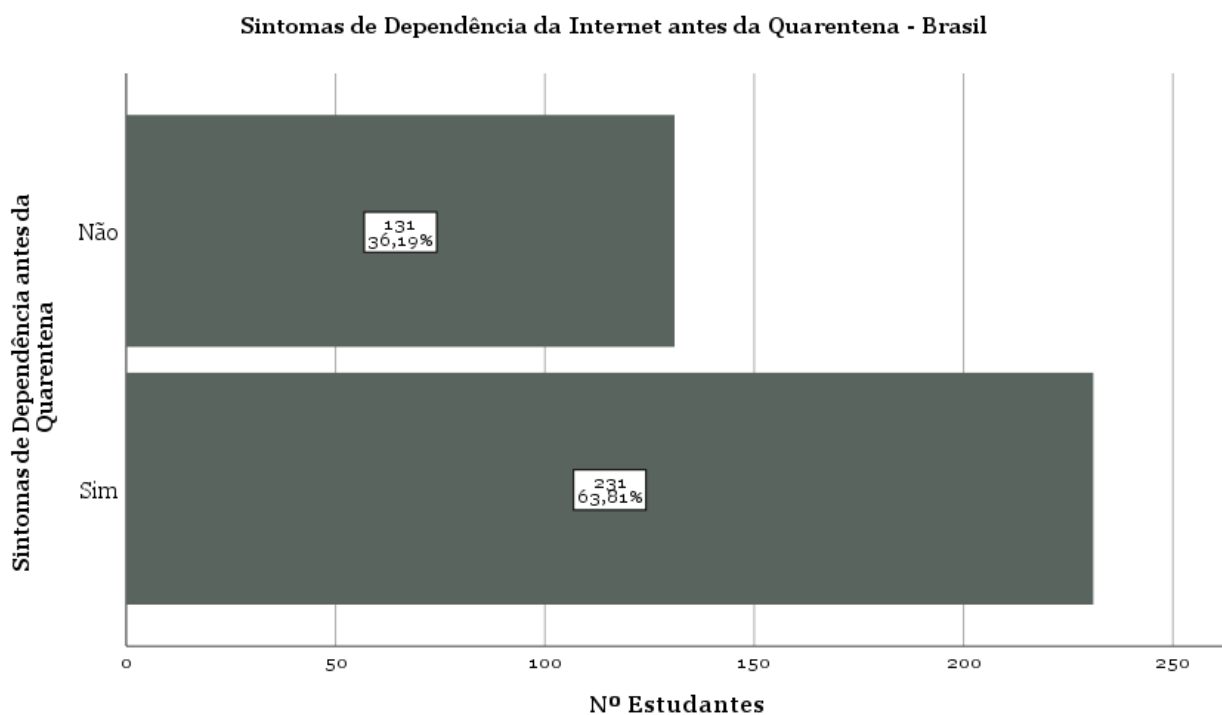


Fig. 28 – Sintomas de dependência da internet antes da quarentena – Brasil.

Tabela 16: Relação entre os sintomas antes da quarentena e classificação de dependência pela internet – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* – adaptada à população Portuguesa (Brasil).

		<i>Classificação Dependência da internet</i>		
		Sem Dependência	Com Dependência	Total
Sintomas de dependência pela internet antes da Quarentena	Sim	17 (4,7%)	214 (59,1%)	231 (63,8%)
	Não	21 (5,8%)	110 (30,4%)	131 (36,2%)
	Total	38 (10,5%)	324 (89,5%)	362 (100,0%)
		$p < 0,001^a$		

^a Teste de McNemar

No que toca aos sintomas prévios à quarentena, verificou-se que a maioria dos alunos (231; 63,81%) já tinham esses sintomas, dos quais 214 (59,1%) foram classificados como tendo algum grau de dependência pela internet, com significado estatístico ($p < 0,001$). Observou-se que 131 alunos (36,2%) responderam não ter sintomas prévios à quarentena, dos quais 110 (30,4) foram classificados como tendo dependência da internet. Houve assim um aumento estatisticamente significativo da percentagem de alunos com dependência da internet durante a quarentena ($p < 0,001$) (tabela 16).

3.3. Comparação Portugal e Brasil:

3.3.1: Escala de Peso e Perceção corporal:

Na tentativa de comparar os processos sofridos pela população de estudantes nos dois países, procedeu-se à comparação dos resultados obtidos com o inquérito aplicado às duas populações. A tabela 17 apresenta o resultado das comparações associadas ao IMC:

Tabela 17: IMC atual, habitual e da perceção da imagem - ANOVA de medidas repetidas mista não paramétrica baseada em *ranks* “*nparLD*”

	<i>Fonte</i>	<i>p-value</i>
Efeitos das medidas repetidas	Tempo	<0,001
	Interação Tempo*País	<0,001
	Interação Tempo*Género	<0,001
	Interação Tempo*País*Género	0,008
Efeitos dos fatores independentes	País	<0,001
	Género	0,007
	Interação País*Género	0,088

Foram encontrados efeitos estatisticamente significativos do tempo ($p < 0,001$), país ($p < 0,001$) e género ($p = 0,007$) no IMC. Também se encontraram interações estatisticamente significativas entre o tempo*país ($p < 0,001$), tempo*género ($p < 0,001$) e tempo*país*género ($p = 0,008$). A interação país*género não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,088$).

Tabela 18: Comparações dos IMC's atual, habitual e da perceção da imagem - nparLD

<i>Fonte</i>	<i>RTE</i>		<i>RTE</i>		<i>RTE</i>	
	<i>Atual-Habitual</i>	<i>p-value</i>	<i>Atual-Imagem</i>	<i>p-value</i>	<i>Habitual-Imagem</i>	<i>p-value</i>
Tempo	0,511 – 0,489	<0,001	0,406 – 0,504	<0,001	0,393 – 0,607	<0,001
País						
Portugal	0,507 – 0,493	0,008	0,388 – 0,612	<0,001	0,381 – 0,619	<0,001
Brasil	0,518 – 0,482	<0,001	0,426 – 0,574	<0,001	0,407 – 0,593	<0,001
Género						
Feminino	0,510 – 0,490	<0,001	0,380 – 0,620	<0,001	0,368 – 0,632	<0,001
Masculino	0,516 – 0,484	<0,001	0,473 – 0,527	<0,001	0,460 – 0,540	<0,001
País – Género						
<u>Portugal</u>						
Feminino	0,505 – 0,495	0,265	0,360 – 0,640	<0,001	0,354 – 0,646	<0,001
Masculino	0,516 – 0,484	0,009	0,478 – 0,522	0,104	0,465 – 0,535	0,002
<u>Brasil</u>						
Feminino	0,519 – 0,481	<0,001	0,407 – 0,593	<0,001	0,386 – 0,614	<0,001
Masculino	0,518 – 0,482	0,002	0,468 – 0,532	<0,001	0,453 – 0,547	<0,001

O IMC calculado através da escolha da imagem na escala de perceção de imagem corporal mostrou-se significativamente superior ao IMC habitual ($p < 0,001$), calculado através do peso habitual auto-reportado. Da mesma forma, o IMC calculado através da imagem da escala de perceção de imagem corporal, mostrou ser superior ao IMC atual ($p < 0,001$). Por sua vez, o IMC atual mostrou ser significativamente superior ao IMC habitual dos alunos ($p < 0,001$).

Em relação a cada país verificou-se também que o IMC calculado pela escala de perceção de imagem corporal se mostrou significativamente superior ao IMC Habitual ($p < 0,001$, para Portugal e Brasil). Da mesma forma, o IMC da escala de perceção da imagem mostrou-se significativamente superior ao atual ($p < 0,001$) em ambos os países. Observou-se ainda que o IMC atual foi significativamente superior ao IMC habitual ($p = 0,008$, em Portugal e $p < 0,001$ no Brasil).

No que respeita ao género, verificou-se que os resultados foram semelhantes nos sexos feminino e masculino, sendo o IMC da escala de perceção da imagem estatisticamente superior ao IMC habitual e ao IMC atual ($p < 0,001$, em ambos os países). Verificou-se também que o IMC atual foi superior ao IMC habitual, com significado estatístico ($p < 0,001$, em ambos os países).

Em Portugal, na relação entre país e género verificou-se o mesmo padrão, exceto entre o IMC atual e habitual, no sexo feminino ($p = 0,265$) e o IMC da imagem e habitual no sexo masculino ($p = 0,104$).

No Brasil, verificou-se um padrão semelhante aos restantes parâmetros.

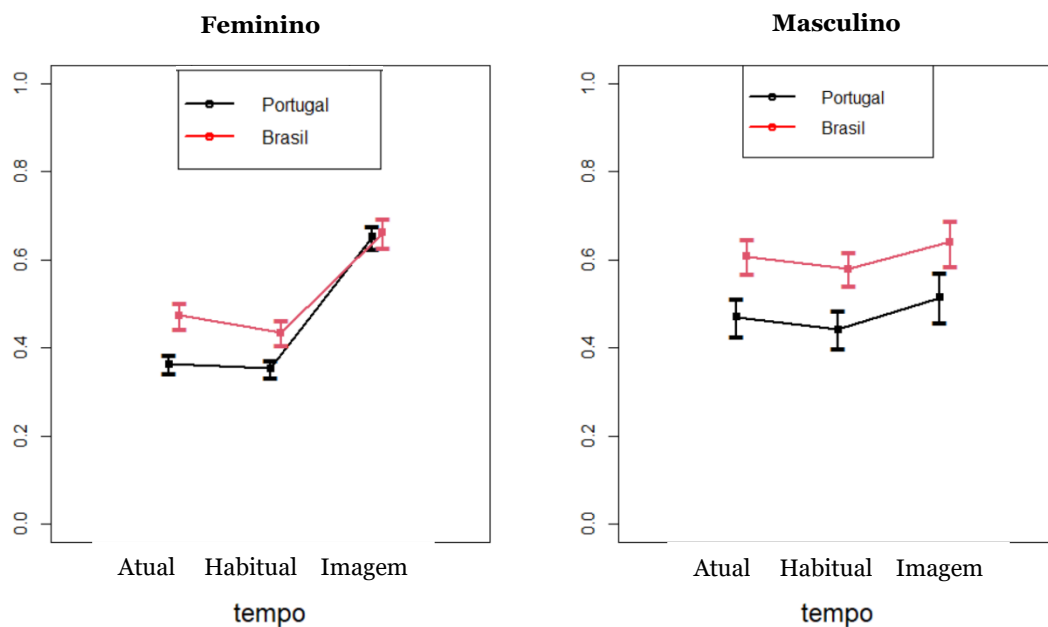


Fig. 29 – Comparação da medida RTE entre os IMC atual, habitual e calculado pela escala de perceção da imagem para cada país, por género.

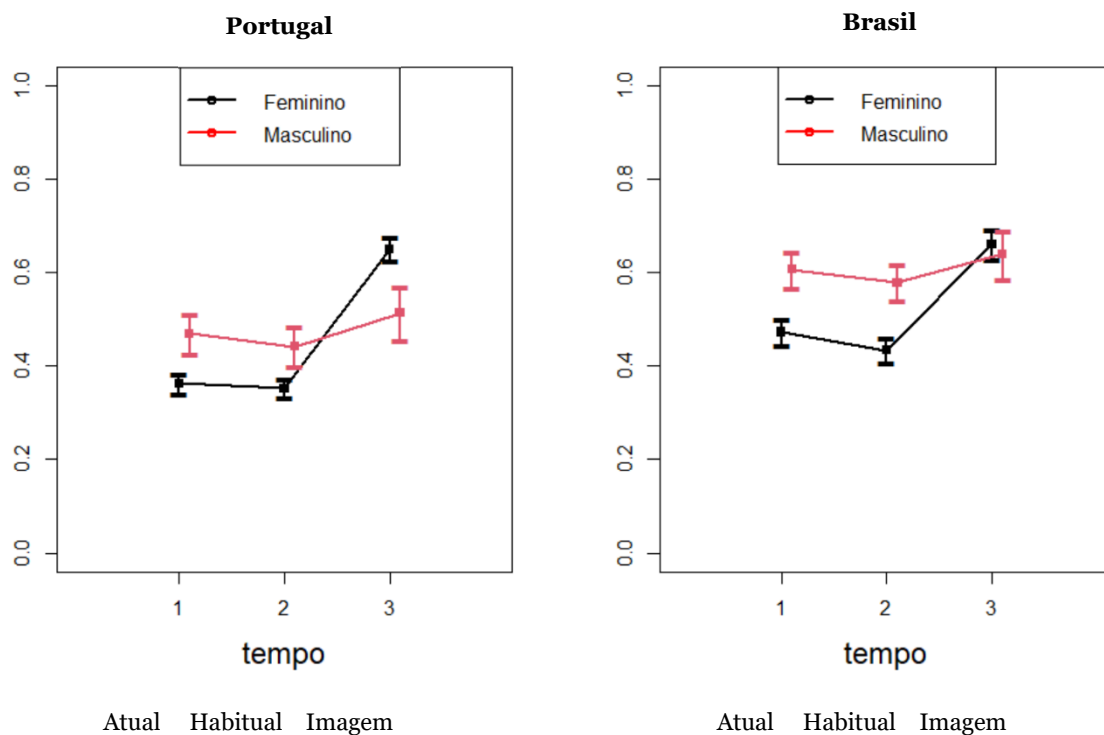


Fig. 30 – Comparação da medida RTE entre os IMC atual, habitual e calculado pela escala de percepção da imagem para cada género, por país.

Tabela 19: Comparações entre países e entre géneros para cada IMC:

Fonte	RTE		RTE	
	Portugal – Brasil	p-value ^a	Feminino – Masculino	p-value ^a
Tempo				
Atual	0,433 – 0,567	<0,001	0,431 – 0,569	<0,001
Habitual	0,445 – 0,555	<0,001	0,432 – 0,568	<0,001
Imagem	0,477 – 0,523	0,022	0,531 – 0,469	0,006
Género				
<u>Feminino</u>				
Atual	0,445 – 0,555	<0,001		
Habitual	0,456 – 0,544	<0,001		
Imagem	0,487 – 0,513	0,259		
<u>Masculino</u>				
Atual	0,420 – 0,580	<0,001		
Habitual	0,419 – 0,581	<0,001		
Imagem	0,445 – 0,555	0,003		

País			
<u>Portugal</u>	Atual	0,443 – 0,557	<0,001
	Habitual	0,450 – 0,550	<0,001
	Imagem	0,587 – 0,413	<0,001
<u>Brasil</u>	Atual	0,431 – 0,569	<0,001
	Habitual	0,422 – 0,578	<0,001
	Imagem	0,507 – 0,493	0,648

^a Teste de Mann-Whitney

Compararam-se os IMC entre ambos os países e verificou-se que todos os IMC (atual, habitual e da escala de percepção da imagem) foram estatisticamente inferiores nos alunos portugueses relativamente aos alunos do Brasil ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,022$, respetivamente). Em relação à comparação das 3 medidas de IMC com o género, verificou-se que os IMC atual e habitual foram estatisticamente superiores no género masculino ($p < 0,001$; $p < 0,001$, respetivamente), quer em Portugal, quer no Brasil, exceto no IMC reportado pela escala de percepção da imagem, sendo este estatisticamente superior no sexo feminino ($p = 0,006$).

Relativamente à influência no género por país, observou-se que, no sexo feminino, os IMC atual e habitual foram estatisticamente inferiores ao do sexo feminino no Brasil ($p < 0,001$, em ambos). No entanto, o IMC auto-reportado pela imagem não teve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,259$). No que respeita ao sexo masculino, verificou-se que todas as classes de IMC foram estatisticamente superiores nos alunos do Brasil (tabela 13).

No Brasil, o IMC da escala de percepção da imagem não se mostrou estatisticamente diferente ($p = 0,648$) entre géneros. No caso da escala de percepção da imagem em Portugal, a percepção é maior no sexo feminino ($p < 0,001$).

3.3.1: Questionário Frequência Alimentar:

Compararam-se as diferenças entre a frequência de consumo de alimentos por parte dos estudantes de medicina de Portugal e do Brasil. A tabela 20 apresenta o resultado das comparações efetuadas:

Tabela 20 – Diferenças no consumo de alimentos em Portugal e no Brasil - QFA.

	Mediana		1º Quartil (P25)		3º Quartil (P75)		p-value ^a
	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	
Fruta	4	3	3	3	4	4	$p < 0,001^b$
Vegetais/Hortícolas	4	4	4	3	4	4	$p < 0,001^c$
Leguminosas	3	4	3	3	4	4	$p < 0,001^d$
Hidratos de Carbono Complexos	4	4	4	4	4	4	$p = 0,411^e$
Frutos Secos	3	2	2	1	3	3	$p < 0,001^f$
Lacticínios	4	4	3	3	4	4	$p = 0,052^g$
Bebidas/iogurtes vegetais	3	3	1	1	4	4	$p = 0,40^h$
Fast-food	1	2	1	1	2	3	$p < 0,001^i$
Doces	3	3	2	3	3	3	$p < 0,001^j$
Snacks Salgados	2	2	1	1	3	3	$p = 0,061^k$
Café	4	4	1,5	3	4	4	$p = 0,248^l$
Chá	3	2	1	1	4	3	$p < 0,001^m$
Cerveja	1	1	0	1	1	3	$p < 0,001^n$
Cidra	1	0	0	0	1	0	$p < 0,001^o$
Vinho	1	1	0	1	1	3	$p < 0,001^p$
Bebidas Destiladas	1	1	0	1	1	2	$p < 0,001^q$

^a – Teste de Mann-Whitney U

^bU=62032,500; ^cU=68560,500; ^dU=71087,500; ^eU=85958,500; ^fU=68908,000; ^gU=87918,500;
^hU=84530,000; ⁱU=57140,500; ^jU=70166,000; ^kU=81140,500; ^lU=83792,500; ^mU=69330,000;
ⁿU=28931,000; ^oU=16991,000; ^pU=27324,500; ^qU=28984,500;

Legenda: Alimentos: 0 – nunca; 1- Ocasionalmente/Mensalmente; 2- Quinzenalmente; 3-Semanalmente; 4- Diário ou mais; Bebidas alcoólicas: 0- Nunca; 1 - Ocasionalmente/Mensalmente; 2- Quinzenalmente; 3 - Semanalmente; 4- Algumas vezes por semana; 5 Diariamente.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativa no consumo de fruta ($p < 0,001$), vegetais e hortícolas ($p < 0,001$), leguminosas ($p < 0,001$), frutos secos ($p < 0,001$), fast-food ($p < 0,001$), doces ($p < 0,001$) e chá ($p < 0,001$), entre os alunos dos dois países. No que toca às bebidas alcoólicas observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativa em todos os tipos de bebidas ($p < 0,001$). Verificou-se que a mediana de consumo em Portugal é diária ou mais e no Brasil a mediana é semanal, sendo a diferença

do consumo estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Observou-se ainda que a mediana de consumo de leguminosas é superior no Brasil, com um consumo mediano diário ou mais do que uma vez por dia, ao contrário de Portugal em que a mediana de consumo é semanal, sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Verificou-se que o consumo de fast-food é superior no Brasil (mediana de consumo quinzenal), ao passo que em Portugal é de consumo ocasional ou mensal, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se que todas tiveram uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), sendo maior o consumo no Brasil, no que toca à cerveja, no vinho e nas bebidas destiladas. Por outro lado, verificou-se que os Portugueses consomem mais cidra.

3.3.2: IPAC – Exercício Físico:

O presente estudo teve como um dos objetivos comparar a prática de exercício físico entre o grupo de alunos de Portugal e o dos do Brasil. A tabela 21 apresenta o resultado das comparações efetuadas:

Tabela 21: Diferenças na prática de exercício físico em Portugal e no Brasil – escala IPAQ.

	<i>Mediana</i>	<i>1º Quartil (P25)</i>	<i>3º Quartil (P75)</i>	<i>p-value^a</i>
Portugal	1,00	0,00	1,00	$p < 0,001^b$
Brasil	1,00	0,00	2,00	

^a Teste Mann-Whitney U; ^bU=75301,500; Legenda: 0 – nível baixo; 1- nível moderado; 2- nível elevado.

A mediana da prática de exercício físico, em ambos os países, situou-se no nível moderado. No entanto, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), encontrando-se os alunos portugueses no nível moderado, enquanto os alunos do Brasil se situaram no nível elevado. Coincidente com a análise descritiva, verificou-se que os alunos de medicina do Brasil praticam mais exercício de intensidade elevada (151; 41,14%), enquanto apenas 72 (15,29%) dos alunos portugueses se encontravam neste nível de atividade física.

3.3.3: Dependência da Internet:

O presente estudo teve como um dos objetivos comparar o grau de dependência da internet entre os alunos de medicina de Portugal e do Brasil. Assim, os resultados desta comparação podem ser observados na tabela 22.

Tabela 22: Diferenças no grau de dependência da internet, em Portugal e no Brasil – escala *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* - adaptada

	Mediana	1 ^o Quartil (P25)	3 ^o Quartil (P75)	p-value ^a
Portugal	1,00	1,00	2,00	p<0,001 ^b
Brasil	1,00	1,00	2,00	

^aMann-Whitney U; ^bU=66983,000; 0 - sem dependência; 1 - dependência leve; 2 - dependência moderada; 3 - dependência severa.

O grau de dependência da internet mostrou ser semelhante em ambos os países. Verificou-se que a mediana e o 1^o quartil se situaram na dependência leve e o 3^o quartil, na dependência moderada.

3.3.4: Modelo de Regressão Logística – Escala Depressão:

Efetou-se uma análise multivariada com regressão logística para a depressão, com as variáveis da tabela 23, obtiveram-se os resultados ajustados que constam da tabela 24.

Tabela 23: Associação entre a classificação na escala de depressão (CED-) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística univariada.

Variável	Total n (%)	Depressão		OR (IC 95%)	p ^a
		Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)		
País					
Portugal	471 (55,9)	219 (45,6)	252 (69,6)	1	
Brasil	371 (44,1)	261 (54,4)	110 (30,4)	2,73 (2,05 – 3,64)	<0,001
Género					
Feminino	605 (71,9)	376 (78,5)	229 (63,3)	2,12 (1,56 – 2,88)	<0,001
Masculino	236 (28,1)	103 (21,5)	133 (36,7)	1	
Estado Civil					
Solteiro(a)/Divorciado(a)	794 (94,3)	455 (94,8)	339 (93,6)	1	0,100
Casado(a)	26 (3,1)	10 (2,1)	16 (4,4)	0,47 (0,21 – 1,04)	0,062
União de Facto	22 (2,6)	15 (3,1)	7 (1,9)	1,60 (0,64 – 3,96)	0,313
Profissão					
Estudante	816 (96,9)	466 (97,1)	350 (96,7)	1	
Trabalhador-estudante	26 (3,1)	14 (2,9)	12 (3,3)	0,88 (0,40 – 1,92)	0,741
Duração confinamento					
<1 mês	68 (8,1)	30 (6,3)	38 (10,5)	1	0,019
1 mês	78 (9,3)	42 (8,8)	36 (9,9)	1,48 (0,77 – 2,84)	0,242
2 meses	147 (17,5)	75 (15,6)	72 (19,9)	1,32 (0,74 – 2,35)	0,347
≥3 meses	549 (65,2)	333 (69,4)	216 (59,7)	1,95 (1,18 – 3,25)	0,010
Local confinamento					
Com espaço exterior	627 (74,6)	347 (72,4)	280 (77,6)	1	
Sem espaço interior	213 (25,4)	132 (27,6)	81 (22,4)	1,32 (0,96 – 1,81)	0,092
Com quem?					
Sozinho(a)	22 (2,6)	17 (3,5)	5 (1,4)	3,86 (1,22 – 12,20)	0,021
Família	764 (90,7)	435 (90,6)	329 (90,9)	1,50 (0,83 – 2,71)	0,177
Amigos/colegas	9 (1,1)	6 (1,3)	3 (0,8)	2,27 (0,51 – 10,18)	0,283
Marido/esposa/namorado(a) /companheiro(a)	47 (5,6)	22 (4,6)	25 (6,9)	1	

Variável	Total n (%)	Depressão		OR (IC 95%)	p ^a
		Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)		
IMC atual					
Normoponderal	586 (69,8)	326 (68,2)	260 (71,8)	1	0,133
Baixo peso	65 (7,7)	33 (6,9)	32 (8,8)	0,82 (0,49 – 1,37)	0,455
Excesso de peso	130 (15,5)	78 (16,3)	52 (14,4)	1,20 (0,81 – 1,76)	0,364
Obesidade	59 (7,0)	41 (8,6)	18 (5,0)	1,82 (1,02 – 3,24)	0,043
IMC habitual					
Normoponderal	609 (72,5)	339 (70,9)	270 (74,6)	1	0,638
Baixo peso	74 (8,7)	43 (9,0)	30 (8,3)	1,14 (0,70 – 1,87)	0,598
Excesso de peso	123 (14,6)	76 (15,9)	47 (13,0)	1,29 (0,87 – 1,92)	0,212
Obesidade	35 (4,2)	20 (4,2)	15 (4,1)	1,06 (0,53 – 2,11)	0,864
Duração Sono (horas)					
Média (DP)	7,21 (1,02)	7,11 (1,09)	7,35 (0,90)	0,78 (0,68 – 0,90)	<0,001
Mediana (P25; P75)	7,0 (7,0; 8,0)	7,0 (6,0; 8,0)	7,0 (7,0; 8,0)		
Pontuação escala Yale					
Sem compulsão	744 (88,4)	394 (82,1)	350 (96,7)	1	<0,001
Leve	23 (2,7)	17 (3,5)	6 (1,7)	2,52 (0,98 – 6,46)	0,055
Moderada	17 (2,0)	15 (3,1)	2 (0,6)	6,66 (1,51 – 29,34)	0,012
Acentuada	58 (6,9)	54 (11,3)	4 (1,1)	11,99 (4,30 – 33,45)	<0,001
IPAQ Exercício					
Baixo	252 (30,1)	156 (32,7)	96 (26,6)	1,21 (0,84 – 1,74)	0,318
Moderado	363 (43,3)	193 (40,5)	170 (47,1)	0,84 (0,60 – 1,18)	0,318
Elevado	223 (26,6)	128 (26,8)	95 (26,3)	1	
Dependência da internet					
Sem dependência	137 (16,3)	48 (10,0)	89 (24,6)	1	<0,001
Levemente	389 (46,2)	193 (40,2)	196 (54,1)	1,83 (1,22 – 2,73)	0,003
Moderadamente	290 (34,4)	216 (45,0)	74 (20,4)	5,41 (3,49 – 8,40)	<0,001
Severamente	26 (3,1)	23 (4,8)	3 (0,8)	14,22 (4,06 – 49,78)	<0,001
Consumo de Bebidas Alcoólicas					
Sim	637 (75,7%)	371 (77,3%)	266 (73,5%)	0,814 (0,59 – 1,12)	0,202
Não	205 (24,3%)	109 (22,7%)	96 (26,5%)	1	
Fuma					
Sim	59 (7,0)	39 (8,1)	20 (5,5)	1,51 (0,87 – 2,64)	0,146
Ex-fumador	7 (0,8)	4 (0,8)	3 (0,8)	1,03 (0,23 – 4,65)	0,965
Não	776 (92,2)	437 (91,0)	339 (93,6)	1	
Patologia					
Respiratória	52 (6,2)	36 (7,5)	16 (4,4)	1,75 (0,96 – 3,21)	0,069
Endócrina	20 (2,4)	15 (3,1)	5 (1,4)	2,30 (0,83 – 6,40)	0,109
Cardiovascular	10 (1,2)	6 (1,3)	4 (1,1)	1,13 (0,32 – 4,05)	0,848
Psiquiátrica	8 (1,0)	6 (1,3)	2 (0,6)	2,28 (0,46 – 11,36)	0,315
Autoimune	23 (2,7)	17 (3,5)	6 (1,7)	2,18 (0,85 – 5,58)	0,105

Gastrointestinal	4 (0,5)	2 (0,4)	2 (0,6)	0,75 (0,11 – 5,37)	0,777
Alérgica	8 (1,0)	7 (1,5)	1 (0,3)	5,34 (0,65 – 43,62)	0,118
Renal	4 (0,5)	3 (0,6)	1 (0,3)	2,27 (0,24 – 21,92)	0,478
Outras patologias	11 (1,3)	8 (1,7)	3 (0,8)	2,03 (0,53 – 7,70)	0,299

No que respeita à duração do confinamento, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa desta com a depressão ($p=0,0019$), onde se verificou uma maior diferença estatisticamente significativa para o confinamento com duração igual ou superior a 3 meses ($OR=1,95$; $p=0,010$), quando comparada com a duração inferior a 1 mês. No entanto, com a análise multivariada verificou-se que esta variável não se mostrou ser um fator que contribua diretamente para os sintomas de depressão.

Também se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre os sintomas de depressão e com quem efetuaram o confinamento ($p=0,021$), tendo-se encontrado que nos indivíduos que moravam sozinhos uma chance de 3,86 vezes superior de sofrer

de sintomas de depressão em relação aos que moravam com o namorado(a) ou companheiro(a), marido ou esposa ($OR=3,86$; IC 95% 1,22 – 12,20; $p=0,021$). No entanto, também este não mostrou ser um fator explicativo para os sintomas de depressão.

Relativamente aos sintomas de depressão e a classificação da atividade física pelo IPAQ, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre estas.

Tabela 24: Associação entre a classificação na escala de depressão (CES-D) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística multivariada.

Variável	Total n (%)	Depressão		aOR (IC 95%) ^b	p ^a
		Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)		
País					
Portugal	471 (55,9)	219 (45,6)	252 (69,6)	1	
Brasil	371 (44,1)	261 (54,4)	110 (30,4)	2,34 (1,68 – 3,26)	<0,001
Género					
Feminino	605 (71,9)	376 (78,5)	229 (63,3)	2,55 (1,80 – 3,61)	<0,001
Masculino	236 (28,1)	103 (21,5)	133 (36,7)	1	
Estado Civil					
Solteiro(a)/Divorciado(a)	794 (94,3)	455 (94,8)	339 (93,6)	1	0,015
Casado(a)	26 (3,1)	10 (2,1)	16 (4,4)	0,24 (0,09 – 0,64)	0,004
União de Facto	22 (2,6)	15 (3,1)	7 (1,9)	1,60 (0,64 – 3,96)	0,641
Duração Sono (horas)					
Média (DP)	7,21 (1,02)	7,11 (1,09)	7,35 (0,90)	0,82 (0,70 – 0,64)	0,015
Mediana (P25; P75)	7,0 (7,0; 8,0)	7,0 (6,0; 8,0)	7,0 (7,0; 8,0)		
Pontuação escala Yale					
Sem compulsão	744 (88,4)	394 (82,1)	350 (96,7)	1	0,001
Leve	23 (2,7)	17 (3,5)	6 (1,7)	2,41 (0,85 – 6,81)	0,097
Moderada	17 (2,0)	15 (3,1)	2 (0,6)	3,07 (0,66 – 14,26)	0,153
Acentuada	58 (6,9)	54 (11,3)	4 (1,1)	6,32 (2,16– 18,50)	<0,001
Dependência da internet					
Sem dependência	137 (16,3)	48 (10,0)	89 (24,6)	1	<0,001
Levemente	389 (46,2)	193 (40,2)	196 (54,1)	1,55 (1,01 – 2,36)	0,044
Moderadamente	290 (34,4)	216 (45,0)	74 (20,4)	4,05 (2,54 – 6,46)	<0,001
Severamente	26 (3,1)	23 (4,8)	3 (0,8)	8,35 (2,23 – 31,27)	0,002

^a Teste de Wald; ^b Odds ratios ajustados por todas as variáveis da tabela 1, onde se usou um método de seleção de variáveis do tipo *forward* baseado no rácio de verosimilhanças com os níveis de significância 5% e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável no modelo, respetivamente. Teste do rácio de verosimilhanças: $p < 0,001$; teste de Hosmer-Lemeshow: $p = 0,258$; R^2 Cox & Snell = 19,3%; R^2 Nagelkerke = 25,9%; Área ROC = 0,754 (IC 95% 0,722 – 0,787; $p < 0,001$); Sensibilidade = 67,5%, especificidade = 72,2%, preditivo positivo = 76,2% e preditivo negativo = 62,8%, para a probabilidade de corte 0,52698.

Encontraram-se associações estatisticamente significativas entre o país e a depressão ($p < 0,001$), sendo a chance de ter sintomas de depressão mais elevada no Brasil (aOR = 2,34). Verificou-se um aumento da chance de sintomas de depressão em relação ao género, tendo o sexo feminino maior chance de sofrer de sintomas de depressão (aOR = 2,55; $p < 0,001$).

Relativamente ao estado civil, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre este e a depressão ($p=0,015$), sendo a chance de desenvolver depressão significativamente menor nos casados, quando comparados com os solteiros ou divorciados (aOR=0,24; IC 95% 0,009 – 0,64; $p=0,004$). Por sua vez, entre estes últimos e os indivíduos em união de facto não se mostraram significativamente associadas ($p=0,641$).

O tempo de sono, em horas, mostrou-se significativamente associado aos sintomas de depressão ($p=0,015$), tendo-se estimado que a chance de depressão diminui 18% por cada hora aumentada de sono (aOR=0,82; IC 95% 0,70-0,64).

Analisando a associação entre a pontuação na escala de compulsão alimentar e os sintomas de depressão, verificou-se estarem significativamente associadas ($p=0,001$). Esta foi devida apenas no grupo com compulsão alimentar acentuada, quando comparado com o grupo sem compulsão, sendo a chance de desenvolver sintomas de depressão 6,32 vezes maior (aOR=6,32; IC 95% 2,16 – 18,50; $p<0,001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem compulsão e os grupos com níveis de compulsão leve (aOR=2,41; IC 95% 0,85 – 6,81; $p=0,097$) e no moderado (aOR=3,027; IC 95% 0,66 – 14,26; $p=0,153$).

Relativamente à associação entre a pontuação na escala de avaliação da dependência da internet e o risco de ter sintomas de depressão, verificou-se estarem significativamente associadas ($p<0,001$). Analisando os vários níveis de dependência, em relação aos indivíduos classificados como não dependentes, verificou-se que a chance de ter depressão aumentou com o aumento da dependência da internet. Assim, na classe severamente dependente, estimou-se que a chance de depressão aumente 8,35 vezes mais (aOR=8,35; IC 95% 2,23 – 31,27; $p=0,002$), na classe de dependência moderada 4,05 mais (aOR=4,05; IC 95% 2,54 – 6,46; $p<0,001$) e a classe levemente dependente 1,5 vezes mais (aOR=1,55; IC 95% 1,01 – 2,36; $p=0,002$).

O IMC, quer o habitual, quer o atual não se mostraram explicativos dos sintomas de depressão. Verificou-se que o local onde foi efetuado confinamento (com ou sem espaço exterior) não teve influência significativa nos sintomas de depressão ($p=0,092$). Também não se encontrou uma associação significativa com quem efetuou a quarentena, sendo apenas significativo para quem o efetuou sozinho (OR=3,86; IC 95% 1,22 – 12,20; $p=0,021$). No entanto também não mostrou ser um fator com influência na explicação dos sintomas de depressão.

Verificou-se ainda que o consumo de álcool não teve influência nos sintomas de depressão ($p=0,202$) e que possuir patologia psiquiátrica anterior também não teve influência estatisticamente significativa nos sintomas de depressão ($p=0,315$).

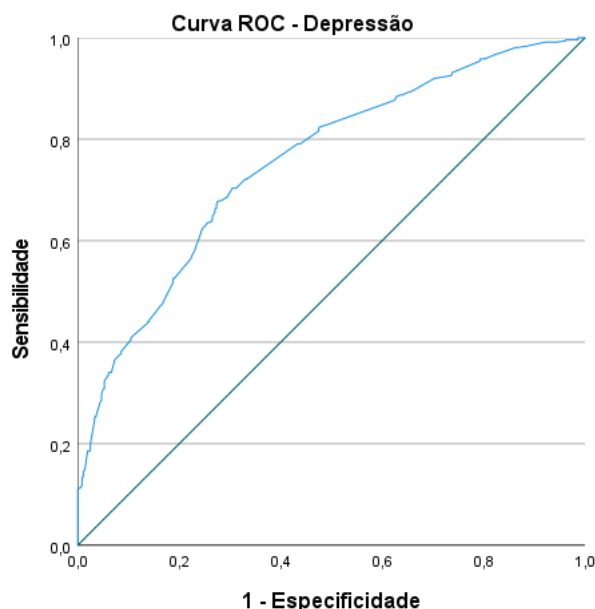


Fig. 31 – Curva ROC para a classificação de depressão. Área ROC=0,754, que corresponde a uma discriminação aceitável dos alunos entre apresentar vs. não apresentar sintomas depressivos (33).

3.3.5: Modelo Regressão Logística – Escala YALE:

Uma análise multivariada com regressão logística para a compulsão alimentar, com as variáveis da tabela 25, obtiveram-se os resultados ajustados que constam na tabela 26.

Tabela 25: Associação entre a classificação na escala de compulsão alimentar (mYFAS 2.0) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística univariada.

Variável	Total n (%)	Escala Compulsão Yale		OR (IC 95%)	p ^a
		Com Compulsão n (%)	Sem Compulsão n (%)		
País					
Portugal	471 (55,9)	30 (30,6%)	441 (59,3%)	1	<0,001
Brasil	371 (44,1)	68 (69,4%)	303 (40,7%)	3,30 (2,10 – 5,19)	
Gênero					
Feminino	605 (71,9)	86 (87,8%)	519 (69,9%)	3,09 (1,66 – 5,77)	<0,001
Masculino	236 (28,1)	12 (12,2%)	224 (30,01%)	1	

Variável	Total n (%)	Escala Compulsão Yale		OR (IC 95%)	p ^a
		Com Compulsão n (%)	Sem Compulsão n (%)		
Estado Civil					
Solteiro(a)/Divorciado(a)	794 (94,3)	89 (90,8%)	705 (94,8%)	1	0,059
Casado(a)	26 (3,1)	7 (7,1%)	19 (2,6%)	2,92 (1,19 – 7,14)	0,019
União de Facto	22 (2,6)	2 (2,0%)	20 (2,7%)	0,79 (0,18 – 3,45)	0,756
Profissão					
Estudante	816 (96,9)	96 (98,0%)	720 (96,8%)	1	
Trabalhador-estudante	26 (3,1)	2 (2,0%)	24 (3,2%)	0,63 (0,15 – 2,69)	0,528
Duração confinamento					
<1 mês	68 (8,1)	6 (6,1%)	62 (8,3%)	1	0,517
1 mês	78 (9,3)	9 (9,2%)	69 (9,3%)	1,35 (0,45 – 4,00)	0,591
2 meses	147 (17,5)	13 (13,3%)	134 (18,0%)	1,00 (0,36 – 2,76)	0,996
≥3 meses	549 (65,2)	70 (71,4%)	479 (64,4%)	1,51 (0,63 – 3,62)	0,356
Local confinamento					
Com espaço exterior	627 (74,6)	71 (72,4%)	556 (74,9%)	1	
Sem espaço interior	213 (25,4)	27 (27,6%)	186 (25,1%)	1,14 (0,71 – 1,83)	0,596
Com quem?					
Sozinho(a)	22 (2,6)	9 (9,2%)	13 (1,7%)	10,15 (2,39 – 43,10)	0,001
Família	764 (90,7)	85 (86,7%)	679 (91,3%)	1,84 (0,56 – 6,04)	0,002
Amigos/colegas	9 (1,1)	1 (1,0%)	8 (1,1%)	1,83 (0,17 – 19,91)	0,317
Marido/esposa/namorado(a) /companheiro(a)	47 (5,6)	3 (3,1%)	44 (5,9%)	1	0,618
IMC atual					
Normoponderal	586 (69,8)	48 (49,0%)	538 (72,5%)	1	<0,001
Baixo peso	65 (7,7)	0 (0,0%)	65 (8,8%)	-	-
Excesso de peso	130 (15,5)	23 (23,5%)	107 (14,4%)	2,41 (1,41 – 4,13)	0,001
Obesidade	59 (7,0)	27 (27,6%)	32 (4,3%)	9,46 (5,24 – 17,08)	<0,001
IMC habitual					
Normoponderal	609 (72,5)	52 (53,1%)	557 (75,1%)	1	<0,001
Baixo peso	74 (8,7)	6 (6,1%)	67 (9,0%)	0,96 (0,40 – 2,32)	0,926
Excesso de peso	123 (14,6)	30 (30,6%)	93 (12,5%)	3,46 (2,10 – 5,70)	<0,001
Obesidade	35 (4,2)	10 (10,2%)	25 (3,4%)	4,29 (1,95 – 9,41)	<0,001
Duração Sono (horas)					
Média (DP)	7,21 (1,02)	6,99 (1,23)	7,24 (0,98)	0,78 (0,64 – 0,96)	0,021
Mediana (P25; P75)	7,0 (7,0; 8,0)	7,00 (6,00; 8,00)	7,00 (7,00; 8,00)		
Classificação Depressão					
Sem sintomas	362 (43,0)	12 (12,2%)	350 (47,0%)	1	
Com sintomas	480 (2,7)	86 (87,8%)	394 (53,0%)	6,37 (3,42 – 11,85)	<0,001
IPAQ Exercício					
Baixo	252 (30,1)	33 (33,7%)	219 (29,6%)	1	0,183
Moderado	363 (43,3)	34 (34,7%)	329 (44,5%)	0,69 (0,41 – 1,14)	0,146
Elevado	223 (26,6)	31 (31,6%)	192 (25,9%)	1,07 (0,63 – 1,81)	0,797

Variável	Total n (%)	Escala Compulsão Yale		OR (IC 95%)	p ^a
		Com Compulsão n (%)	Sem Compulsão n (%)		
Dependência da internet					
Sem dependência	137 (16,3)	3 (3,1%)	134 (18,0%)	1	<0,001
Levemente	389 (46,2)	32 (32,7%)	357 (48,0%)	4,00 (1,21 – 13,29)	0,023
Moderadamente	290 (34,4)	53 (54,1%)	237 (31,9%)	9,99 (3,06 – 32,58)	<0,001
Severamente	26 (3,1)	10 (10,2%)	16 (2,2%)	27,92 (6,95 – 112,13)	<0,001
Consumo de Bebidas Alcoólicas					
Sim	637 (75,7%)	79 (80,6%)	548 (73,7%)	1,49 (0,88 – 2,52)	0,140
Não	205 (24,3%)	19 (19,4%)	196 (26,3%)	1	
Fuma					
Sim	59 (7,0)	13 (13,3%)	46 (6,2%)	2,36 (1,22 – 4,55)	0,016
Ex-fumador(a)	7 (0,8)	2 (2,0%)	5 (0,7%)	3,34 (0,64 – 17,49)	0,010
Não	776 (92,2)	83 (84,7%)	693 (93,1%)	1	0,153
Patologia					
Respiratória	52 (6,2)	9 (9,2%)	43 (5,8%)	1,65 (0,78 – 3,50)	0,192
Endócrina	20 (2,4)	4 (4,1%)	16 (2,2%)	1,94 (0,63 – 5,91)	0,246
Cardiovascular	10 (1,2)	2 (2,0%)	8 (1,1%)	1,92 (0,40 – 9,16)	0,415
Psiquiátrica	8 (1,0)	3 (3,1%)	5 (0,7%)	4,67 (1,10 – 19,84)	0,037
Autoimune	23 (2,7)	7 (7,1%)	16 (2,2%)	3,50 (1,40 – 8,74)	0,007
Gastrointestinal	4 (0,5)	1 (1,0%)	3 (0,4%)	2,55 (0,26 – 24,72)	0,420
Alérgica	8 (1,0)	2 (2,0%)	6 (0,8%)	2,56 (0,41 – 12,88)	0,253
Renal	4 (0,5)	1 (1,0%)	3 (0,4%)	2,55 (0,26 – 24,72)	0,420
Outras patologias	11 (1,3)	0 (0,0%)	11 (1,5%)	-	-

Tabela 26: Associação entre a classificação na escala de compulsão alimentar (mYFAS 2.0) e cada uma das variáveis em estudo – regressão logística multivariada.

Variável	Total n (%)	Escala Compulsão Yale		aOR (IC 95%) ^b	p ^a
		Com sintomas n (%)	Sem sintomas n (%)		
Género					
Feminino	605 (71,9)	86 (87,8%)	519 (69,9%)	4,32 (2,08 – 8,956)	<0,001
Masculino	236 (28,1)	12 (12,2%)	224 (30,01%)	1	
Estado Civil					
Solteiro(a)/Divorciado(a)	794 (94,3)	89 (90,8%)	705 (94,8%)	1	0,007
Casado(a)	26 (3,1)	7 (7,1%)	19 (2,6%)	6,76 (1,97 – 23,22)	0,002
União de Facto	22 (2,6)	2 (2,0%)	20 (2,7%)	0,61 (0,11 – 3,32)	0,565
Com quem					
Sozinho(a)	22 (2,6)	9 (9,2%)	13 (1,7%)	12,30 (1,77 – 85,63)	0,030
Família	764 (90,7)	85 (86,7%)	679 (91,3%)	2,80 (0,55 – 14,25)	0,011
Amigos/colegas	9 (1,1)	1 (1,0%)	8 (1,1%)	4,83 (0,30 – 78,47)	0,214
Marido/esposa/namorado(a) /companheiro(a)	47 (5,6)	3 (3,1%)	44 (5,9%)	1	0,268
IMC Atual					
Normoponderal	586 (69,8)	48 (49,0%)	538 (72,5%)	1	<0,001
Baixo peso	65 (7,7)	0 (0,0%)	65 (8,8%)	-	-
Excesso de peso	130 (15,5)	23 (23,5%)	107 (14,4%)	3,01 (1,63 – 5,54)	<0,001
Obesidade	59 (7,0)	27 (27,6%)	32 (4,3%)	12,47 (5,96 – 26,12)	<0,001
Classificação Depressão					
Sem sintomas	362 (43,0)	12 (12,2%)	350 (47,0%)	1	
Com sintomas	480 (2,7)	86 (87,8%)	394 (53,0%)	3,87 (1,94 – 7,71)	<0,001
Dependência da internet					
Sem dependência	137 (16,3)	3 (3,1%)	134 (18,0%)	1	0,003
Levemente	389 (46,2)	32 (32,7%)	357 (48,0%)	4,15 (1,11 – 15,58)	0,035
Moderadamente	290 (34,4)	53 (54,1%)	237 (31,9%)	6,96 (1,88 – 25,77)	0,004
Severamente	26 (3,1)	10 (10,2%)	16 (2,2%)	14,77 (3,00 – 72,72)	<0,001
Patologia					
Psiquiátrica	8 (1,0)	3 (3,1%)	5 (0,7%)	0,20 (0,04 – 1,16)	0,072

^a Teste de Wald; ^b Odds ratios ajustados por todas as variáveis da tabela 1, onde se usou um método de seleção de variáveis do tipo *forward* baseado no rácio de verosimilhanças com os níveis de significância 5% e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável no modelo, respetivamente. Teste do rácio de verosimilhanças: $p < 0,001$; teste de Hosmer-Lemeshow: $p = 0,445$; R^2 Cox & Snell = 18,8%; R^2 Nagelkerke = 36,5. Área ROC = 0,862 (IC 95% 0,825 – 0,899; $p < 0,001$); Sensibilidade = 81,3%, Especificidade = 81,8%, preditivo positivo = 36,8% e preditivo negativo = 96,8%, para a probabilidade de corte 0,108.

Observou-se que o gênero teve influência estatisticamente significativa na chance de ter compulsão alimentar ($p < 0,001$), sendo que o sexo feminino teve uma chance de 4,32 vezes superior de ter sintomas de compulsão alimentar (aOR=4,32; IC 95% 2,08 – 8,96). Verificou-se que o estado civil teve impacto estatisticamente significativo na compulsão alimentar ($p = 0,007$), sendo a chance de ter sintomas de 6,76 vezes superior nos indivíduos casados, em relação aos solteiros/divorciados (aOR=6,76; IC 95% 1,97 – 23,22; $p = 0,002$). Nos indivíduos em união de facto, não demonstraram estar estatisticamente associados ($p = 0,565$).

Relativamente às pessoas com quem fez quarentena, observou-se que teve impacto nos sintomas de compulsão alimentar, no entanto, apenas estavam significativamente associados aos indivíduos que moravam sozinhos ($p = 0,011$), sendo a chance de ter compulsão alimentar 12,30 vezes superior, em relação aos alunos que moravam com o marido/esposa/namorado(a) ou companheiro(a) (aOR=12,30; IC 95% 1,77 – 85,63).

O IMC atual, classificado como normoponderal, baixo peso, excesso de peso e obesidade (3 classes) mostrou ter influência estatisticamente significativa nos sintomas de compulsão alimentar ($p < 0,001$). Observou-se que a chance de ter compulsão alimentar aumentou com o aumento da classe de IMC, sendo de 3,01 vezes superior no caso do excesso de peso (aOR=3,01; IC 95% 1,63 – 5,54; $p < 0,001$) e de 12,47 vezes superior no caso dos alunos com obesidade (aOR=12,47; IC 95% 5,96 – 26,12; $p < 0,001$).

A classificação na escala da depressão mostrou ser explicativa dos sintomas de compulsão alimentar, sendo a chance de ter compulsão alimentar 3,87 vezes superior nos alunos com sintomas de depressão (aOR=3,87; IC 95% 1,94 – 7,71; $p < 0,001$).

A classificação da dependência da internet mostrou ser um fator explicativo para os sintomas de compulsão alimentar, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,003$). Observou-se que a chance de ter sintomas de compulsão alimentar aumentou no mesmo sentido da dependência da internet. Assim, a chance foi 4,15 vezes superior nos alunos com dependência leve (aOR=4,15; IC 95% 1,11 – 15,58; $p = 0,035$), 6,96 vezes superior nos alunos moderadamente dependentes (aOR=4,15; IC 95% 1,88 – 25,77; $p = 0,004$) e 14,77 vezes superior nos alunos classificados como severamente dependentes (aOR=14,77; IC 95% 3,00 – 72,72; $p < 0,001$).

Neste contexto, a patologia psiquiátrica não evidenciou estar significativamente associada à compulsão alimentar ($p = 0,072$).

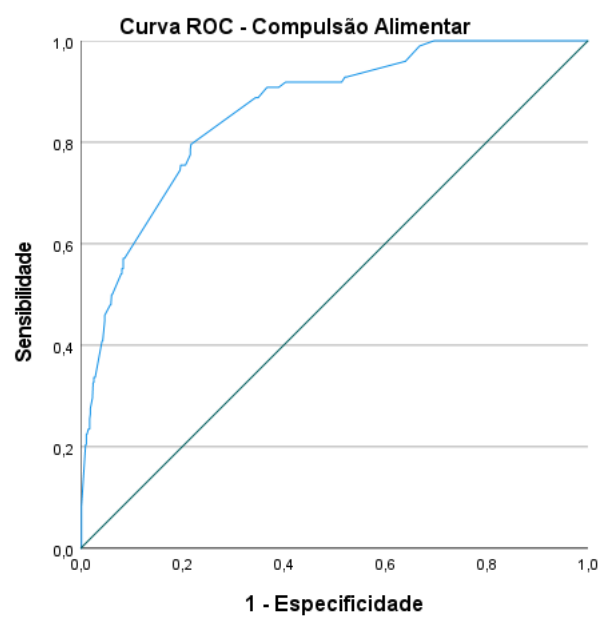


Fig. 32 – Curva ROC para a classificação de compulsão alimentar. Área ROC=0,862, que corresponde a uma discriminação boa dos alunos entre apresentar vs. não apresentar sintomas de compulsão alimentar (33).

4. Discussão:

A quarentena obrigatória foi um fator de stress para a população geral, com especial enfoque nos estudantes universitários, que, por sua vez, já têm maior propensão para sofrer de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares (34). O presente estudo teve como objetivo avaliar os sintomas de depressão, de compulsão alimentar e de dependência da internet e os seus determinantes, nos estudantes de medicina, de Portugal e do Brasil, durante o período de confinamento. Foram também questionados os hábitos alimentares e de exercício físico, horas de sono e atividades de lazer.

Neste estudo verificou-se que a maioria dos estudantes esteve em confinamento durante 3 meses ou mais e as atividades mais praticadas foram a utilização da internet e ver televisão, séries ou filmes. Observou-se que as atividades, no que respeita à utilização da internet, são coincidentes com as descritas pela literatura, uma vez que a maioria dos estudantes recorreu às videochamadas e às aplicações de redes sociais como forma de colmatar a falta de interação social com os pares (26).

4.1. Depressão e Compulsão Alimentar:

Relativamente à depressão e à compulsão alimentar verificou-se que uma grande parte dos alunos tinha sintomas de depressão (46,50% em Portugal e 70,35% no Brasil). Verificou-se ainda que estes valores são superiores aos descritos para esta população antes da quarentena, quer em Portugal (35)(36), quer no Brasil (14)(23). De acordo com um estudo prévio, realizado em Portugal, verificou-se que ser estudante universitário na área da saúde tinha uma associação com significado estatístico com depressão (38).

No que toca à compulsão alimentar verificou-se que a maioria dos alunos foram considerados como não possuindo nenhum grau de compulsão alimentar (93,63% em Portugal e 81,67% no Brasil). No entanto, verificou-se que 1,91% dos alunos portugueses tinham compulsão leve, 0,42% moderada e 4,03% acentuada. No Brasil, 3,77% dos alunos tinham compulsão leve, 4,04% moderada e 10,51% acentuada.

Não foram encontrados estudos que relacionassem a compulsão alimentar durante a quarentena nos estudantes de medicina. No entanto, foi realizado um estudo acerca da compulsão alimentar nos estudantes universitários, sendo a prevalência, prévia ao período de quarentena, de 49% no sexo feminino e 30% no sexo masculino (39). Pensa-se que a compulsão alimentar e outros distúrbios

alimentares possam estar relacionados com desregulações emocionais como a impulsividade, imagem corporal distorcida e ansiedade, que podem conduzir a comportamento alimentares disfuncionais (40).

Liu et al.(2020) propõem que o isolamento prolongado, superior a 3 meses, pudesse induzir a depressão. No entanto, no presente estudo verificou-se a existência de uma associação entre a duração do confinamento e os sintomas de depressão, mas a duração do confinamento não mostrou ser um fator explicativo da depressão (22). No que toca à compulsão alimentar, este não foi um parâmetro com associação estatisticamente significativa ($p=0,517$). Apesar de num estudo realizado em Portugal durante a quarentena na população geral, ser referido que ter um jardim no local onde foi efetuado o confinamento teve associação com menos sintomas de depressão (41), no presente estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ter espaço exterior, comparativamente a não ter (OR=1,32; IC 95% 0,96 – 1,81; $p=0,092$).

Verificou-se que ser do sexo feminino teve uma associação estatisticamente significativa quer com os sintomas de depressão (aOR 2,55; IC 95% 1,80 – 3,61; $p<0,001$), quer com os de compulsão alimentar (aOR 4,32; IC 95% 2,08 – 8,96; $p<0,001$). Os resultados encontraram-se de acordo com o descrito na literatura, sendo que num estudo com os alunos de medicina Paquistaneses existiu uma chance 2,23 vezes superior de sofrer de depressão no sexo feminino, em relação ao sexo masculino (42)(43)(44)(41). Resultados semelhantes foram descritos em estudos com alunos de medicina no Bangladesh (45), no Brasil (46)(19) e na China (47). Pensa-se que vários fatores possam contribuir para a prevalência de depressão ser superior no sexo feminino, nomeadamente o ambiente hormonal e as mudanças hormonais durante o ciclo menstrual (48). Relativamente aos sintomas de compulsão alimentar, os dados do presente estudo também se mostraram coincidentes com os resultados descritos na literatura sendo a compulsão alimentar superior no sexo feminino, quando comparado com o sexo masculino (39)(49)(50), possivelmente devido ao isolamento social, que tende a afetar mais as mulheres e a influenciar os seus hábitos alimentares (51). Outra explicação possível é que os indivíduos do sexo masculino têm menor perceção dos sintomas e por isso são menos diagnosticados e menos tratados: também por isso existem mais estudos em populações femininas (49)(52).

Analisando a relação entre as escalas da depressão e da compulsão alimentar, verificou-se que a pontuação na escala de YALE foi estatisticamente significativa na explicação dos sintomas de depressão ($p=0,001$). No entanto, só o nível de compulsão alimentar elevado mostrou ter significado estatisticamente significativo ($p<0,001$), sendo a chance 6,32

vezes superior de ter sintomas de depressão nos indivíduos classificados como tendo um nível de compulsão alimentar acentuado (aOR=6,32; IC 95% 2,16 – 18,50). No mesmo sentido, verifica-se que ter sintomas de depressão teve uma associação estatisticamente significativa nos sintomas de compulsão alimentar, sendo a chance 3,87 vezes superior, em relação aos alunos sem sintomas de depressão (aOR=3,87; IC 95% 1,94 – 1,71; $p<0,001$). Verificou-se que estes resultados vão de encontro aos descritos na literatura onde foi verificada a associação entre a depressão e os comportamentos alimentares patológicos, incluindo a compulsão alimentar. Foi ainda identificado através deste estudo que o isolamento social aumentou o risco de compulsão alimentar (53)(54)(55).

4.2. Índice de Massa Corporal e Género:

Em relação à comparação das 3 medidas de IMC (atual, habitual e calculado pela percepção da imagem corporal) com o género, verificou-se que os IMC atual e habitual foram estatisticamente superiores no género masculino ($p<0,001$ em ambos), quer em Portugal, quer no Brasil, com exceção do IMC calculado pela imagem de percepção corporal, que foi estatisticamente superior no sexo feminino ($p=0,006$). A percepção da imagem corporal está descrita como sendo mais distorcida no sexo feminino, encontrando-se esta distorção associada a um nível baixo de exercício físico, bem como uma má qualidade de sono (56).

Relativamente à compulsão alimentar, verificou-se que o IMC atual teve uma associação estatisticamente significativa com a compulsão alimentar, sendo superior nas categorias de IMC superior. Assim, relativamente ao excesso de peso, verificou-se que a chance de ter sintomas de compulsão alimentar aumentou 3,01 vezes (aOR=3,01; IC 95% 1,63 – 5,54; $p<0,001$) e na obesidade (grau I, II e III) aumentou 12,47 vezes (aOR=12,47; IC 95% 5,96 – 26,12; $p<0,001$), quando comparados com os normoponderais. Verificou-se que nenhum aluno com baixo peso teve sintomas de compulsão alimentar. Resultados semelhantes foram observados num estudo em alunos universitários franceses a frequentar cursos superiores diferentes (57). No que respeita à depressão, apenas o grau de obesidade se encontrou estatisticamente associado ao aumento da chance de ter sintomas de depressão (OR=1,82; IC 95% 1,02 – 3,24; $p=0,043$), no entanto, não se verificou ser uma variável estatisticamente associada à depressão. Em relação às outras classes de IMC não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas

($p=0,133$). Na literatura foi descrita uma associação fraca entre o IMC e a depressão, nos alunos de medicina (58).

4.3. Estado Civil e Depressão:

Um fator que se mostrou significativamente associado quer à depressão, quer à compulsão alimentar foi o estado civil, verificando-se que, em relação à depressão, ser casado diminuía a chance de ter sintomas de depressão (aOR=0,24; IC 95% 0,09 – 0,64; $p=0,004$). De acordo com a literatura, vários autores sugerem que ser solteiro é um fator de risco para desenvolver ansiedade e depressão (59)(60). Contrariamente, um estudo em estudantes de medicina encontrou associação entre estar casado com maior risco de desconforto mental (61). O mesmo não foi verificado em relação à chance de desenvolver compulsão alimentar, uma vez que ser casado mostrou aumentar em 6,76 (aOR 6,76; IC 95% 1,97 – 23,22; $p=0,002$) a chance de desenvolver sintomas de compulsão. Os indivíduos que se encontram em união de facto não mostraram ter diferenças estatisticamente significativas em relação aos sintomas, quer de depressão, quer de compulsão alimentar ($p=0,641$; $p=0,565$, respetivamente).

Na literatura foi descrito que os sintomas de depressão foram maiores nos alunos que moravam sozinhos, quando comparados com os alunos que moravam com a família (18). No entanto, no presente estudo, verificou-se que morar sozinho aumentou a chance de sofrer de sintomas de depressão, em relação aos que moravam com o companheiro(a)/marido/esposa/namorado(a) (OR=3,86; IC 95% 1,22 – 12,20; $p=0,021$). Contudo, mostrou não ter uma associação estatisticamente significativa com os sintomas de depressão. No que concerne à compulsão alimentar, verificou-se que os alunos que moravam sozinhos mostraram ter mais chances de sofrer de sintomas, relativamente aos que moravam com o marido/esposa/companheiro(a) ou namorado(a), com diferença estatisticamente significativa (aOR=12,30; IC 95% 1,77 – 85,63; $p=0,011$).

4.4. Sono, Depressão e Compulsão Alimentar:

Pensa-se que os sintomas de depressão possam estar relacionada com a má qualidade do sono (62)(18)(63), neste estudo, observou-se que o sono teve uma associação estatisticamente significativa com os sintomas de depressão, sendo um fator protetor.

Assim, por cada hora a mais de sono, diminuiu a chance de sintomas de depressão em 14% (aOR 0,82; IC 95% 0,70 – 0,64; $p=0,015$).

Contrariamente ao observado na literatura, no nosso estudo verificou-se que o sono não estava associado significativamente com os sintomas de compulsão alimentar (63). De acordo com a literatura sabe-se que o sono, particularmente o ritmo circadiano, tem influência na liberação de hormonas que controlam o apetite, como a grelina (hormona da saciedade produzida pelos adipócitos) e a leptina (hormona da fome secretada pelas células do estômago), encontrando-se dependentes da duração do sono e a da sua qualidade. Dado o sono ser um importante regulador destas hormonas, seria expectável que existisse influência na compulsão alimentar através da desregulação das hormonas do apetite (64). Esta discrepância nas observações pode ser devido a, neste estudo, o sono ter sido medido apenas quantitativamente e não qualitativamente, sendo necessários mais estudos acerca dos efeitos na qualidade do sono na compulsão alimentar nesta população em específico, uma vez que está descrita a influência do sono nas hormonas do apetite.

4.5. Consumo de Tóxicos:

No presente estudo não foi encontrada associação entre os consumos de substâncias tóxicas, como o tabaco ($p=0,347$) e o álcool ($p=0,202$) e os sintomas de depressão. Sendo estes considerados pela literatura como fatores passíveis de contribuir para os sintomas de depressão (65). Assim, considera-se que são necessários mais estudos acerca do *binge drinking*, com quantificação das porções consumidas, uma vez que neste estudo apenas foi avaliada a frequência de consumo. No respeitante à compulsão alimentar, observou-se que o consumo de bebidas alcoólicas não estava associado estatisticamente aos sintomas ($p=0,140$). Por sua vez, o consumo tabágico mostrou ter associação com a compulsão alimentar (OR=2,36; IC 95% 1,22 – 4,55; $p=0,010$), no entanto, na análise multivariada, este não mostrou estar associado com a pontuação na escala de compulsão alimentar.

4.6. Dependência da Internet:

Em relação à dependência da internet, verificou-se que a maioria dos alunos portugueses foram classificados como levemente dependentes (50,53%), apenas 20,59% não tinham

qualquer grau de dependência. Nos alunos do Brasil verificou-se que a maioria se situava no grau de dependência moderado (43,40%), sendo que apenas 10,78% foram classificados como não tendo nenhum grau de dependência, sendo a diferença entre ambos estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Na literatura são descritas percentagens inferiores de adição nos estudantes de medicina, com a limitação de não terem sido efetuados em contexto de pandemia e consequente necessidade de permanecer mais horas em casa (66)(67).

A classificação pela escala de dependência da internet mostrou ser explicativa quer dos sintomas de depressão, quer dos sintomas de compulsão alimentar, aumentando na mesma razão do aumento da dependência, quando comparados com não ter dependência. No caso da depressão observou-se que os classificados como levemente dependentes tinham uma chance de 1,55 vezes superior de sofrer de depressão (aOR=1,55; IC 95% 1,01 – 2,36; $p=0,044$), os moderadamente dependentes 4,05 vezes mais chance (aOR=4,05; IC 95% 2,54 – 6,46; $p < 0,001$) e os severamente dependentes 8,35 vezes (aOR=8,35; IC 95% 2,23 – 31,27; $p=0,002$). Resultados semelhantes foram descritos em estudos anteriores, existindo uma correlação entre a dependência da internet e os sintomas depressivos (68). Além disso, foi descrito que o aumento de exposição a redes sociais e comunicação social, aumentou o risco de depressão na população geral (69)(70)(71).

4.7. Exercício Físico:

Relativamente aos hábitos de vida, nomeadamente no exercício físico, verificou-se que a maioria dos alunos Portugueses tinham um nível de atividade física moderada (57,75%) e os dos Brasil elevada (41,14%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). No que respeita aos sintomas de depressão, foi reportado em vários estudos, incluindo um estudo na população portuguesa, a associação benéfica entre a prática regular de exercício físico e menos sintomas de depressão (41). No entanto, neste estudo não foi verificada essa associação ($p=0,098$). Sendo a população de jovens, mais suscetível a estes sintomas, uma vez que a sua rotina foi mais alterada, ressalta-se a importância da realização de mais estudos e mais detalhados acerca da influência do exercício físico e da alimentação.

5. Limitações:

A principal limitação deste estudo foi o facto de o questionário ter sido aplicado online e a seleção não ser aleatória, podendo existir um viés associado. Além disso, o questionário foi divulgado durante um período prolongado de tempo, existindo um desfasamento temporal no preenchimento por parte dos alunos do Brasil, em relação aos alunos de Portugal. No entanto, o preenchimento ocorreu ainda durante o confinamento pela pandemia de COVID-19.

Outra limitação a considerar neste estudo foi serem dados auto-reportados, assim, as escalas foram aplicadas consoante esses dados, não tendo sido confirmados com um diagnóstico médico ou clínico quer para a depressão, quer para a compulsão alimentar e dependência da internet.

Deve ainda ser tido em conta que a população do sexo feminino foi superior à do sexo masculino em ambos os países. O mesmo foi verificado nos estudantes solteiros, sendo a percentagem muito superior aos restantes estados civis, quer em Portugal, quer no Brasil.

Relativamente à escala de percepção da imagem corporal, deve ser considerado que as imagens, embora aprovadas para uso digital, não tinham as dimensões propostas, por limitação do suporte de divulgação do questionário.

Outro fator relevante a ter em conta é a extensão do questionário, sendo um questionário longo e com perguntas com elevada exigência ao nível da concentração, podendo ter existido algum erro nas últimas questões.

6. Conclusão:

A pandemia por COVID-19, com o isolamento social imposto, provocou uma alteração nas rotinas e hábitos dos indivíduos, tendo contribuído para o agravamento da saúde mental em vários níveis, tais como ansiedade, stress, depressão e distúrbios alimentares. Não existiram diferenças entre os que tinham diagnóstico prévio de patologia e os que não tinham (72)(73). As alterações nas rotinas, o distanciamento social, a substituição de eventos presenciais para o formato online e a suspensão das atividades práticas como os estágios tiveram elevado impacto nos estudantes de medicina.

Os principais objetivos deste estudo eram perceber de que forma a quarentena e o isolamento afetaram os alunos de medicina ao nível da depressão, compulsão alimentar, dependência da internet e hábitos de vida. Conclui-se que, nesta população, existiu uma prevalência significativa de sintomas em todos os parâmetros. Apesar de existirem associações que não são passíveis de mudança, como ser do sexo feminino ou a influência do país, existem medidas que podem ser tomadas no futuro. Assim, deve existir uma reflexão por parte das autoridades competentes para que seja possível atuar no âmbito da promoção da saúde mental e da atuação nos casos com sintomas ou patologia associada.

Considera-se ainda importante a avaliação dos sintomas após a pandemia e o desconfinamento, de modo a perceber se os sintomas são mantidos ou se atenuaram com o levantamento das medidas de saúde pública, permitindo auxiliar os alunos que mantenham os sintomas.

Sugere-se que sejam tomadas medidas preventivas da doença mental, dos distúrbios alimentares e de dependências nesta população. Devem ainda ser tomadas medidas preventivas e antecipatórias, caso exista necessidade de novo confinamento, promovendo a saúde mental e os hábitos de vida saudáveis e providenciando o acompanhamento e apoio necessários aos grupos mais suscetíveis.

Bibliografia

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20.
2. Meo SA, Abukhalaf AA, Alomar AA, Sattar K, Klonoff DC. Covid-19 pandemic: Impact of quarantine on medical students' mental wellbeing and learning behaviors. *Pakistan J Med Sci*. 2020;36(COVID19-S4):S43–8.
3. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*. 2012;53(1):15–23.
4. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(7):1206–12.
5. Hsieh KY, Kao WT, Li DJ, Lu WC, Tsai KY, Chen WJ, et al. Mental health in biological disasters: From SARS to COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(5):576–86.
6. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302–11.
7. Perrin PC, McCabe OL, Everly GS, Links JM. Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations. *Prehosp Disaster Med*. 2009;24(3):223–30.
8. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005;22(5):398–406.
9. Bai YM, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055–7.
10. Elhai JD, Yang H, McKay D, Asmundson GJG. COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *J Affect Disord*. 2020;274(January):576–82.
11. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord*. 2020;53(7):1158–65.

12. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016;316(21):2214–36.
13. Maser B, Danilewitz M, Guérin E, Findlay L, Frank E. Medical Student Psychological Distress and Mental Illness Relative to the General Population: A Canadian Cross-Sectional Survey. *Acad Med.* 2019;94(11):1781–91.
14. Pacheco JPG, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39(4):369–78.
15. Weber J, Skodda S, Muth T, Angerer P, Loerbroks A. Stressors and resources related to academic studies and improvements suggested by medical students: A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):1–14.
16. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50(1):132–49.
17. Pereira MAD, Barbosa MA, De Rezende JC, Damiano RF. Medical student stress: An elective course as a possibility of help. *BMC Res Notes.* 2015;8(1):1–10.
18. Bolatov AK, Seisembekov TZ, Askarova AZ, Baikanova RK, Smailova DS, Fabbro E. Online-Learning due to COVID-19 Improved Mental Health Among Medical Students. *Med Sci Educ.* 2021;31(1):183–92.
19. Perissotto T, da Silva TCRP, Miskulin FPC, Pereira MB, Neves BA, Almeida BC, et al. Mental health in medical students during covid-19 quarantine: A comprehensive analysis across year-classes. *Clinics.* 2021;76:1–8.
20. Leroy A, Wathelet M, Fovet T, Habran E. Mental health among medical, healthcare, and other university students during the first COVID-19 lockdown in France. 2020;(January).
21. Zhang D, Ba-Thein W. COVID-19 epidemic and Chinese medical students: Perception, emotions, attitudes, and conformity during domicile quarantine. *J Infect Dev Ctries.* 2022;16(1):41–8.
22. Liu J, Zhu Q, Fan W, Makamure J, Zheng C, Wang J. Online Mental Health Survey in a Medical College in China During the COVID-19 Outbreak. *Front Psychiatry.* 2020;11(May):1–6.
23. Zhang C, Zeng P, Tan J, Sun S, Zhao M, Cui J, et al. Relationship of Problematic Smartphone Use, Sleep Quality, and Daytime Fatigue Among Quarantined

- Medical Students During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12(November):1–10.
24. Sima S, Obrdalj; EC, Mateo B, Daniel Bevanda, Rizikalo A, Marijanovic I. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health of Medical Students at the University of Mostar. *Psychiatr Danub*. 2021;33(10):114–9.
 25. Arima M, Takamiya Y, Furuta A, Siriratsivawong K, Tsuchiya S, Izumi M. Factors associated with the mental health status of medical students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Japan. *BMJ Open*. 2020;10(12):1–7.
 26. Lyons Z, Wilcox H, Leung L, Dearsley O. COVID-19 and the mental well-being of Australian medical students: impact, concerns and coping strategies used. *Australas Psychiatry*. 2020;28(6):649–52.
 27. Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e Fidedignidade Teste-Reteste de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças. *Psicol Teor e Pesqui*. 2009;25(2):263–70.
 28. Rodrigues HB. Avaliação da Compulsão Alimentar da População Portuguesa Através da Escala de Compulsão Alimentar de Yale modificada (mYFAS 2.0). 2019;
 29. IPAQ. Guidelines for data processing and analysis of the IPAQ-short and long forms. *Med Sci Sport Exerc*. 2004;(April):<https://www.physio-pedia.com/images/c/c7/Quideline>.
 30. Gonçalves B, Fagulha T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). *Eur J Psychol Assess*. 2004;20(4):339–48.
 31. Pontes HM, Caplan SE, Griffiths MD. Psychometric validation of the Generalized Problematic Internet Use Scale 2 in a Portuguese sample. *Comput Human Behav*. 2016;63:823–33.
 32. Young KS. Clinical assessment of internet-addicted clients. Abreu IKY& C, editor. New Jersey: John Wiley & Sons.; 2011. 19–34 p.
 33. Scott AJ, Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. Vol. 47, Biometrics. 2000. 1632 p.
 34. Tavolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Déchelotte P, Ladner J. Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *J Nutr Educ Behav*. 2015;47(5):412-420.e1.
 35. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, depression and academic performance: A study amongst Portuguese medical students versus

- non-medical students. *Acta Med Port.* 2018;31(9):454–62.
36. Coentre R, Faravelli C, Figueira ML. Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. *Int J Med Educ.* 2016;7:354–63.
 37. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaquí Lopes MH, De Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ [Internet].* 2016;16(1):1–9.
 38. Laranjeira C, Dixe MA, Valentim O, Charepe Z, Querido A. Mental health and psychological impact during covid-19 pandemic: An online survey of Portuguese higher education students. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(1).
 39. Lipson SK, Sonnevile KR. Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eat Behav [Internet].* 2017;24:81–8. A
 40. Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G, et al. The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord.* 2017;22(1):105–15.
 41. Moreira PS, Ferreira S, Couto B, Machado-Sousa M, Fernández M, Raposo-Lima C, et al. Protective elements of mental health status during the covid-19 outbreak in the portuguese population. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1–11.
 42. Muhammad Alfareed Zafar S, Junaid Tahir M, Malik M, Irfan Malik M, Kamal Akhtar F, Ghazala R. Awareness, anxiety, and depression in healthcare professionals, medical students, and general population of Pakistan during COVID-19 Pandemic: A cross sectional online survey. *Med J Islam Repub Iran [Internet].* 2020;34:131.
 43. da Nóbrega Lucena Pinho R, Costa TF, Silva NM, Barros-Areal AF, de Mattos Salles A, Oliveira AP, et al. Mental health and burnout syndrome among postgraduate students in medical and multidisciplinary residencies during the COVID-19 pandemic in Brazil: Protocol for a prospective cohort study. *JMIR Res Protoc.* 2021;10(1).
 44. Ferreira MJ, Sofia R, Carreno DF, Eisenbeck N, Jongenelen I, Cruz JFA. Dealing With the Pandemic of COVID-19 in Portugal: On the Important Role of Positivity, Experiential Avoidance, and Coping Strategies. *Front Psychol.* 2021;12(June):1–15.
 45. Safa F, Anjum A, Hossain S, Islam T, Fatema S. Immediate psychological responses during the initial period of the COVID-19 pandemic among Bangladeshi

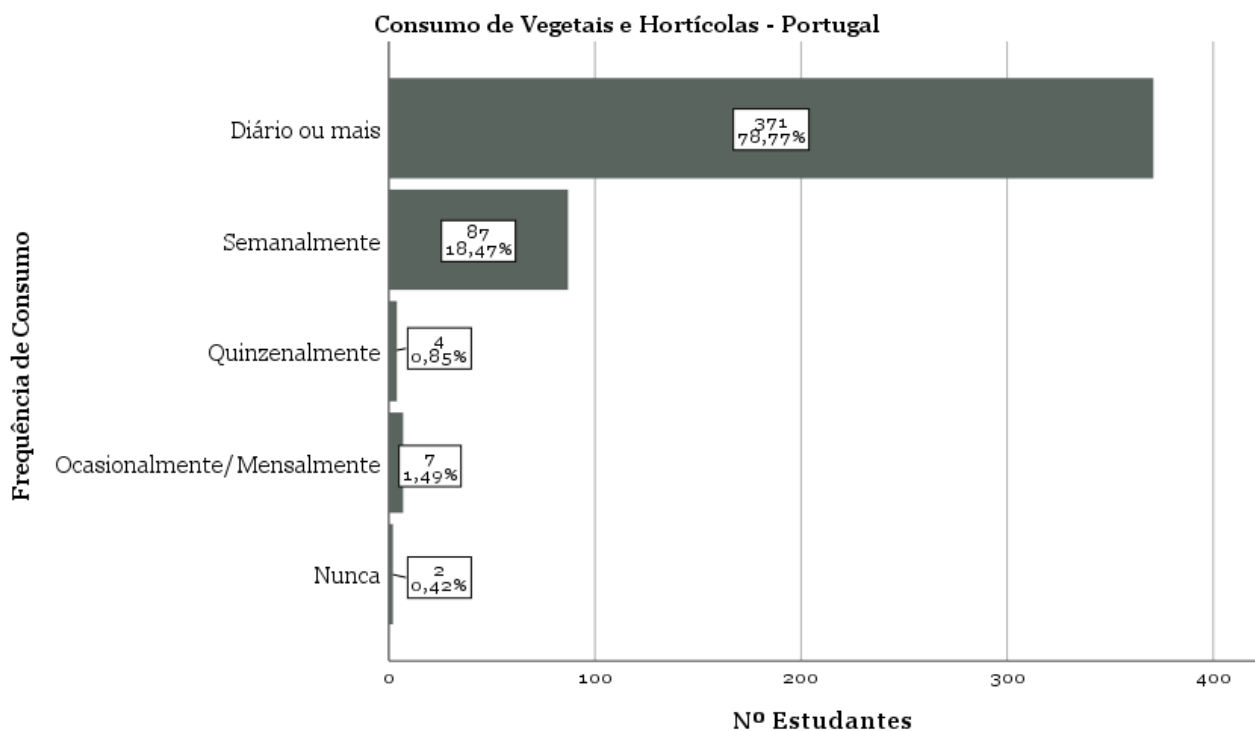
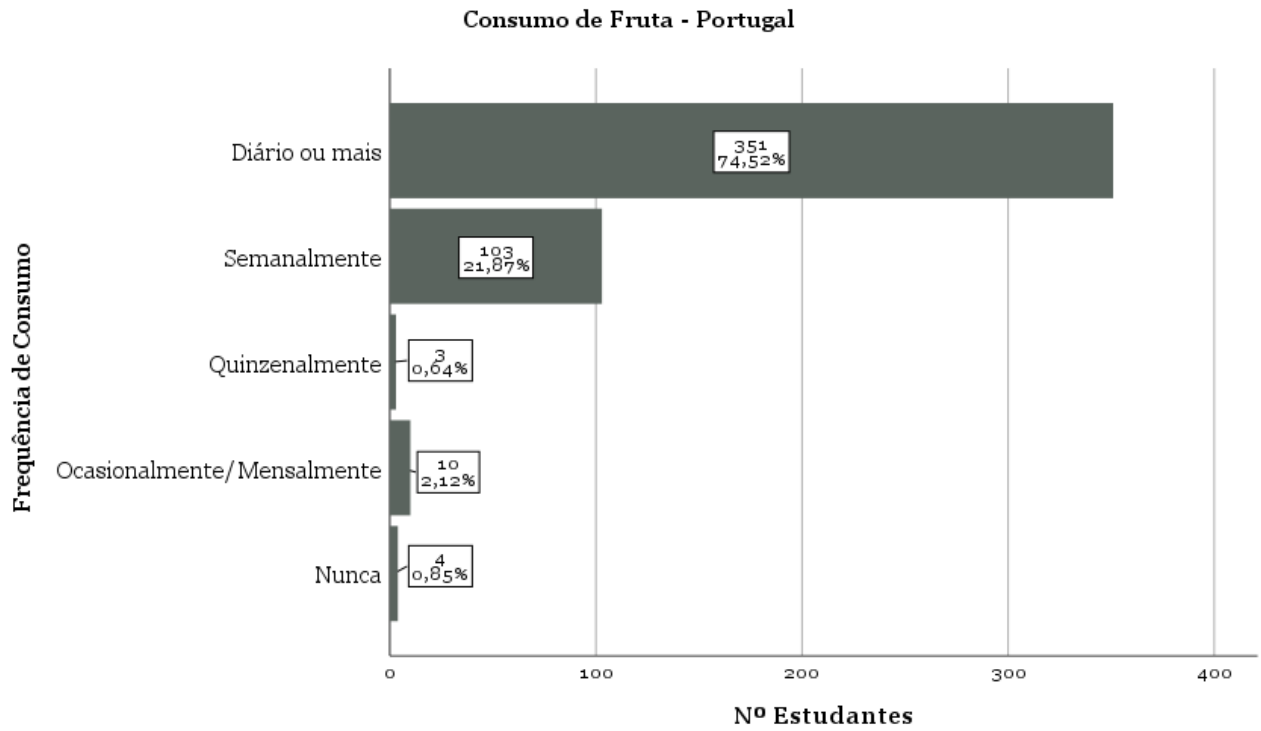
- medical students. 2020;(January).
46. Sartor CI, Spinardi FB, State SP, Zip B. Impact of Covid-19 pandemic on mental health of medical students: A cross-sectional study using GAD-7 and PHQ-9 Questionnaires. 2020;1–20.
 47. Xiao H, Shu W, Li M, Li Z, Tao F, Wu X, et al. Social distancing among medical students during the 2019 coronavirus disease pandemic in china: Disease awareness, anxiety disorder, depression, and behavioral activities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1–13.
 48. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40(4):219–21.
 49. De Pasquale C, Sciacca F, Conti D, Pistorio ML, Hichy Z, Cardullo RL, et al. Relations Between Mood States and Eating Behavior During COVID-19 Pandemic in a Sample of Italian College Students. *Front Psychol*. 2021;12(July):1–8.
 50. Striegel-Moore; RH, Rosselli;, Francine Perrin;, DeBar; NL, Terence GW, May; A, et al. Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *Int J Eat Disord*. 2010;(42):471–4.
 51. Pedrosa AL, Bitencourt L, Fróes ACF, Cazumbá MLB, Campos RGB, de Brito SBCS, et al. Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;11(October):1–18.
 52. Sonnevile KR, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *Int J Eat Disord*. 2018;51(6):518–26.
 53. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(6):855–63.
 54. Trojanowski PJ, Fischer S. The role of depression, eating disorder symptoms, and exercise in young adults' quality of life. *Eat Behav* [Internet]. 2018;31(August):68–73.
 55. Mills JG, Thomas SJ, Larkin TA, Deng C. Overeating and food addiction in Major Depressive Disorder: Links to peripheral dopamine. *Appetite* [Internet]. 2020;148(November 2019):104586.
 56. Cremasco MM, Mulasso A, Moroni A, Testa A, Degan R, Rainoldi A, et al. Relation among perceived weight change, sedentary activities and sleep quality during covid-19 lockdown: A study in an academic community in Northern Italy. *Int J*

- Environ Res Public Health. 2021;18(6):1–14.
57. Flaudias V, Iceta S, Zerhouni O, Rodgers RF, Billieux J, Llorca PM, et al. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. *J Behav Addict*. 2020;9(3):826–35.
 58. Duan H, Gong M, Zhang Q, Huang X, Wan B. Research on sleep status, body mass index, anxiety and depression of college students during the post-pandemic era in Wuhan, China. 2022;(January).
 59. Gavurova B, Ivankova V, Rigelsky M, Mudarri T. Somatic Symptoms , Anxiety , and Depression Among College Students in the Czech Republic and Slovakia : A Cross-Sectional Study. 2022;10(March):1–17.
 60. AlHadi AN, Alhuwaydi AM. The mental health impact of pandemic COVID-19 crisis on university students in Saudi Arabia and associated factors. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2021;0(0):1–9.
 61. Kerebih H, Ajaeb M, Hailesilassie H. Common mental disorders among medical students in Jimma University. *SouthWest Ethiop Afri Heal Sci*. 2017;17(3):844–51.
 62. Xie J, Li X, Luo H, He L, Bai Y, Zheng F, et al. Depressive Symptoms, Sleep Quality and Diet During the 2019 Novel Coronavirus Epidemic in China: A Survey of Medical Students. *Front Public Heal*. 2021;8(January):1–8.
 63. Trace SE, Thornton LM, Runfola CD, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Sleep problems are associated with binge eating in women. *Int J Eat Disord*. 2012;45(5):695–703.
 64. Leproult; R, Cauter E Van. Role of Sleep and Sleep Loss in Hormonal Release and Metabolism. *Endocr Dev*. 2010;17:11–21.
 65. Hawtham A. Alzahrani; Mohammed S. Alghamdi; Abdullah A. Alzahrani; Abdulaziz A. Alzahrani. Tobacco smoking and depressive symptoms among male medical students in Al-Baha University. *J Fam Med Prim Care*. 2021;10(6).
 66. Taha MH, Shehzad K, Alamro AS, Wadi M. Internet Use and Addiction Among Medical Students in Qassim University, Saudi Arabia. 2019;19(2):142–7. A
 67. Patil; SD, Deshmukh; JS, Dagdiya KR. Prevalence and pattern of internet addiction among medical students in Nagpur, Maharashtra. *Int J Community Med Public Heal*. 2017;4(12):4680.
 68. Gupta R, Taneja N, Anand T, Gupta A, Gupta R, Jha D, et al. Internet Addiction, Sleep Quality and Depressive Symptoms Amongst Medical Students in Delhi,

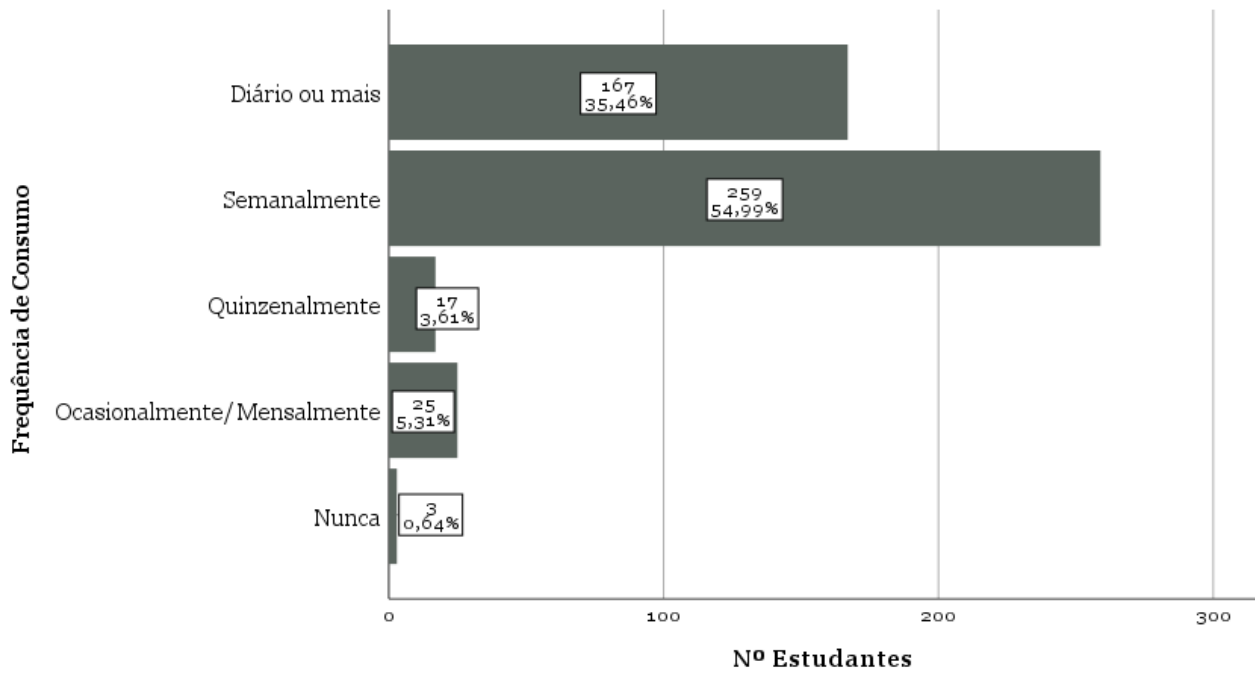
- India. *Community Ment Health J* [Internet]. 2021;57(4):771–6.
69. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;87(April):40–8.
70. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(4):1–10.
71. Boonvisudhi T, Kuladee S. Association between Internet addiction and depression in Thai medical students at Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. *PLoS One*. 2017;12(3):1–10.
72. Wang C, Riyu P, Xiaoyang W, Yilin T, Linkang X, Cyrus SH, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(5):1–25.
73. Weissman RS, Bauer S, Thomas JJ. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *Int J Eat Disord*. 2020;53(5):369–76.

7. Anexos:

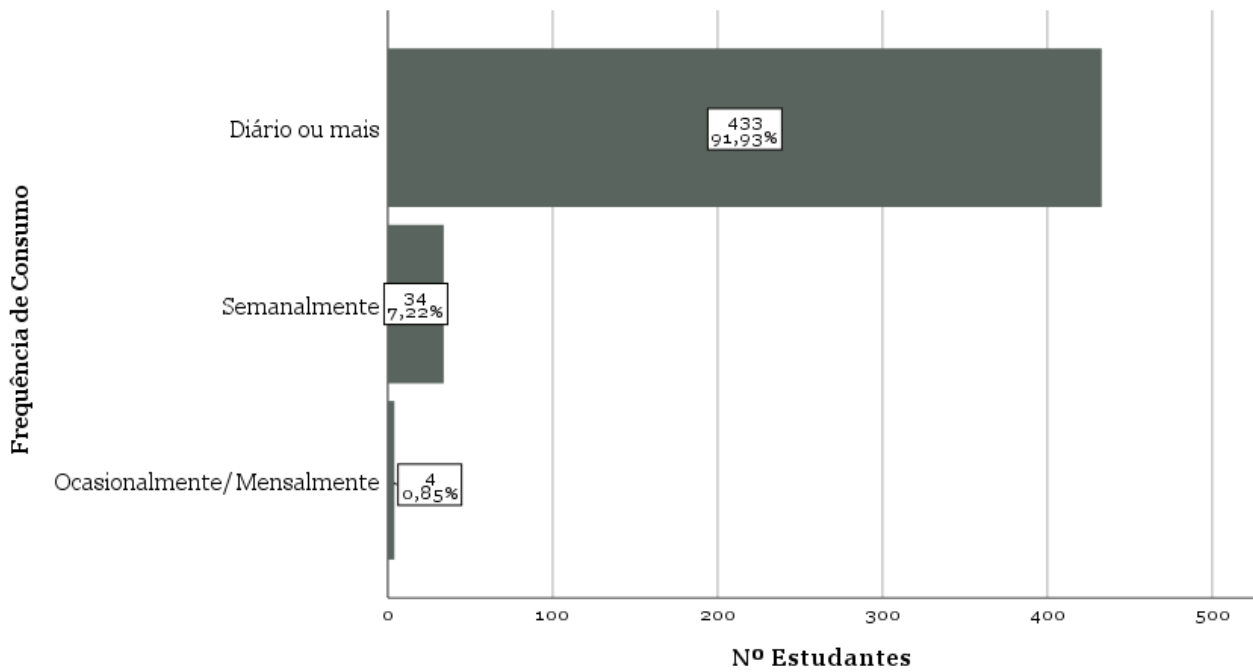
Anexo I – Questionário de Frequência Alimentar e tipos de Atividade Física na Quarentena - Portugal:



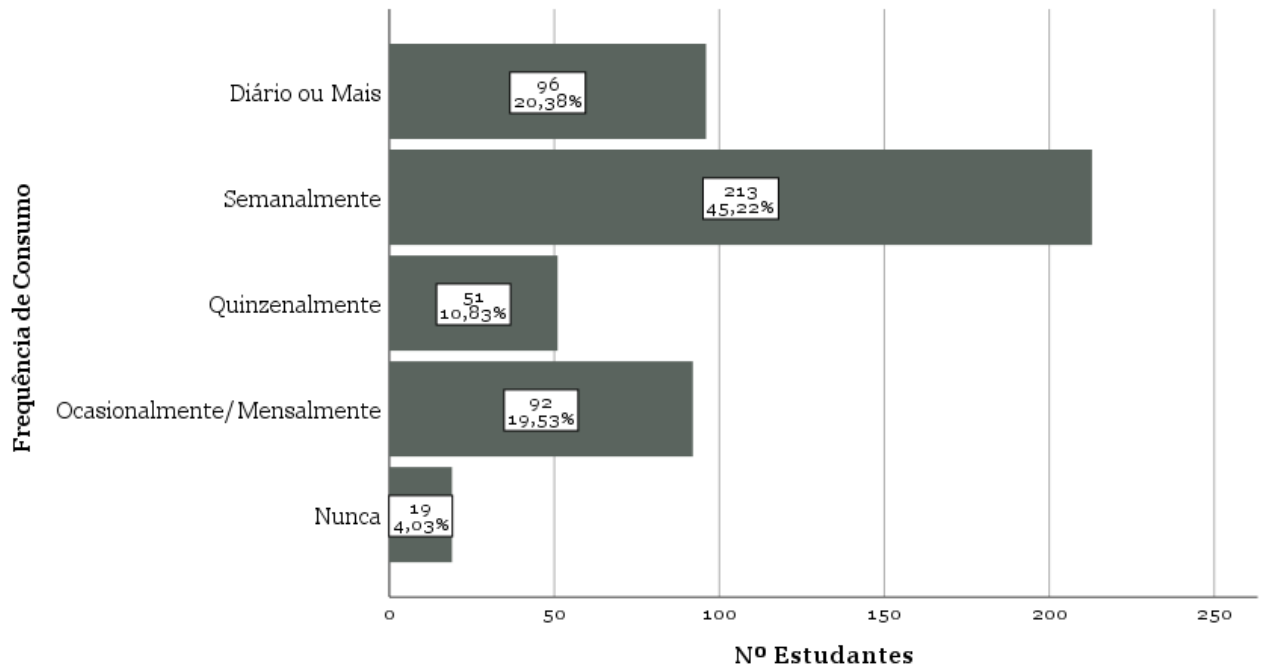
Consumo de Leguminosas - Portugal



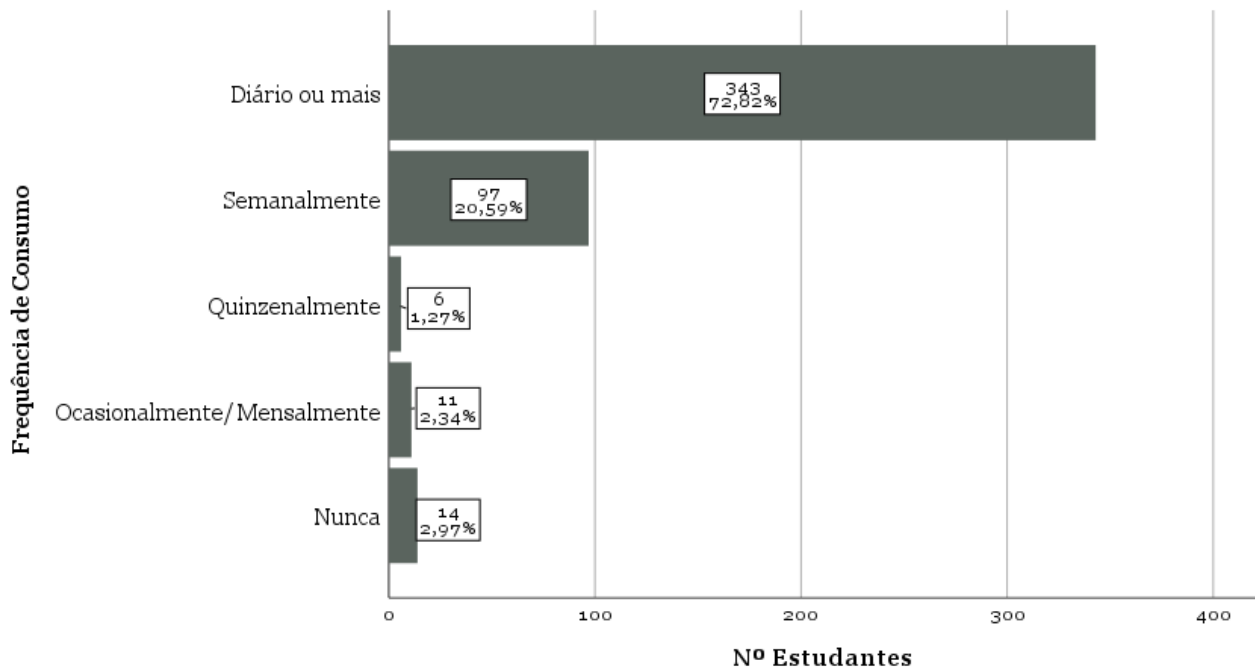
Consumo de Hidratos de Carbono Complexos - Portugal



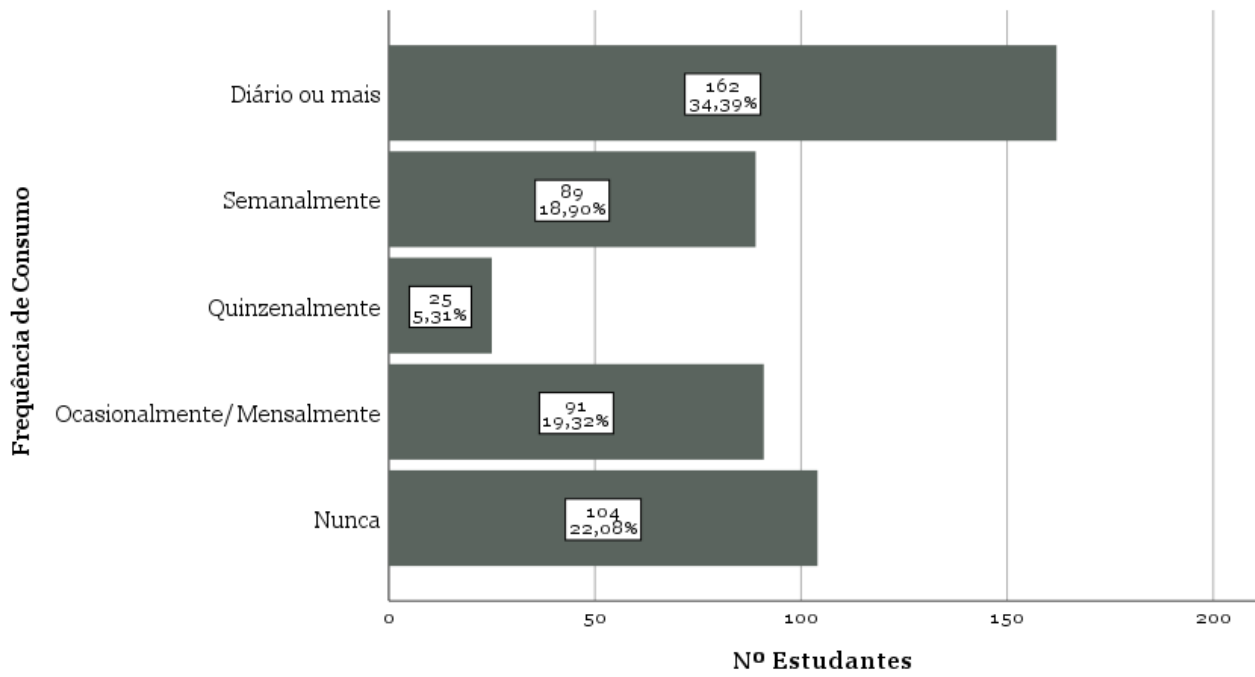
Consumo de Frutos Secos - Portugal



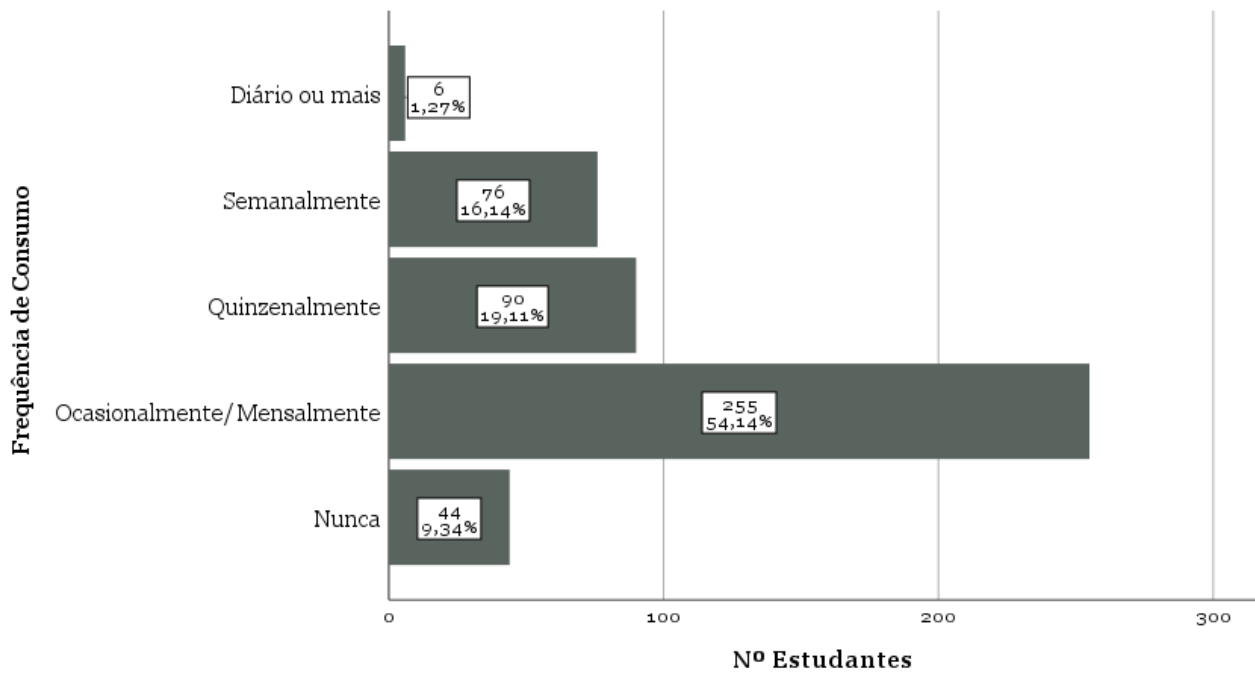
Consumo de Lacticínios - Portugal



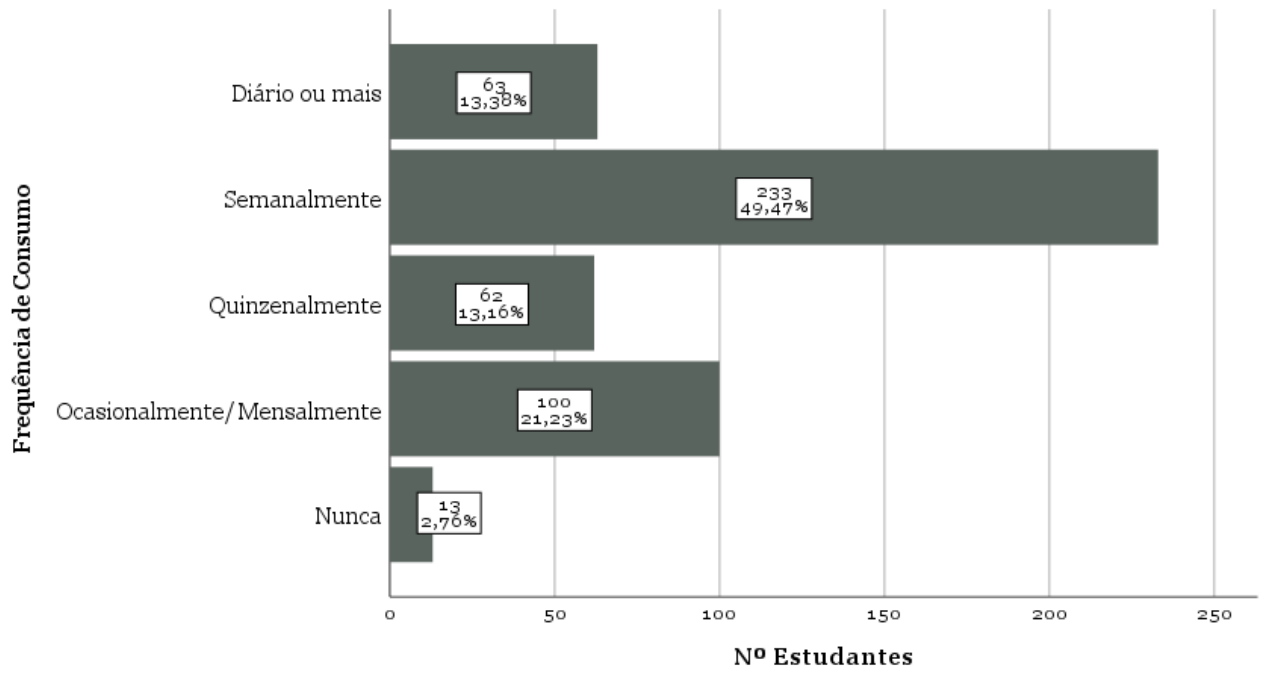
Consumo de Bebidas/iogurtes Vegetais - Portugal



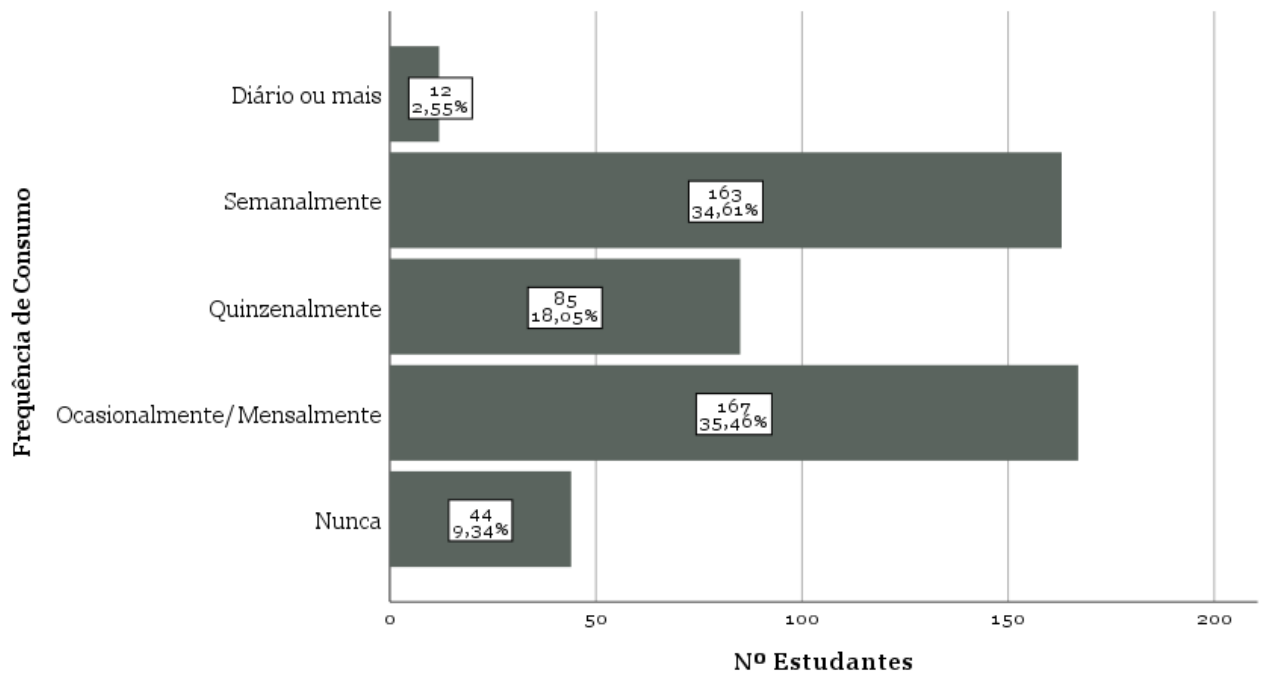
Consumo de FastFood - Portugal



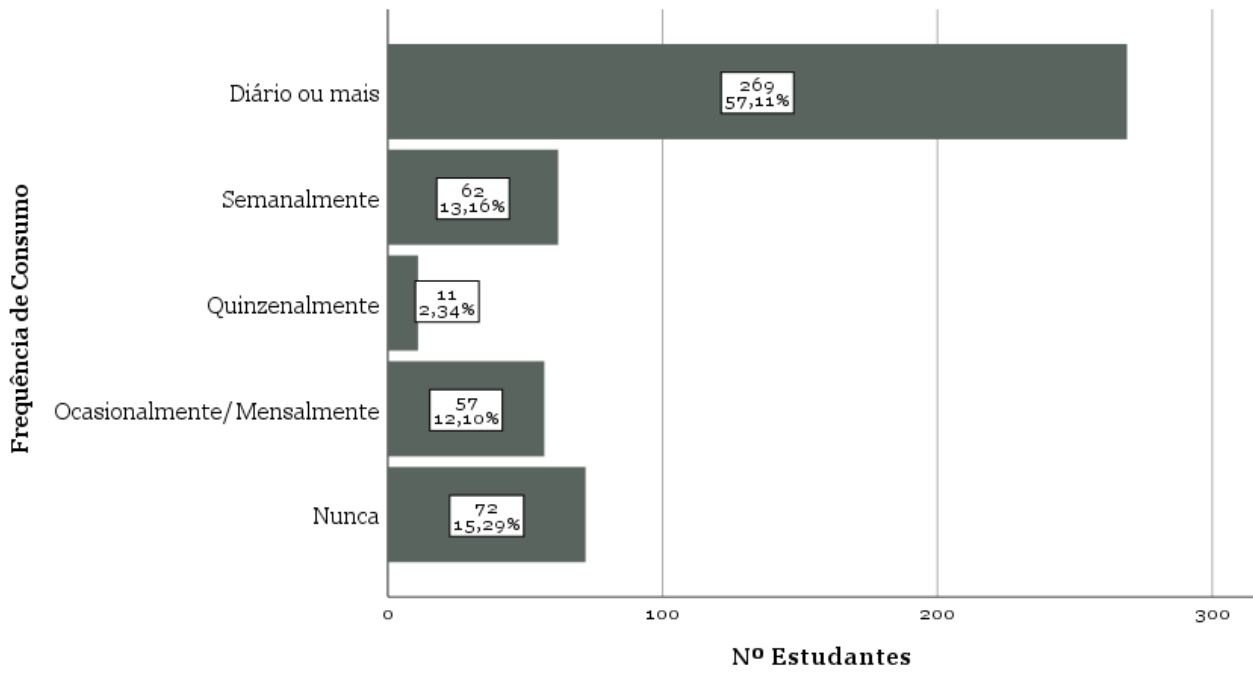
Consumo de Produtos Doces - Portugal



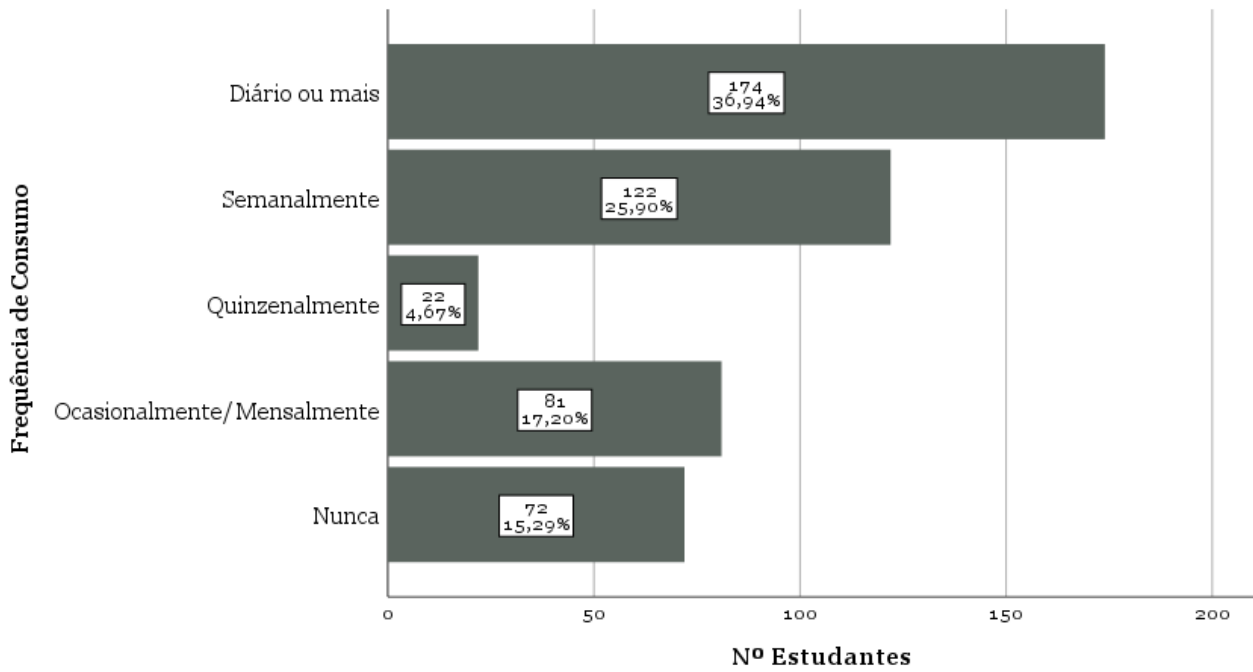
Consumo de Snacks Salgados - Portugal



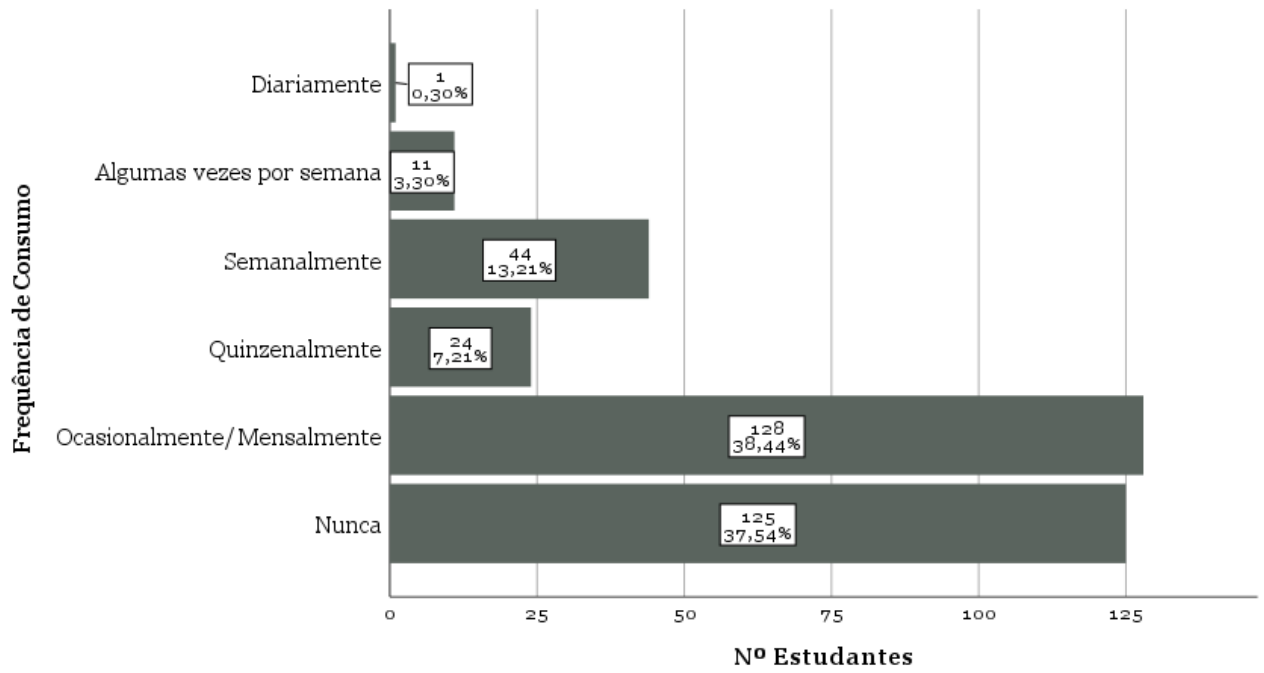
Consumo de Café - Portugal



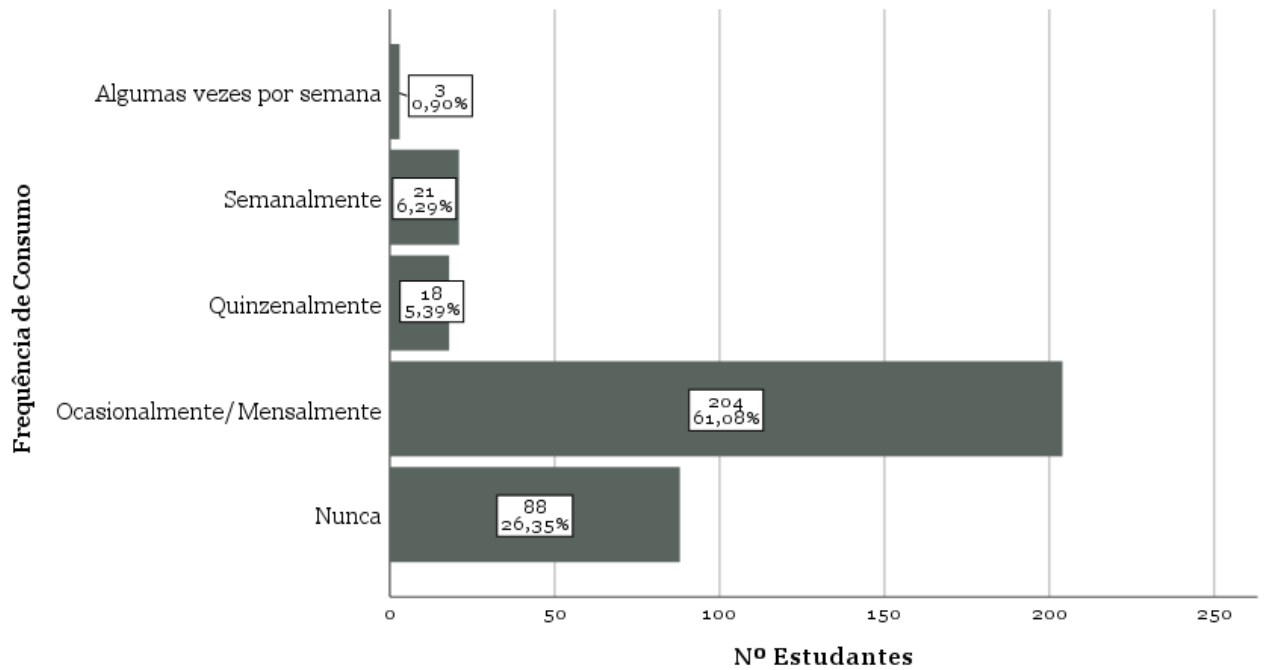
Consumo de Chá - Portugal



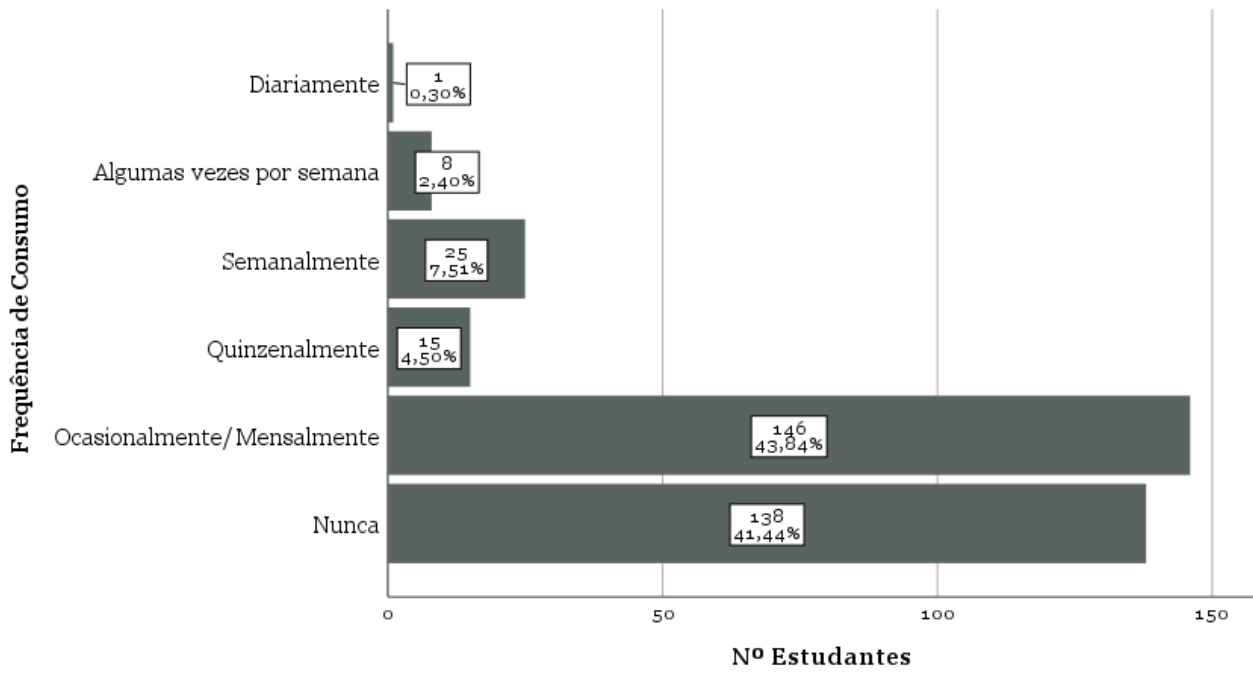
Consumo de Cerveja - Portugal



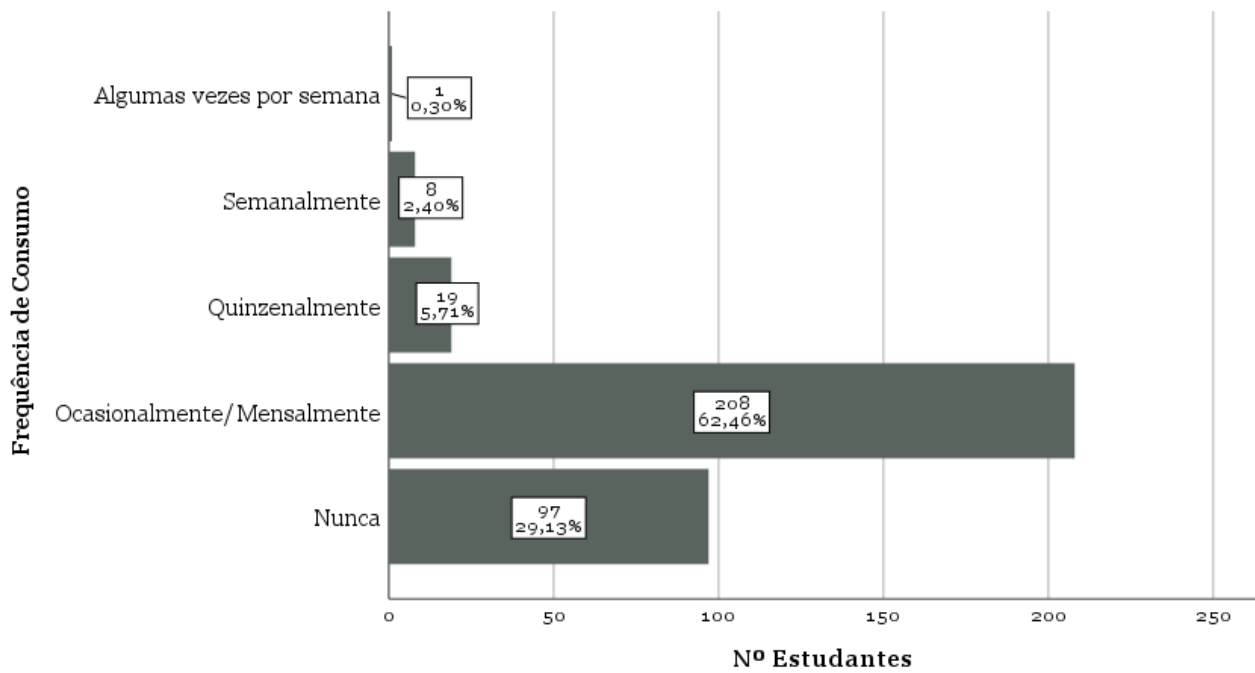
Consumo de Cidra - Portugal



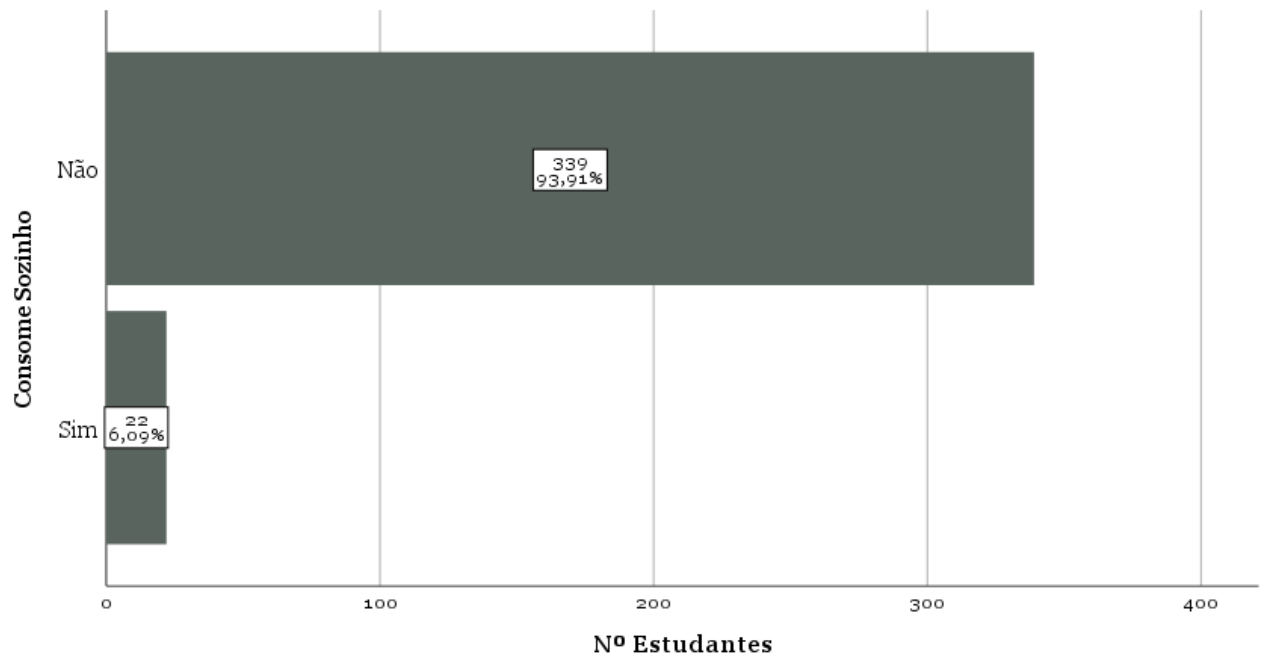
Consumo de Vinho - Portugal



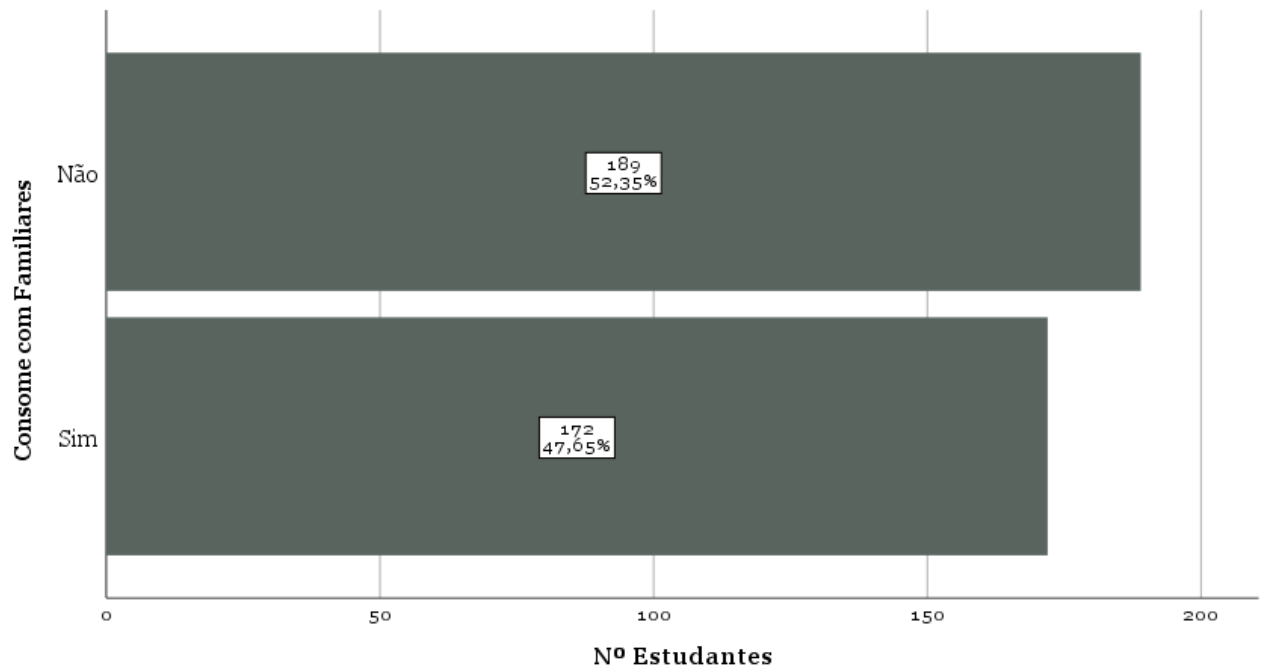
Consumo de Bebidas Destiladas - Portugal



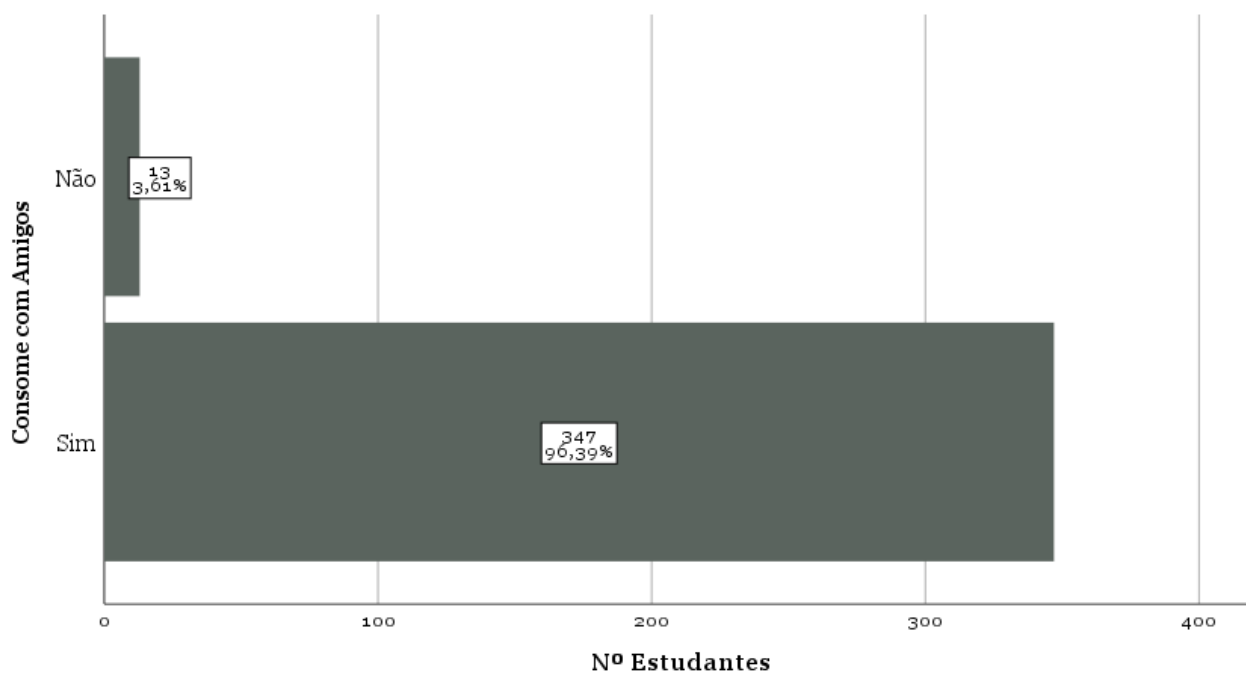
Consome Bebidas Alcoólicas Sozinho - Portugal



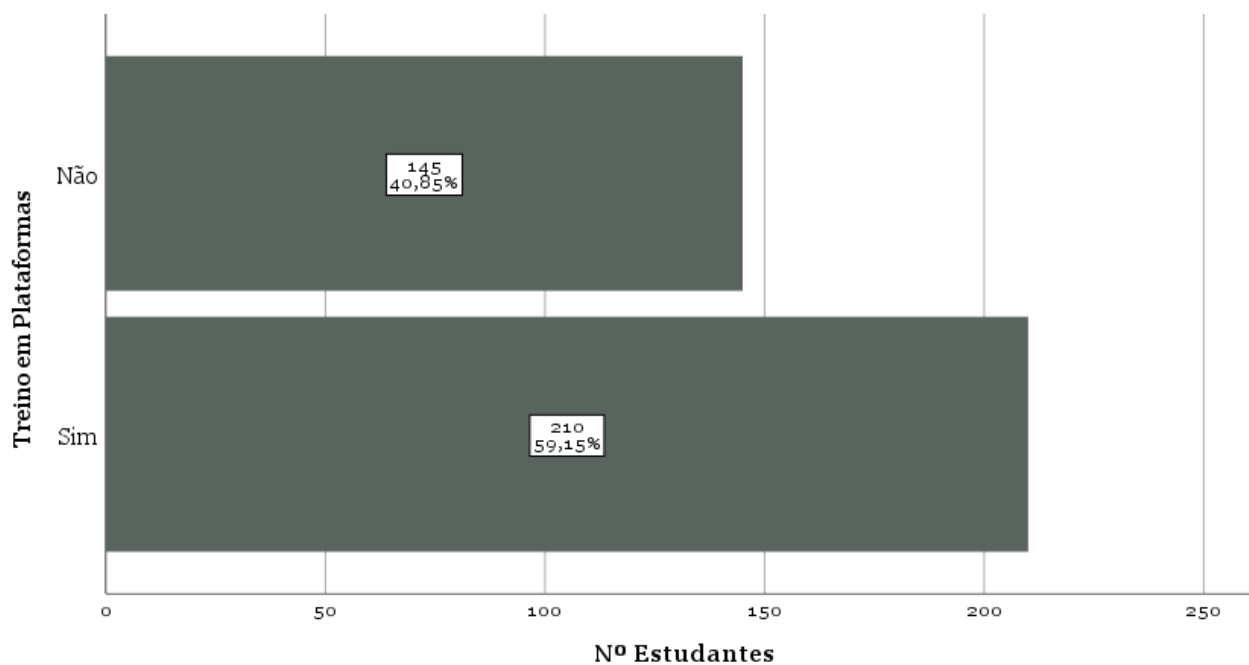
Consome Bebidas Alcoólicas com Familiares - Portugal



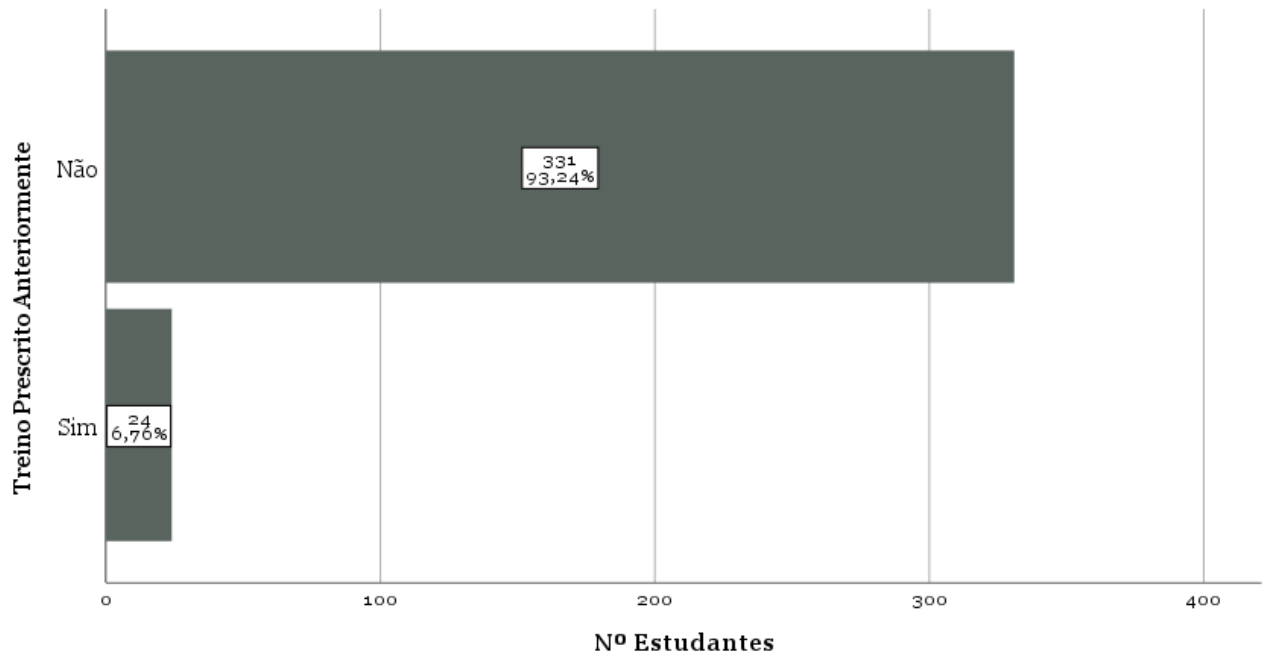
Consome Bebidas Alcoólicas com Amigos - Portugal



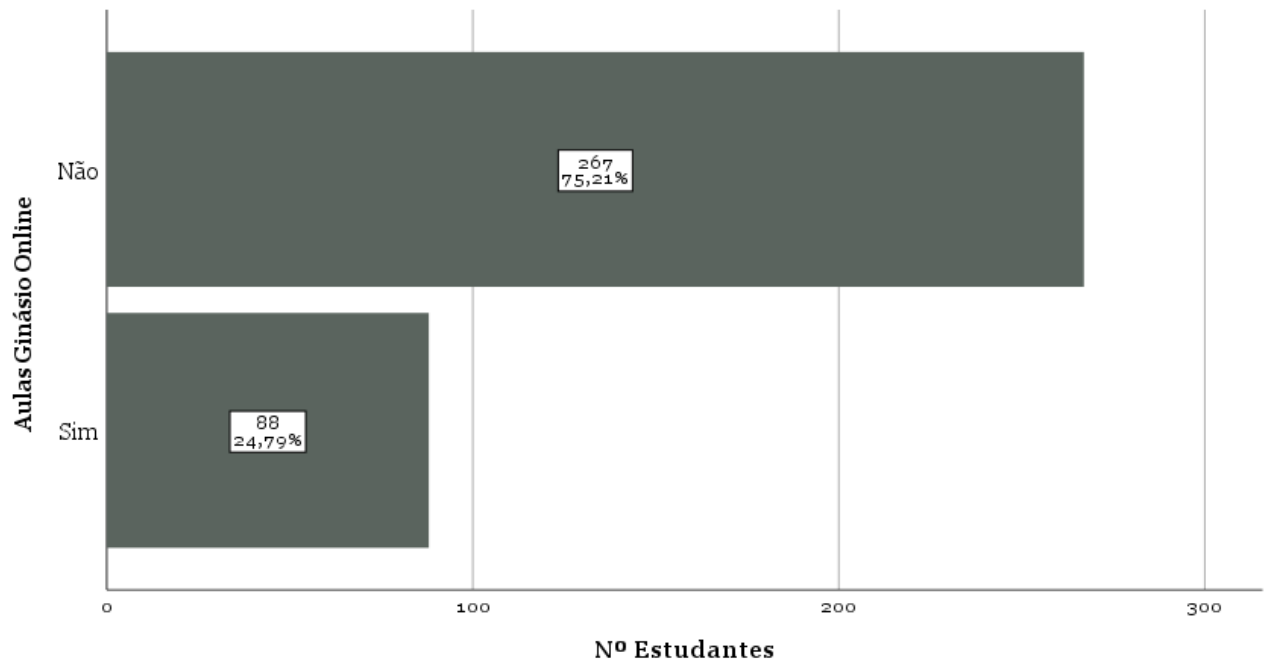
Atividade Física: Exercício em Plataformas - Portugal



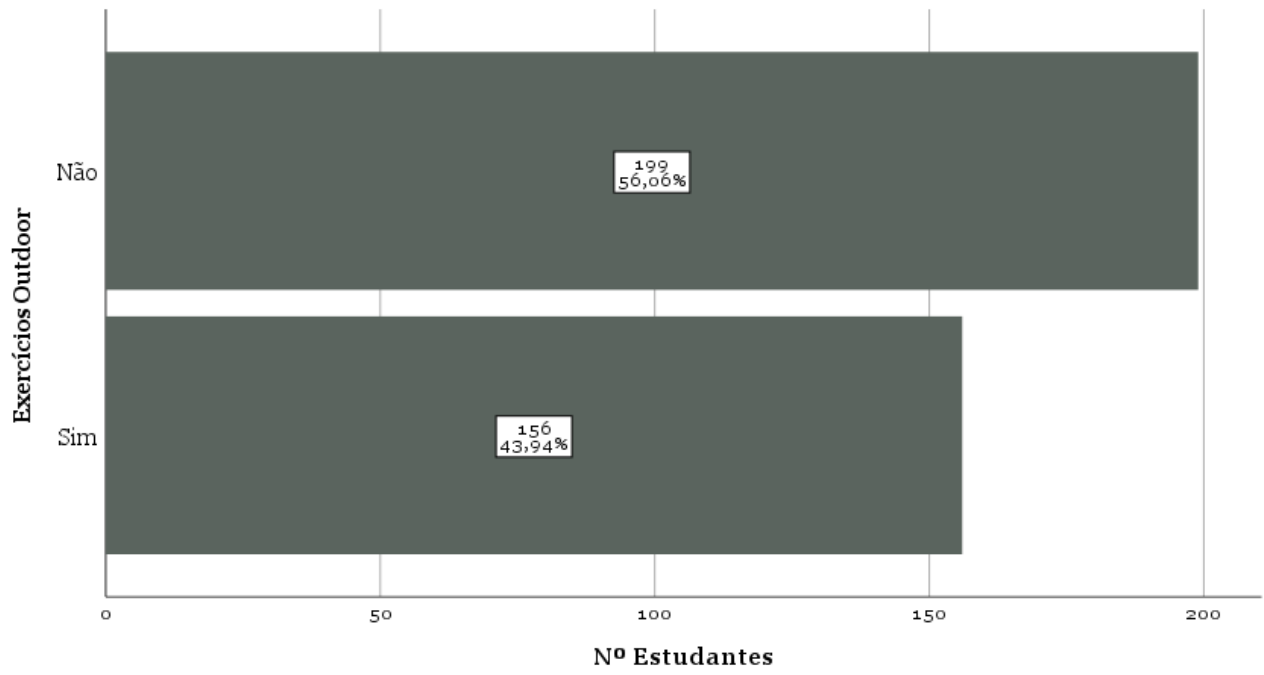
Atividade Física: Treino Anteriormente Prescrito - Portugal



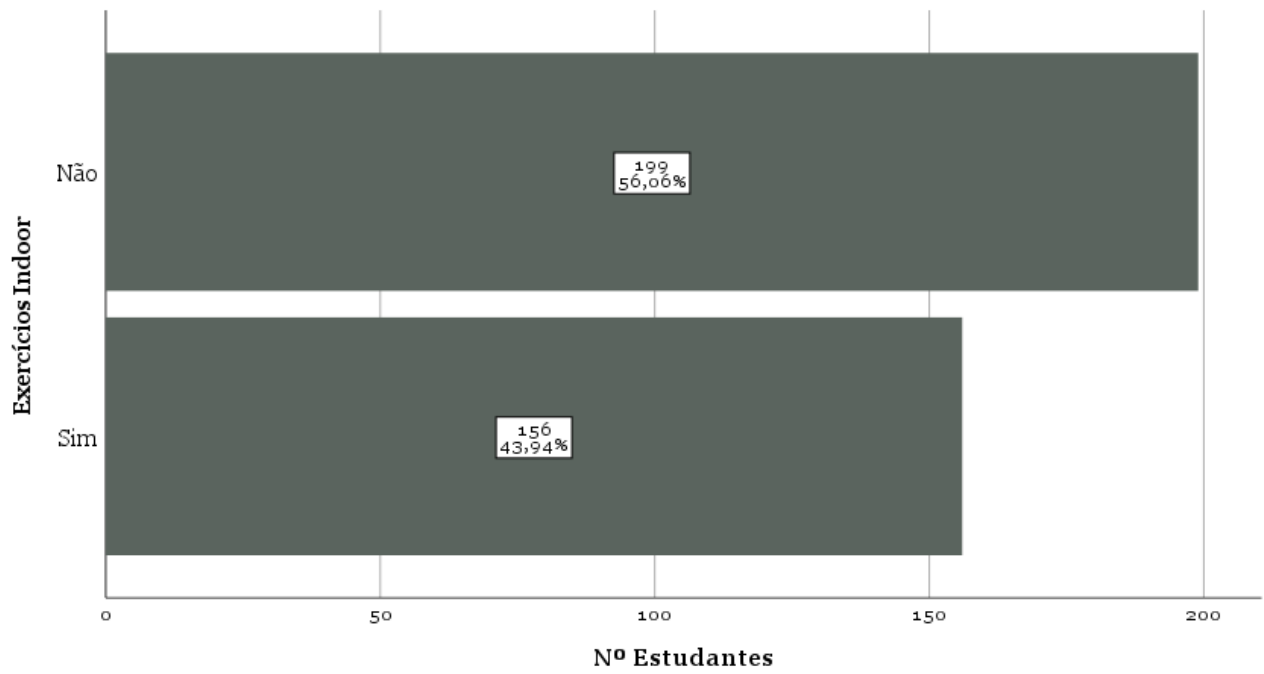
Atividade Física: Aulas Ginásio Online - Portugal



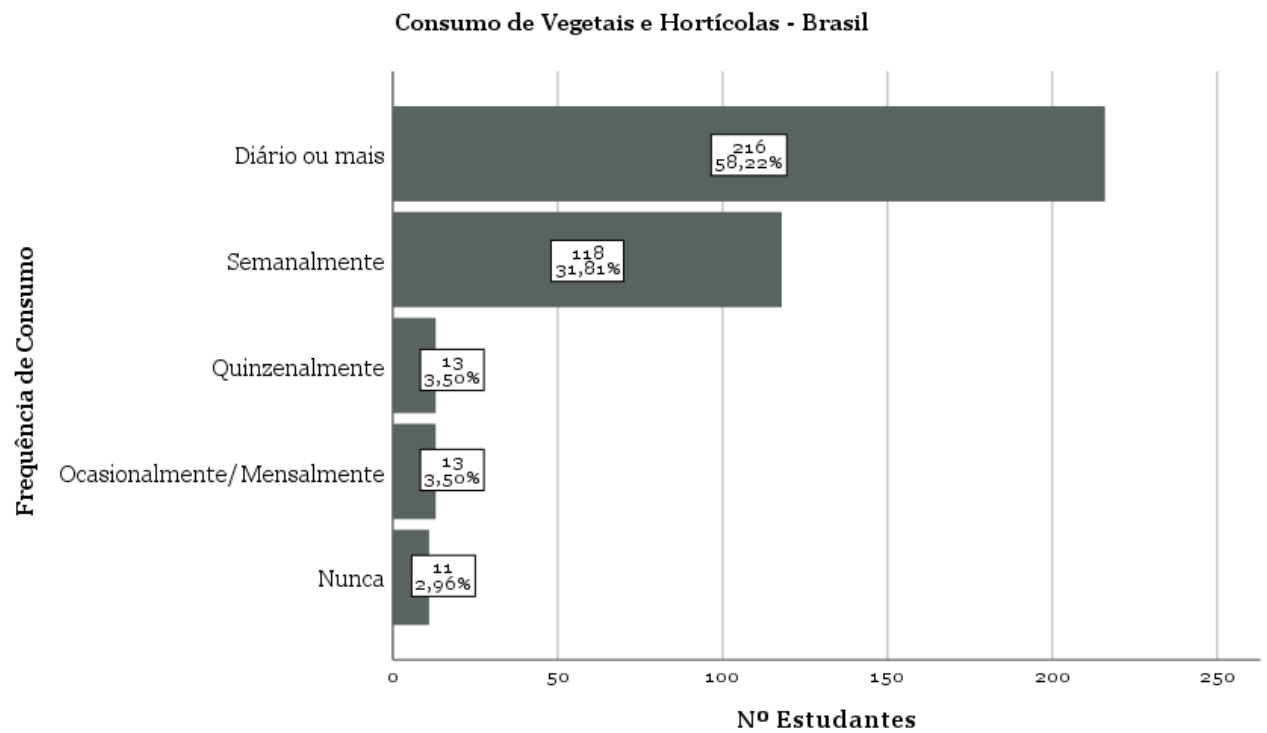
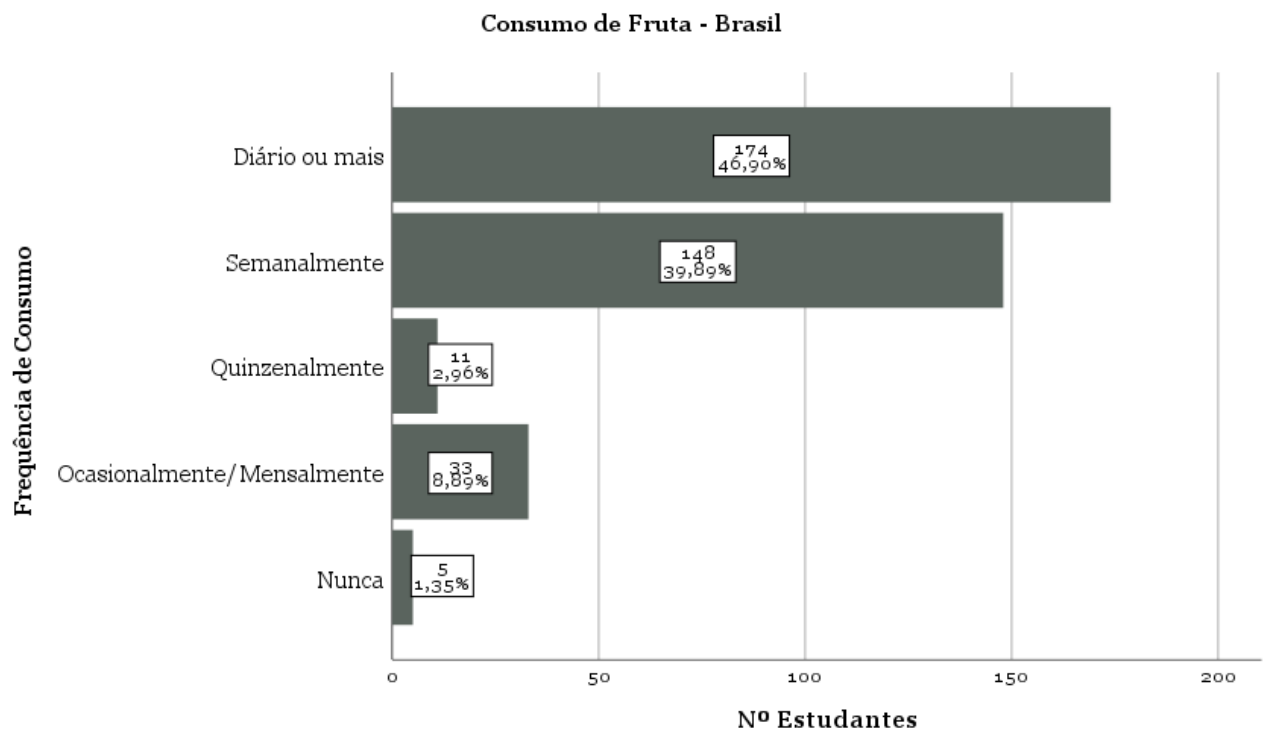
Atividade Física: Exercícios Outdoor - Portugal



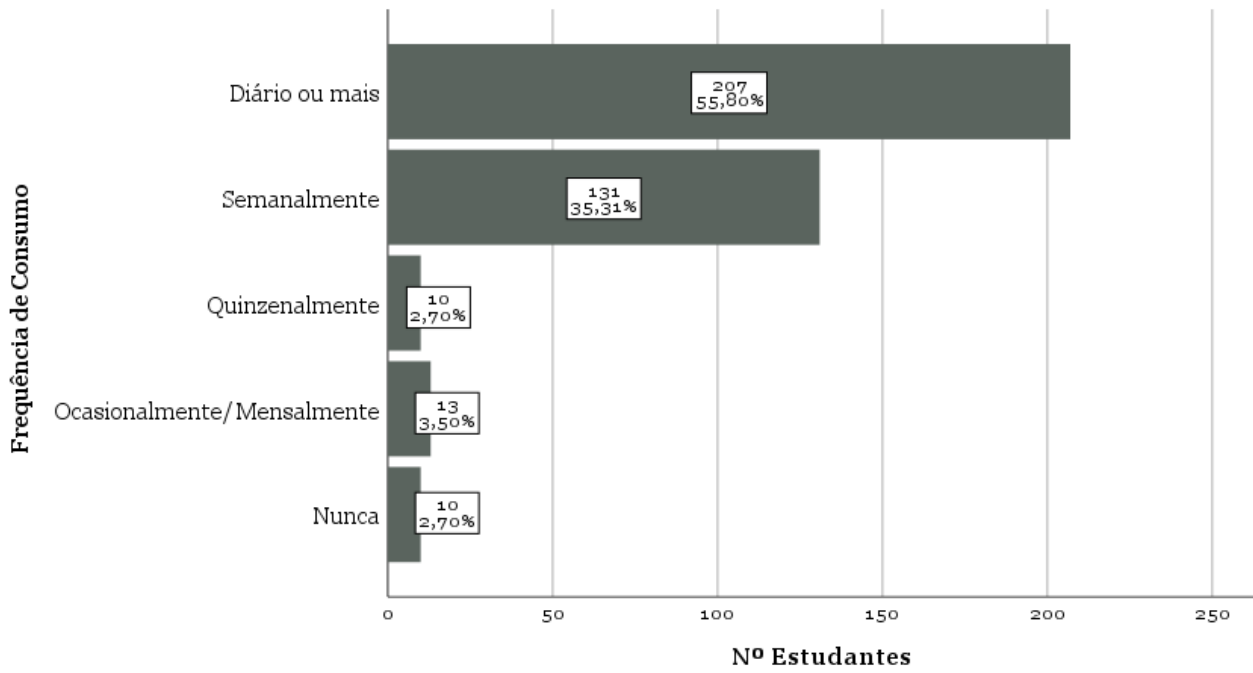
Atividade Física: Exercícios Indoor - Portugal



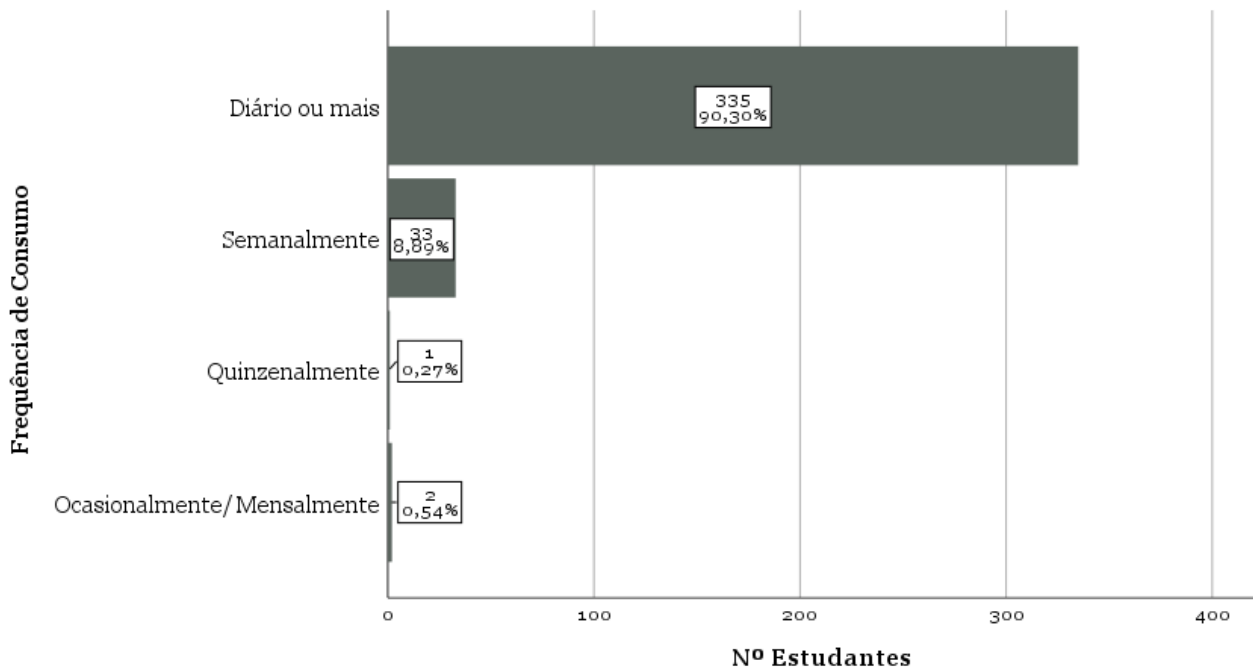
Anexo II – Questionário de Frequência Alimentar e tipos de Atividade Física na Quarentena - Brasil:



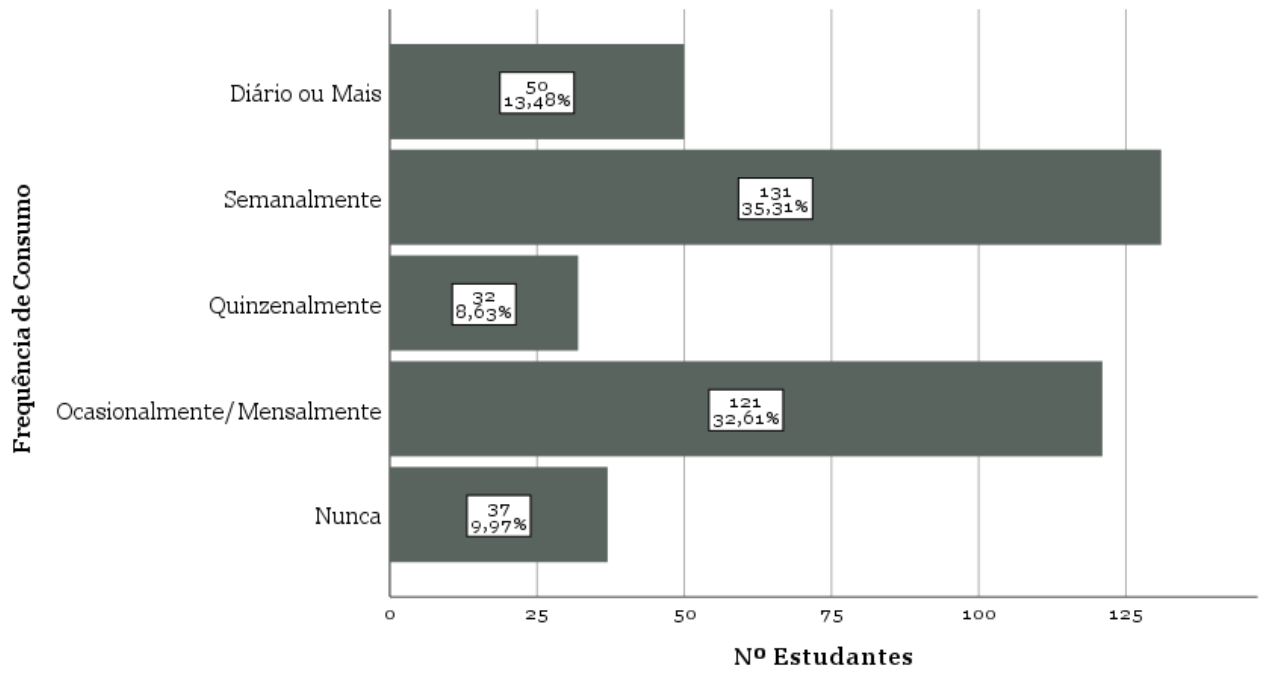
Consumo de Leguminosas - Brasil



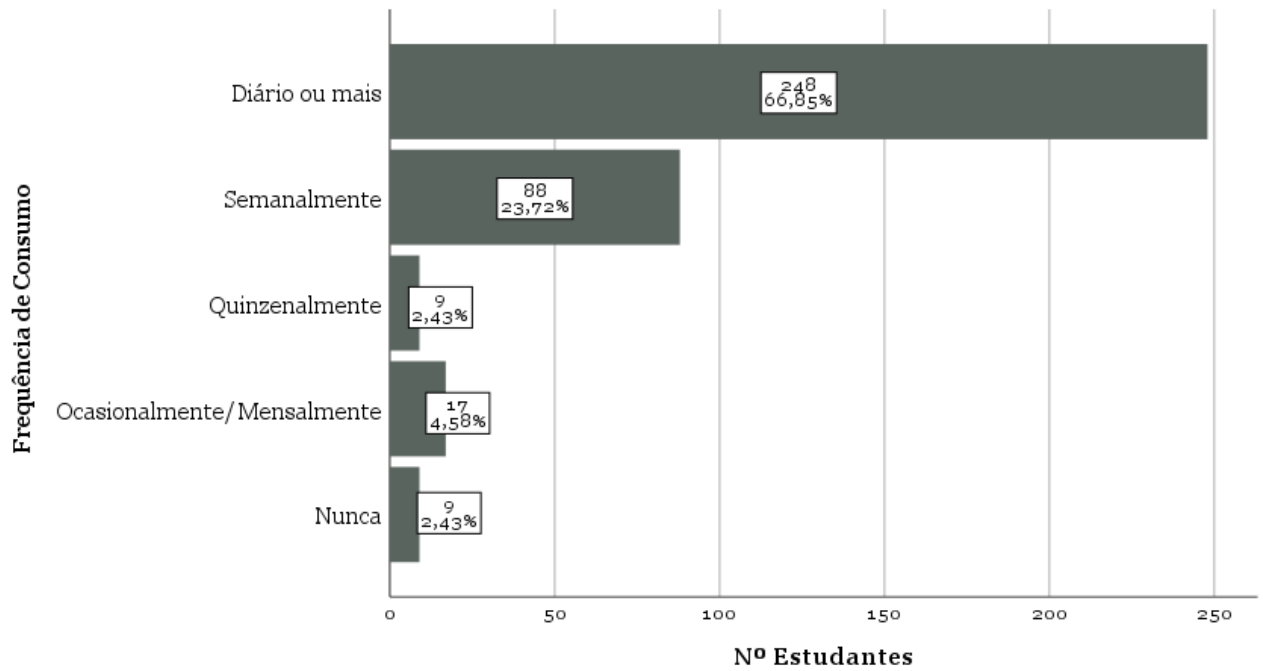
Consumo de Hidratos de Carbono Complexos - Brasil



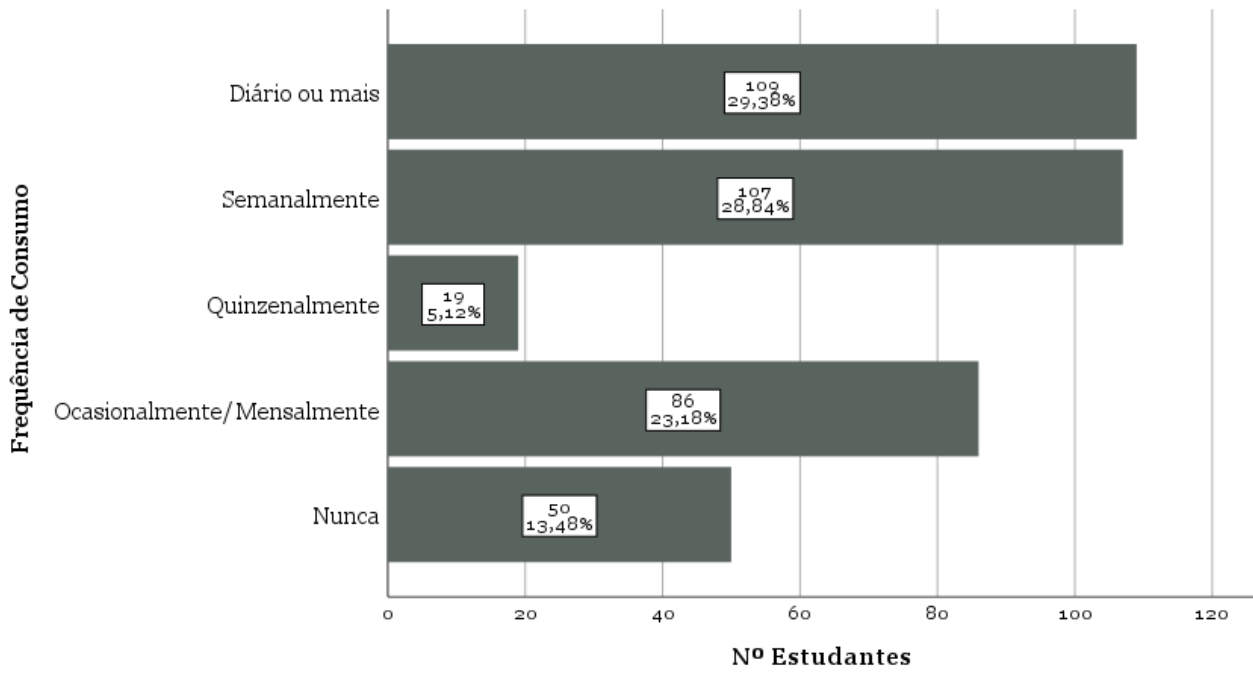
Consumo de Frutos Secos - Brasil



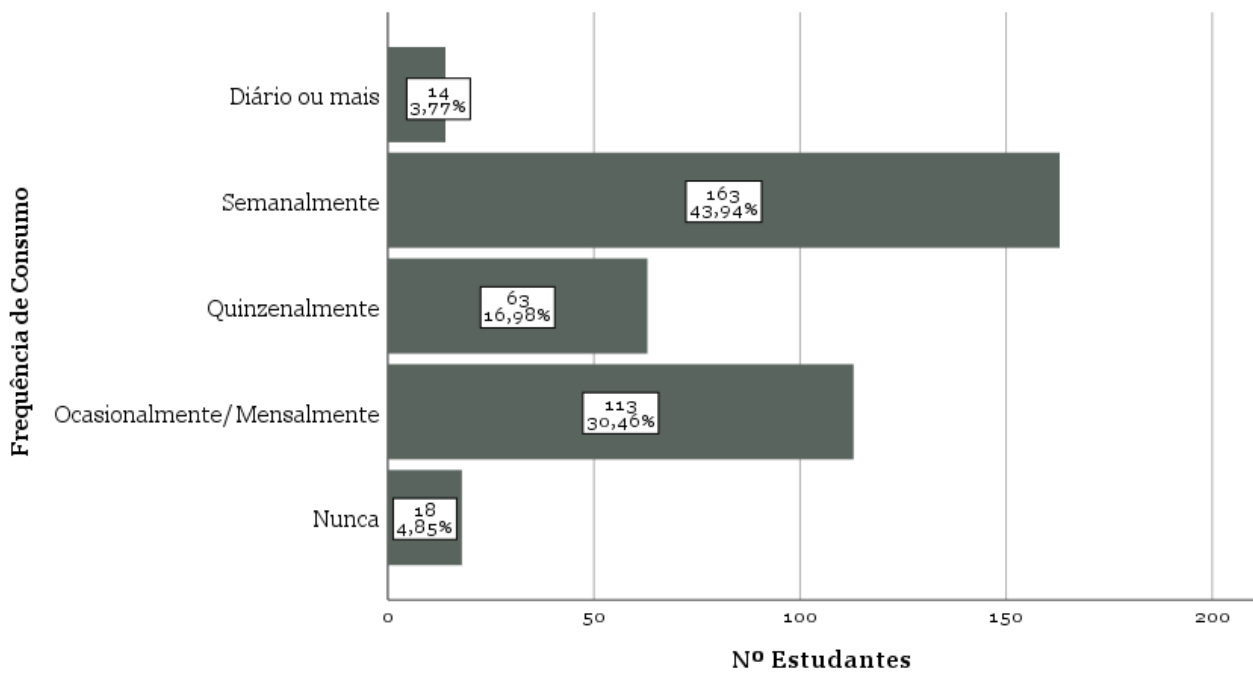
Consumo de Laticínios - Brasil



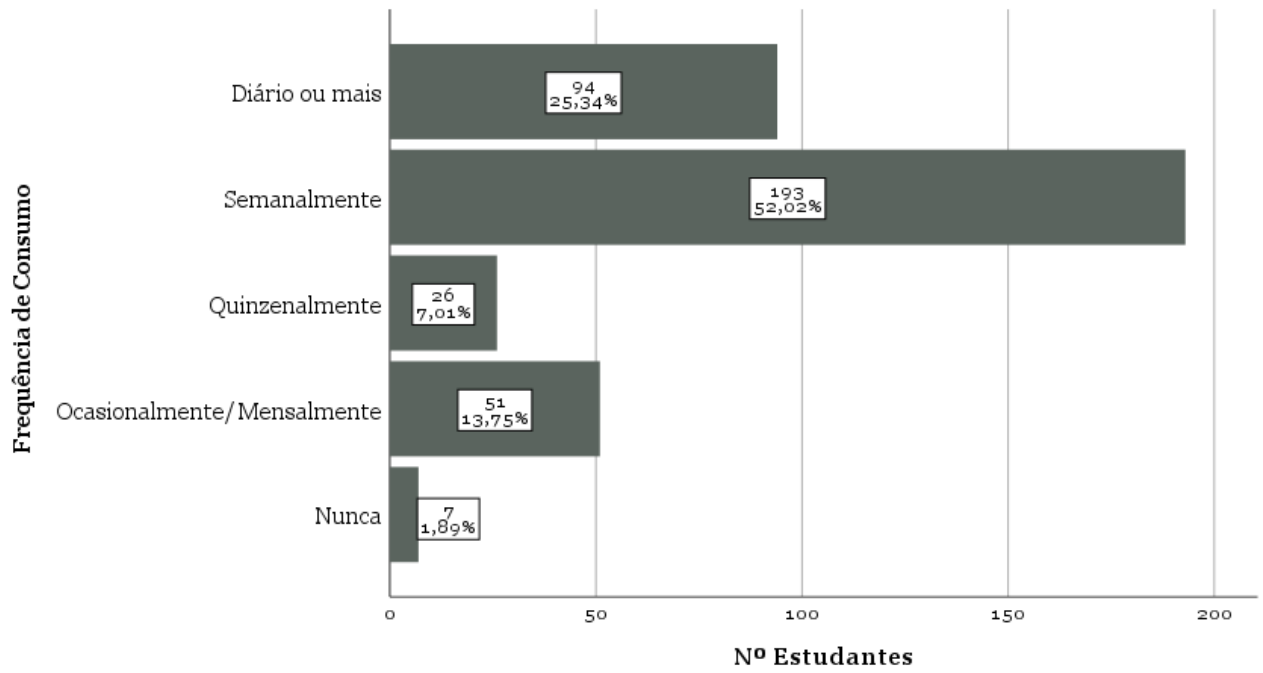
Consumo de Bebidas/iogurtes Vegetais - Brasil



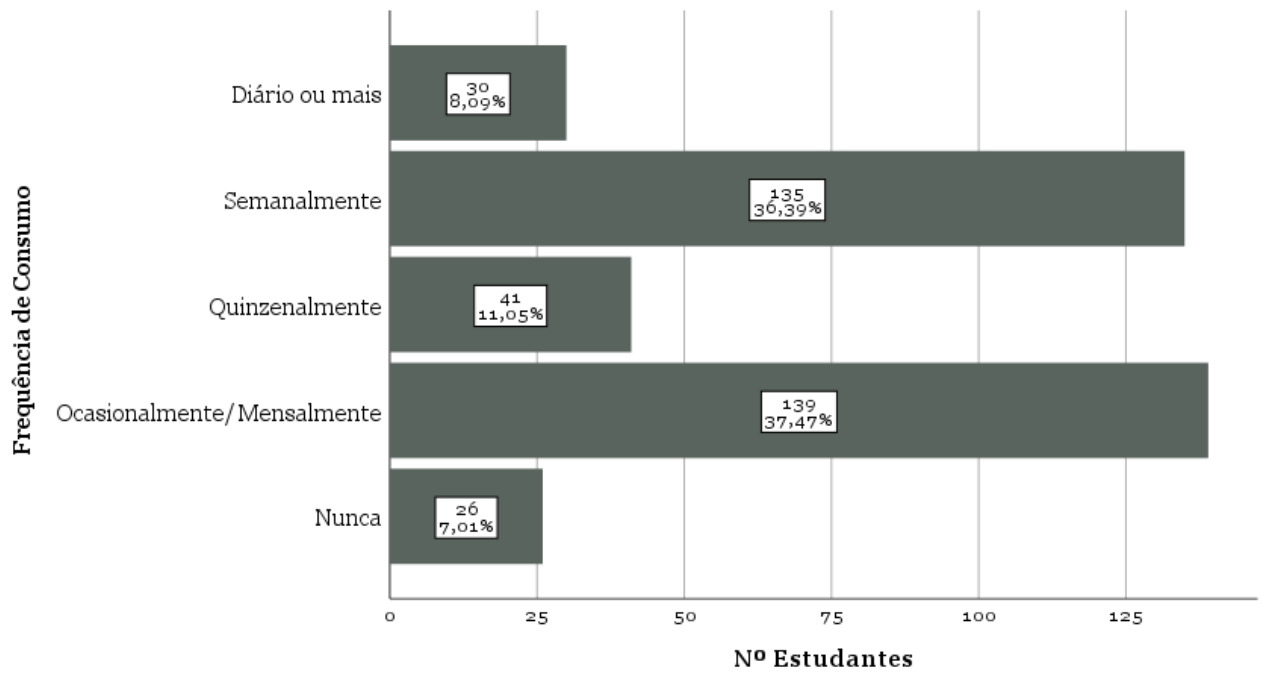
Consumo de FastFood - Brasil



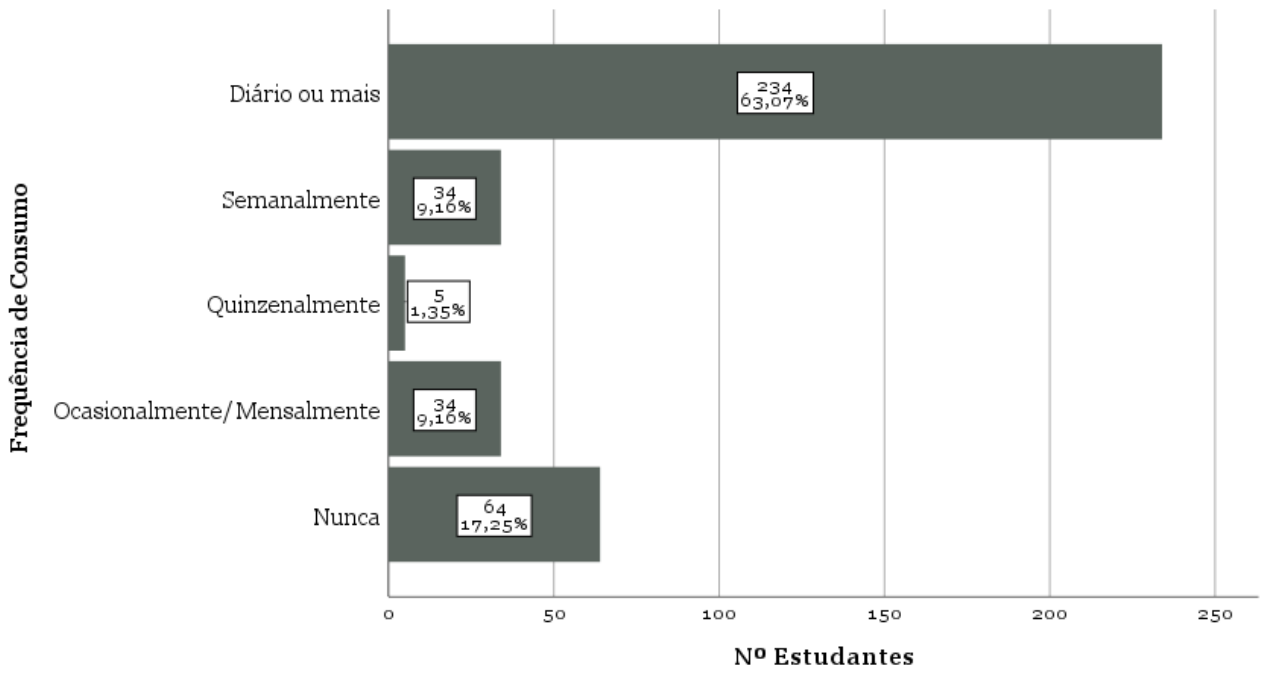
Consumo de Produtos Doces - Brasil



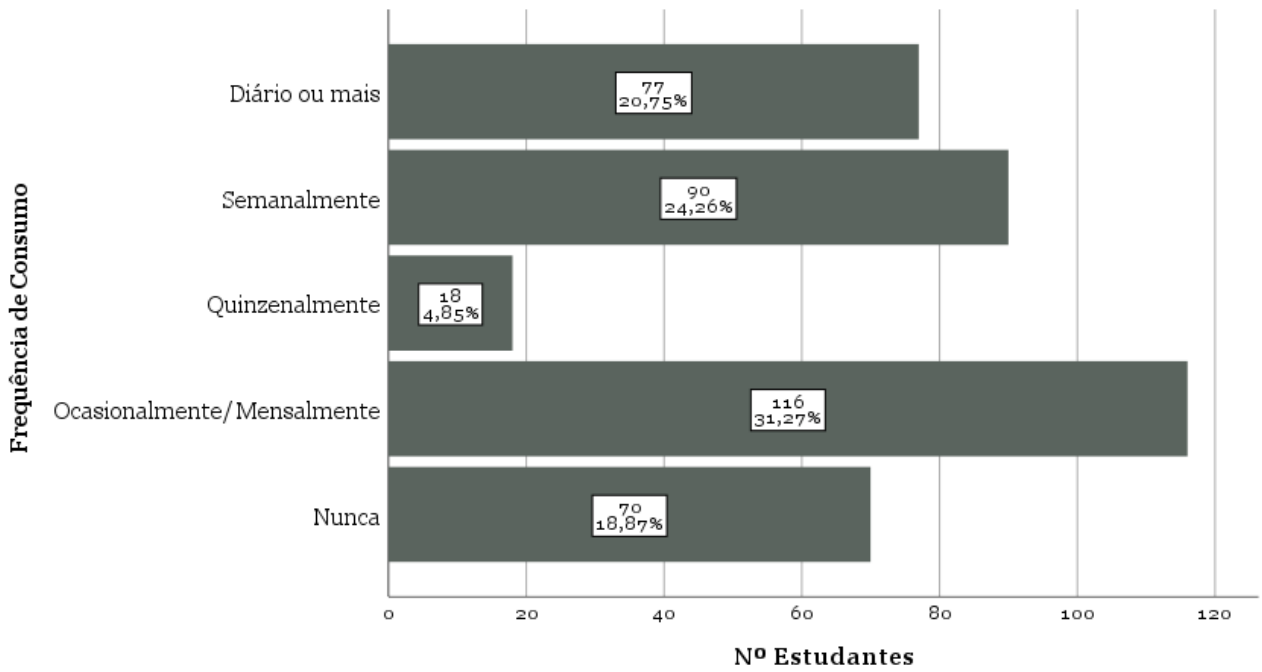
Consumo de Snacks Salgados - Brasil



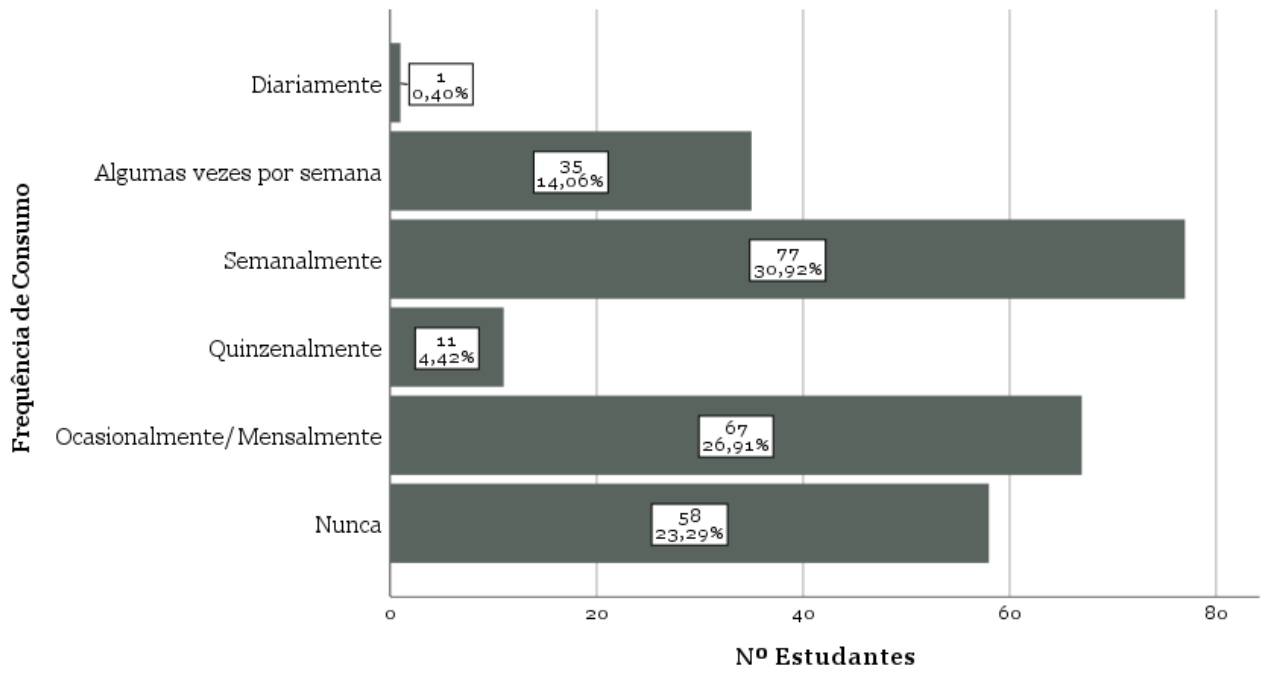
Consumo de Café - Brasil



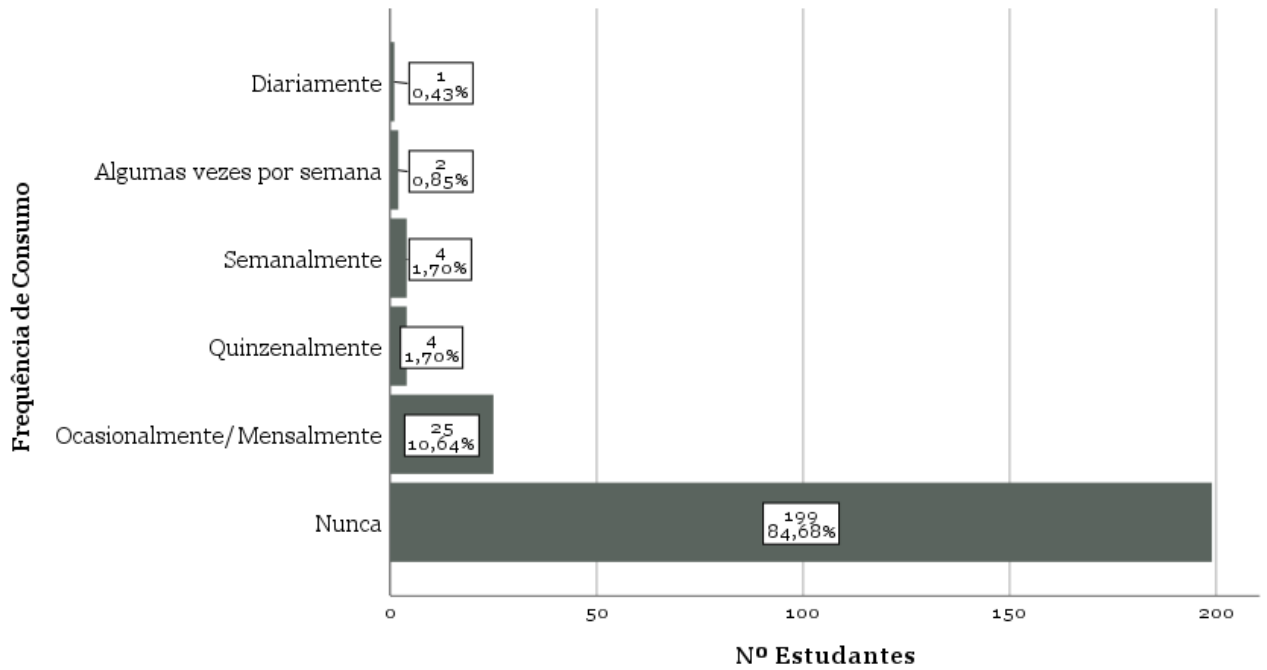
Consumo de Chá - Brasil



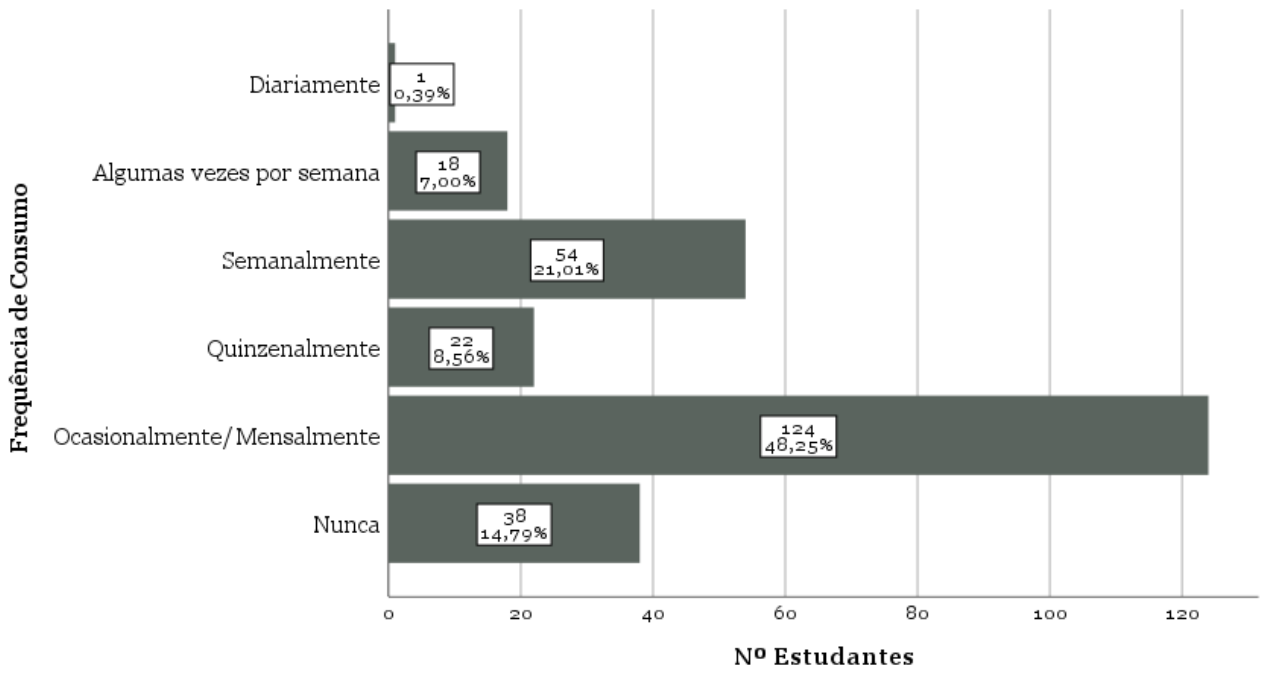
Consumo de Cerveja - Brasil



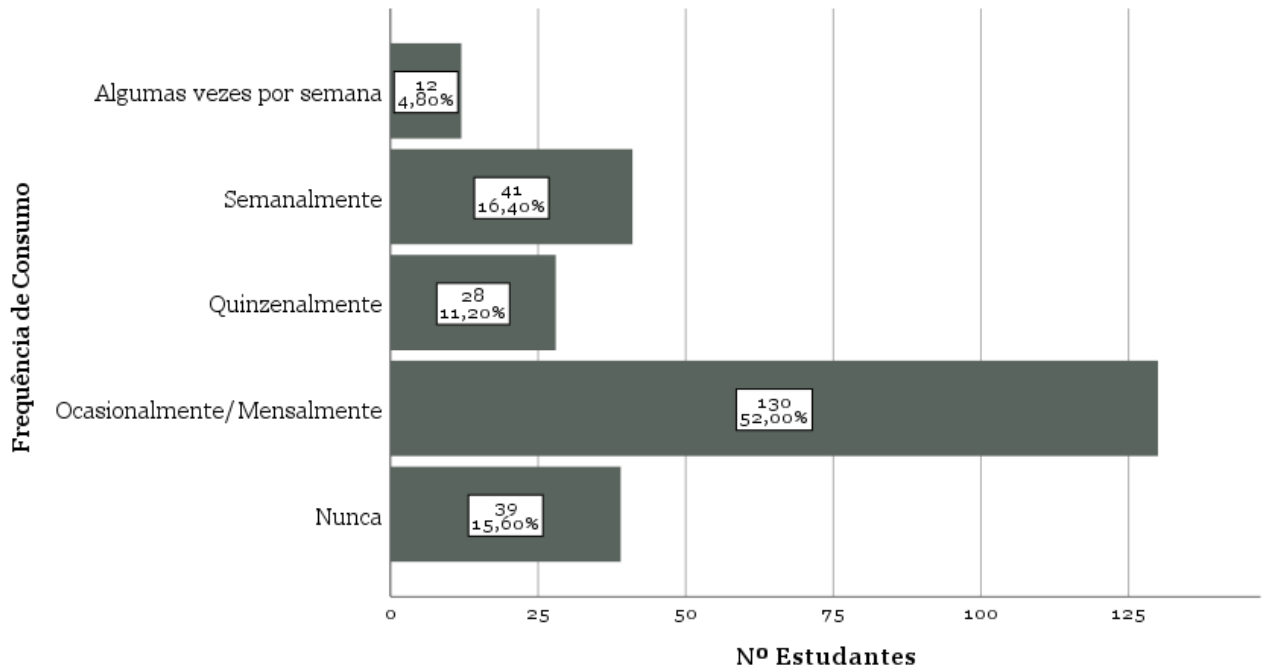
Consumo de Cidra - Brasil



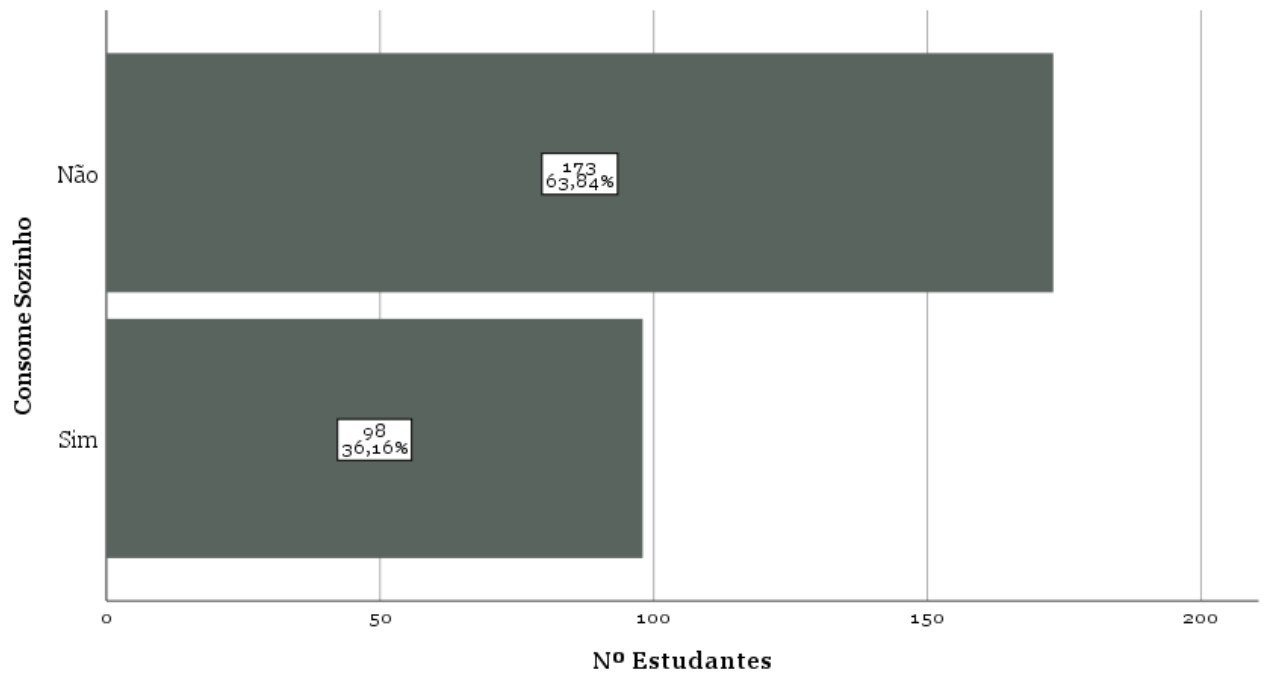
Consumo de Vinho - Brasil



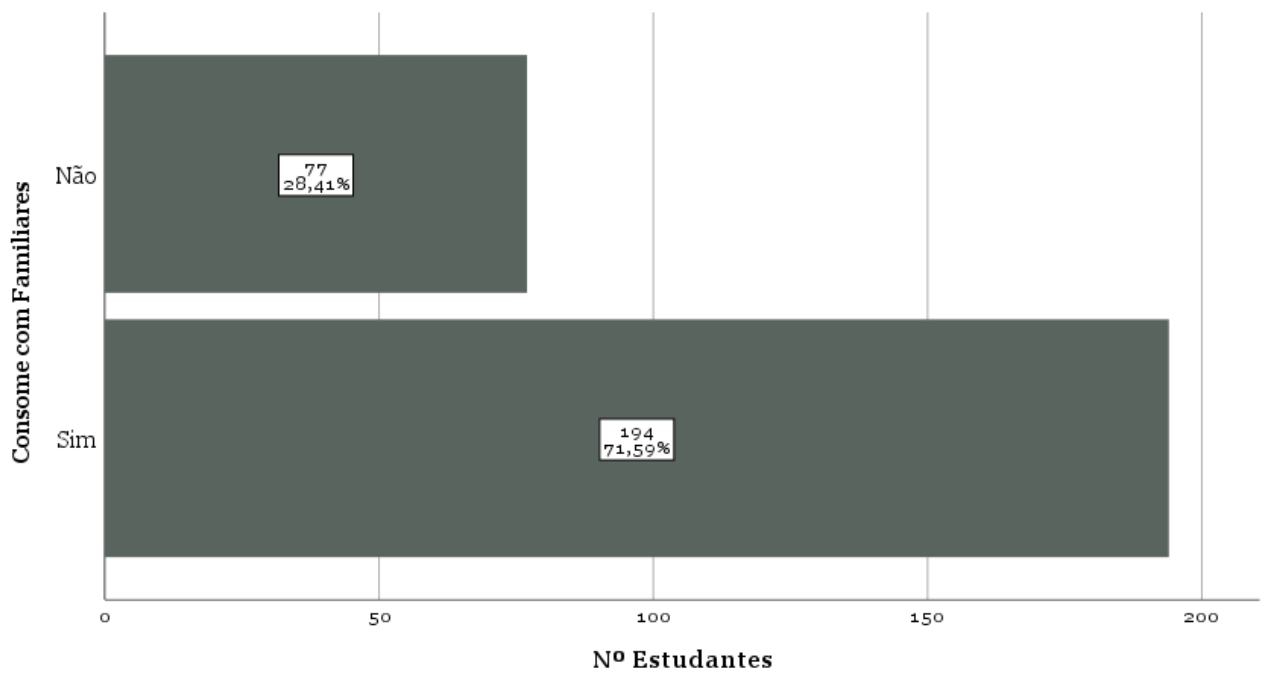
Consumo de Bebidas Destiladas - Brasil



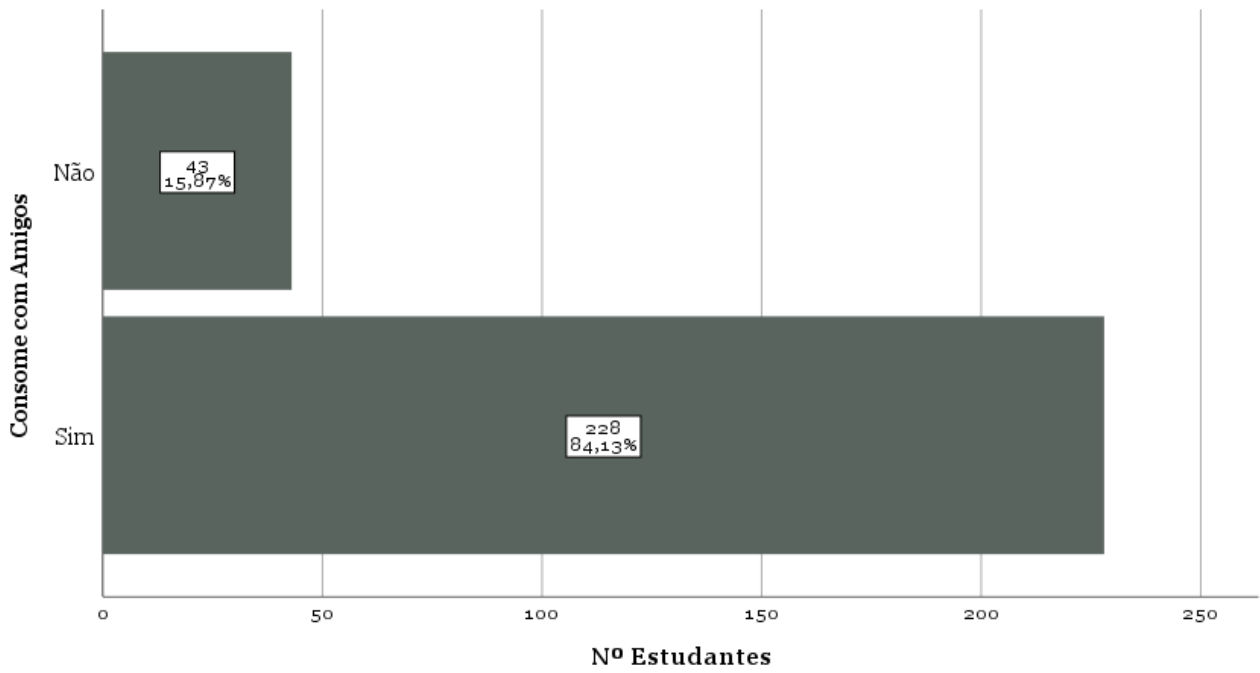
Consome Bebidas Alcoólicas Sozinho - Brasil



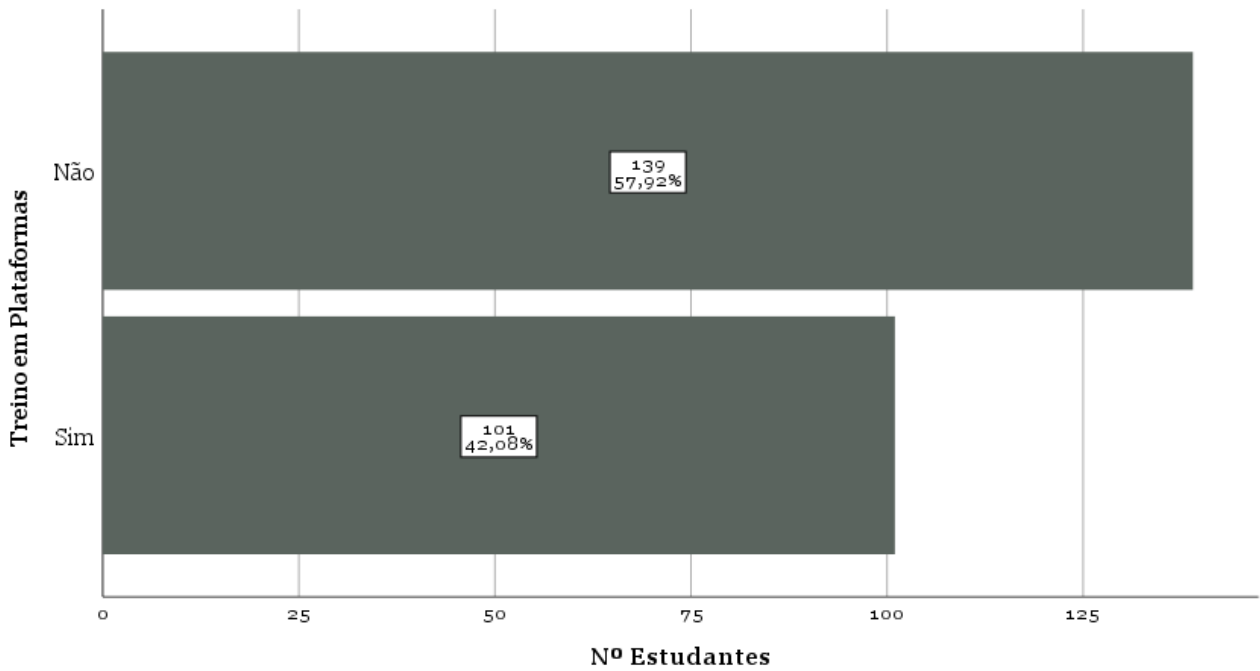
Consome Bebidas Alcoólicas com Familiares - Brasil



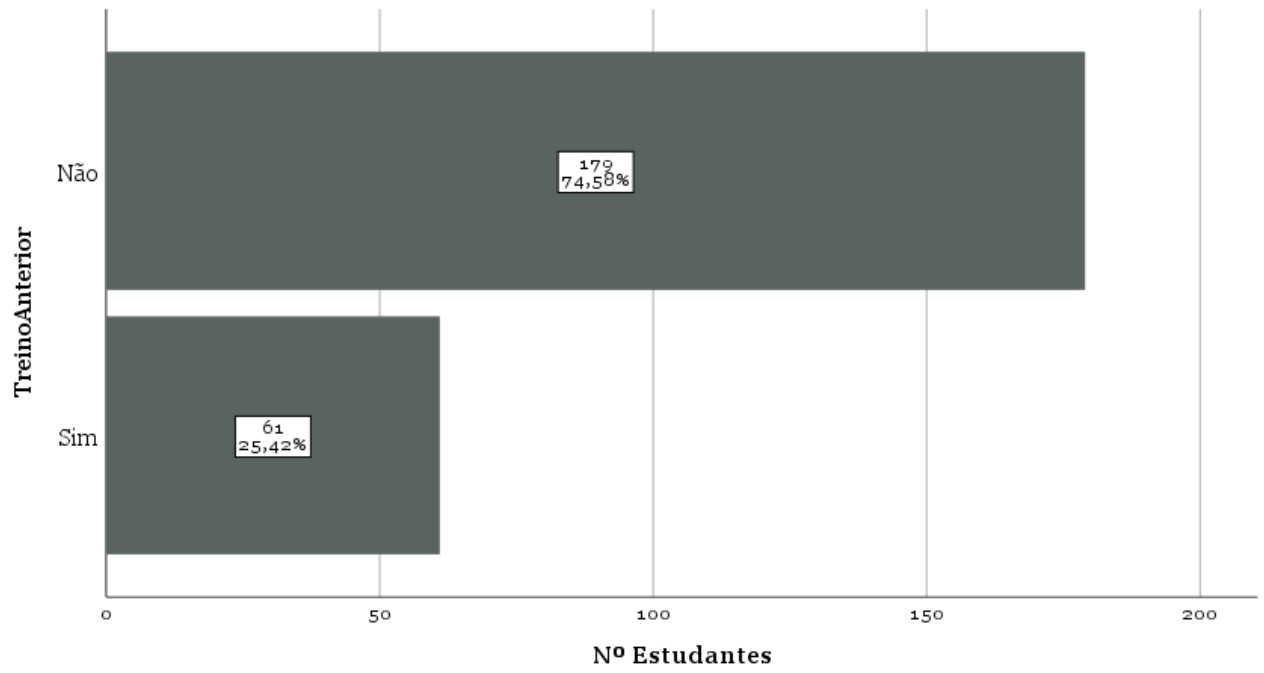
Consome Bebidas Alcoólicas com Amigos - Brasil



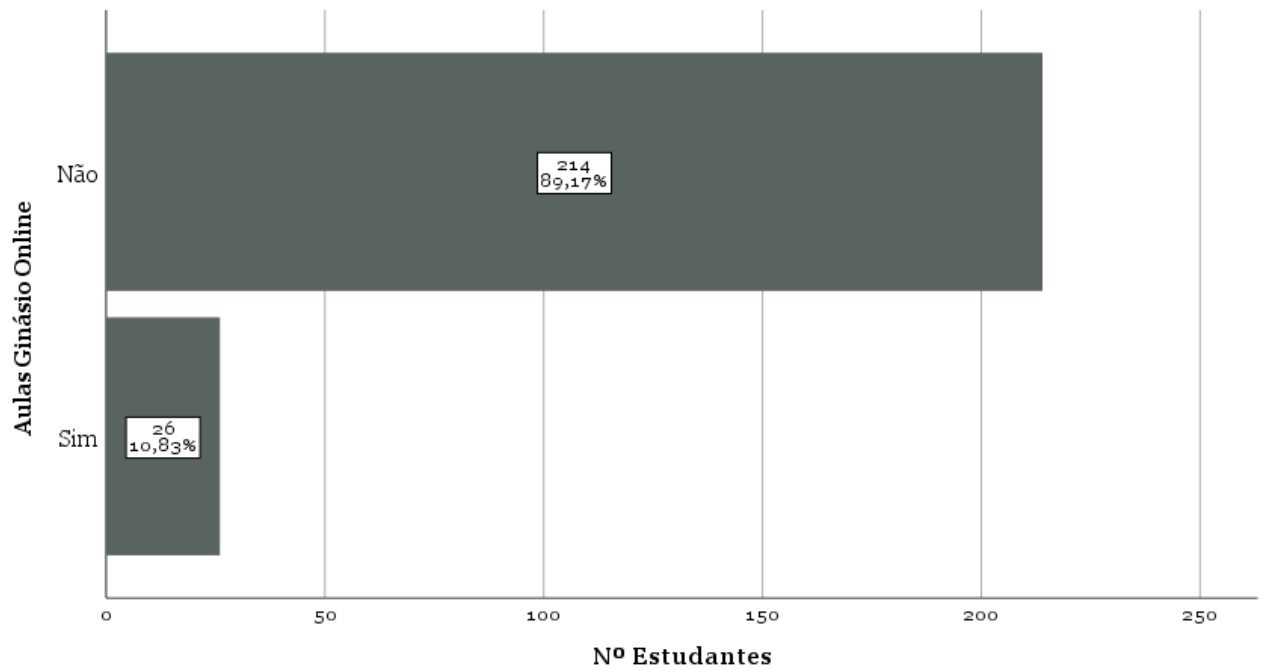
Atividade Física: Exercício em Plataformas - Brasil



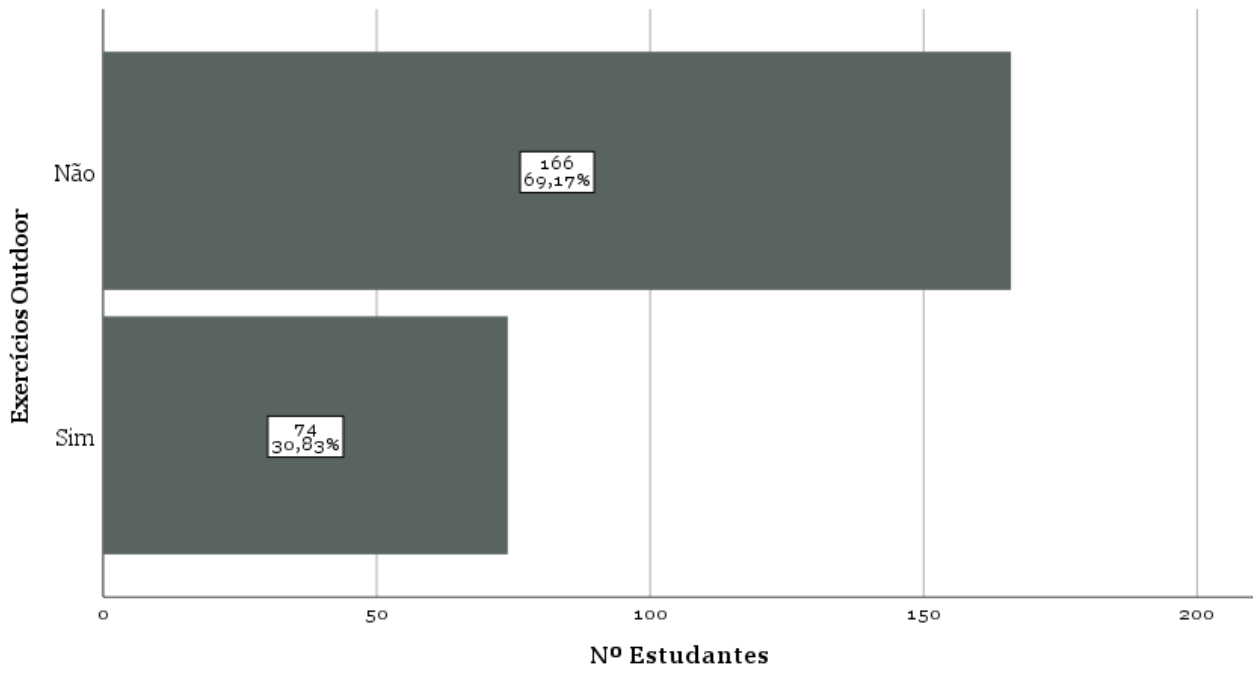
Atividade Física: Treino Anteriormente Prescrito - Brasil



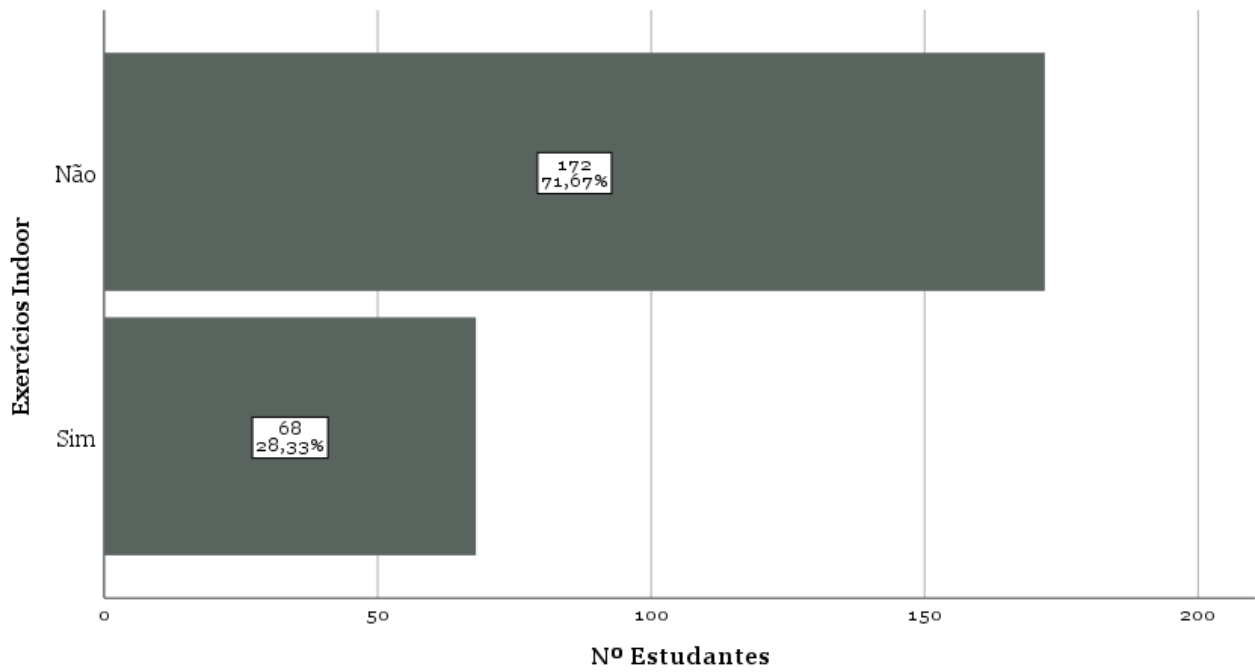
Atividade Física: Aulas Ginásio Online - Brasil



Atividade Física: Exercício Outdoor - Brasil



Atividade Física: Exercícios Indoor - Brasil



Anexo III – Parecer da Comissão de Ética



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-064:ID2152

Na sua reunião de 13 de outubro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto **"Impacto da quarentena devido à pandemia COVID-19 nos alunos de Medicina - Estudo Internacional"**, da proponente **Ana Cláudia Bento Duarte**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-064.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 30 de outubro de 2020

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS**
Num. de identificação: 8112741975
Data: 2020.11.02 22:09:45+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)

Anexo IV – Questionário:



Impacto da quarentena devido à pandemia COVID-19 nos alunos de Medicina - Estudo Internacional

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito da dissertação do mestrado integrado em Medicina, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

O trabalho intitula-se "Impacto da quarentena devido à pandemia COVID-19 nos alunos de Medicina - Estudo Internacional" e tem por objetivo avaliar o impacto que a quarentena teve no que concerne à depressão e ansiedade, bem como às compulsões quer na área alimentar, quer no uso abusivo da internet. Tem ainda como intuito avaliar a prática de exercício físico e a frequência de consumo de alguns alimentos, durante este período, nos estudantes de Medicina de Portugal e do Brasil. Solicitamos que todos os questionários sejam respondidos relativamente ao período de confinamento.

A participação é voluntária e poderá recusar-se ou desistir de responder a qualquer momento, bastando não submeter o questionário. Os dados recolhidos serão exclusivamente usados para fins de investigação e serão sempre assegurados o anonimato e a confidencialidade. As respostas não serão avaliadas individualmente, serão avaliadas na globalidade das respostas.

A participação neste estudo não implica qualquer consequência negativa ou benefícios para os envolvidos. O presente estudo não dispõe de qualquer financiamento, sendo o intuito meramente científico, não havendo remunerações ou conflitos de interesse. Ao preencher e submeter este questionário, confirmo que autorizo a recolha e tratamento dos dados obtidos.

O preenchimento do questionário requer cerca de 10 a 12 minutos.

O seu contributo é de fulcral importância para este estudo e, desde já, agradeço a disponibilidade na colaboração.

Para qualquer esclarecimento sobre o estudo ou para ter conhecimento dos resultados globais do mesmo, poderá contactar para o seguinte e-mail:

Ana Cláudia Bento Duarte, Estudante do 5º ano de Medicina da UBI, no âmbito da Dissertação de Mestrado integrada neste projeto:

a36928@fcsaude.ubi.pt

Investigação sob a orientação de:
Mª Assunção Vaz Pato, M.D., PhD.
Professora Associada- FCS- UBI
Assistente Graduada de Neurologia
maria vazpato@gmail.com

Sob co-orientação de:
Gláucia Akiko Kamikado Pivi
Mestre e Doutora em Neurociências pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP/EPM
Pesquisadora do Ambulatório de Doenças Neurodegenerativas
glauciapivi@hotmail.com

*Obrigatório

*Obrigatório

Após leitura da descrição, fornece consentimento informado, livre e esclarecido?

*

Sim

Não

Dados Sócio-demográficos

Género *

- Feminino
- Masculino
- Outra: _____

Estado Civil *

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Local de residência: *

- Portugal
- Brasil

Local de Residência - Brasil

Local de Residência *

- São Paulo
- Outra: _____

Faculdade onde estuda: *

A sua resposta _____

Em que ano letivo se encontra: *

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano
- 6º ano

Escolaridade Prévia: *

- Ensino Secundário ou equivalente de 12º ano
- Ensino Superior - bacharelato ou licenciatura
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior - Doutorado
- Outra: _____

Profissão: *

- Estudante
- Trabalhador-estudante

Se respondeu trabalhador-estudante na questão anterior, qual a profissão a exercer?

A sua resposta _____

Local de Residência - Portugal

Local de Residência (distrito) *

Selecionar ▼

Faculdade onde estuda: *

Selecionar ▼

Em que ano letivo se encontra: *

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano
- 6º ano

Escolaridade Prévia: *

- Ensino Secundário ou equivalente de 12º ano
- Ensino Superior - bacharelato ou licenciatura
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior - Doutoramento
- Outra: _____

Profissão: *

- Estudante
- Trabalhador-estudante

Se respondeu trabalhador-estudante na questão anterior, qual a profissão a exercer?

A sua resposta _____

Confinamento durante a pandemia

Durante a pandemia esteve em confinamento? *

- Sim
- Não

Durante quanto tempo? *

- 1 semana
- 2 semanas
- 3 semanas
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses ou mais

Onde realizou o confinamento? *

- Moradia sem espaço exterior ou com dimensões reduzidas
- Moradia com terreno exterior de dimensão considerável que permita atividades de lazer (por exemplo, ler, praticar exercício físico)
- Apartamento sem áreas exteriores ou com dimensões reduzidas
- Apartamento com áreas exteriores (ex: varanda) de dimensões que permitam atividades de lazer (por exemplo, ler, praticar exercício físico)
- Outra: _____

Com quem coabitou durante a quarentena? *

- Sozinho(a)
- Família
- Amigos/colegas
- Namorado(a)/companheiro(a)/marido/esposa
- Outra: _____

Com quantas pessoas morava durante o confinamento? *

A sua resposta _____

As pessoas com quem coabitava encontravam-se em confinamento? *

- Sim
- Não

Se respondeu não à pergunta anterior, qual era a razão?

A sua resposta _____

Se respondeu não a questão anterior, quantas pessoas estavam fora do confinamento?

A sua resposta _____

No local onde realizou o confinamento tinha (pode seleccionar várias opções): *

- Quarto individual
- Quarto partilhado
- Escritório/área de estudo individual
- Área de convívio/trabalho em conjunto
- Outra: _____

Durante a quarentena teve aulas online? *

- Sim
- Não

Se não, porquê? (Admite múltipla escolha)

- A faculdade não disponibilizou
- Não tinha acesso aos equipamentos necessários
- Não tinha acesso à internet
- Outra: _____

Quais as atividades que realizou durante a quarentena? *

- Estudar
- Exercício Físico
- Ver televisão/séries/filmes
- Utilizar a internet
- Jogos de computador/telemóvel
- Puzzles
- Meditação
- Leitura recreativa
- Jardinagem
- Outra: _____
-

Dados de Saúde

Peso atual (kg) *

A sua resposta _____

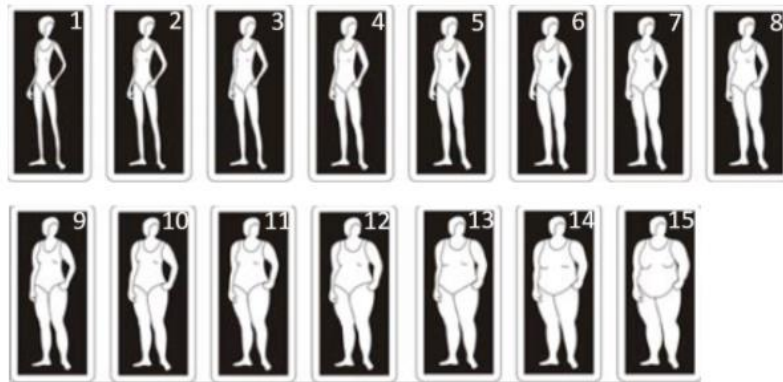
Peso habitual (kg) *

A sua resposta _____

Altura (m) *

A sua resposta _____

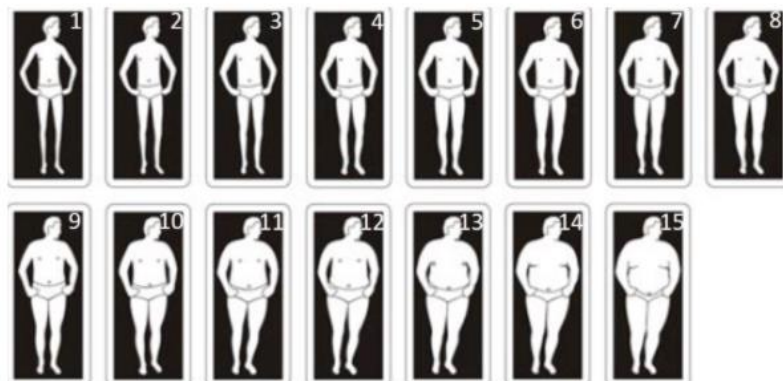
(Feminino) Observe as imagens com atenção:



(Feminino) Relativamente às imagens acima, coloque o número ao qual corresponde o seu corpo:

A sua resposta _____

(Masculino) Observe as imagens com atenção:



(Masculino) Relativamente às imagens acima, coloque o número ao qual corresponde o seu corpo:

A sua resposta _____

Tem alguma doença crónica? (aceita múltiplas opções)

- Diabetes mellitus tipo 1
 - Diabetes mellitus tipo 2
 - Hipertensão arterial
 - Doença coronária
 - Doença respiratória
 - Doença auto-imune
 - Doença renal
 - Doença endócrina
 - Outra: _____
-

Fuma? *

- Sim
 - Não
 - Ex-fumador(a)
 - Outra: _____
-

Caso tenha respondido sim, durante a quarentena sente que o consumo:

- Manteve-se
 - Aumentou
 - Diminuiu
 - Comecei a fumar durante a quarentena
 - Deixei de fumar completamente durante a quarentena
 - Não fumo
 - Outra: _____
-

Em média, quantas horas dorme por noite? *

A sua resposta _____

Questionário de Frequência Alimentar - QFA:

*

	>1 vez por dia	1 vez por dia	Algumas vezes por semana	1 vez por semana	Quinzenalmente	1 vez por mês	Ocasiona
Fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais e hortícolas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leguminosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hidratos de carbono complexos (massa, arroz, batata, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutos secos (nozes, amêndoas, cajus, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactínios (leite, iogurte e queijo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas/iogurtes vegetais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast-food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doces (chocolate, gomas, guloseimas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks salgados (batatas-fritas de pacote, aperitivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consome bebidas alcoólicas? *

- Sim
- Não

Se respondeu sim, quais costuma consumir? (admite várias respostas)

	Diariamente	Algumas vezes por semana	1 vez por semana	Ao fim-de-semana	Quizenalmente	Mensalmente	Ocasionalmente
Cerveja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cidra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas brancas e destiladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante a quarentena, sente que o consumo de bebidas alcoólicas: *

- Manteve-se
- Diminuiu
- Aumentou
- Comecei a consumir durante a quarentena
- Deixei de consumir na quarentena
- Não consumo

Em que ocasiões costuma consumir bebidas alcoólicas? (admite várias respostas) *

- Sozinho(a)
- Com familiares
- Em festas, com amigos
- Em festas académicas, com amigos
- Não consumo
- Outra: _____

Questionário Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Instruções: Abaixo há uma lista de sentimentos e comportamentos. Por favor, assinale a frequência com que lhe ocorreram durante o confinamento:

*

	Raramente ou nunca (menos que 1 dia)	Poucas vezes (1-2 dias)	Às vezes (3-4 dias)	Quase sempre ou sempre (5-7 dias)
Fiquei aborrecido com coisas que normalmente não me incomodam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não tive vontade de comer, estava sem apetite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que não me consegui livrar da tristeza, mesmo com a ajuda da minha família ou dos meus amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me tão bem como as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me deprimido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que tudo o que eu fiz foi um esforço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me com esperança quanto ao futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me com medo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu sono foi agitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu estive feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falei menos do que o habitual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas não foram amigáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu diverti-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive crises de choro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que as pessoas não gostam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me desanimado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antes da quarentena já tinha tido algum destes sintomas acima mencionados?

- Sim
 Não

Questionário de Adição Alimentar de Yale mYFAS 2.0 - adaptado a Portugal

Este inquérito pergunta sobre os seus hábitos alimentares durante o confinamento. Por vezes, as pessoas têm dificuldade em controlar a ingestão de determinados alimentos, como por exemplo:

- Doces como chocolate, donuts, bolachas, bolos, doces, gelados;
- Amidos como pão branco, pães, massas e arroz;
- Aperitivos salgados como batatas fritas, pretzels e bolachas;
- Alimentos gordurosos como bacon, hambúrgueres, cheeseburgers, pizza e batatas fritas;
- Bebidas açucaradas como refrigerante.

Quando as seguintes perguntas se referirem a "DETERMINADOS ALIMENTOS", pense em QUALQUER alimento semelhante aos do grupo alimentar ou em QUALQUER OUTROS alimentos com que teve um problema no ano passado.

*

	Nunca	Menos que mensalmente	Uma vez por mês	2-3 vezes por mês	Uma vez por semana	2-3 vezes por semana	4-6 vezes por semana	Todos os dias
Comi até o ponto em que me senti fisicamente doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me frequentemente lento ou cansado após ter comido em excesso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitei o trabalho, escola ou atividade sociais porque tive medo de comer em excesso nesses locais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estivesse com problemas emocionais por não ter comido certos alimentos, gostaria de comê-los para me sentir melhor (por exemplo: deixar de comer um alimento e ter que voltar a comê-lo para se sentir melhor).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu comportamento alimentar causou-me muito sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive problemas significativos na minha vida devido à comida (problemas com a rotina diária, trabalho, escola, amigos, família ou de saúde).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os meus excessos com a comida prejudicaram-me no cuidado com a minha família ou tarefas domésticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuei a comer da mesma forma, mesmo que este facto me tenha causado problemas emocionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer a mesma quantidade de alimento não me deu tanto prazer como costumava dar-me (por exemplo: foi necessário aumentar gradualmente a quantidade).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinha impulsos tão fortes para comer certos alimentos que não conseguia pensar em mais nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentei e não consegui reduzir ou parar de comer certos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estava tão distraído pela ingestão de alimentos que poderia ter sido ferido (por exemplo, ao conduzir um carro, atravessar a rua, operar máquinas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus amigos ou familiares estavam preocupados com a quantidade de alimentos que eu ingeria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Antes da quarentena já tinha tido algum destes sintomas acima mencionados?

Sim

Não

Questionário Internacional de Atividade Física:

As perguntas estão relacionadas com o tempo que gasta a realizar atividade física numa semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que se fazem no trabalho, nas deslocações, por lazer, por desporto, por exercício ou como parte das atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. DURANTE O CONFINAMENTO: Em quantos dias da semana realiza atividades VIGOROSAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como por exemplo: Correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer tarefas domésticas pesadas, carregar pesos ou qualquer atividade que o faça suar bastante ou aumentem muito a respiração ou os batimentos cardíacos? *

A sua resposta _____

1b. DURANTE O CONFINAMENTO: Nos dias em que faz essas atividades vigorosas, quanto tempo, no total, gasta a fazer essas atividades por dia? (resposta em horas e minutos). *

A sua resposta _____

2a. DURANTE O CONFINAMENTO: Em quantos dias da semana, realiza atividades MODERADAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como por exemplo: pedalar devagar na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, vólei recreativo, carregar pesos leves, fazer tarefas domésticas ou de jardim leves, como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que o faça suar um pouco ou aumentem moderadamente a respiração ou os batimentos cardíacos? (Não incluir caminhada). *

A sua resposta _____

2b. DURANTE O CONFINAMENTO: Nos dias em que faz essas atividades moderadas, quanto tempo, no total, gasta a fazer essas atividades por dia? (resposta em horas e minutos). *

A sua resposta _____

3a. DURANTE O CONFINAMENTO: Em quantos dias por semana, caminha por, pelo menos, 10 minutos contínuos como forma de transporte para ir de um local para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? *

A sua resposta _____

3b. DURANTE O CONFINAMENTO: Nos dias em que caminha por, pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total gasta por dia (em horas e minutos)? *

A sua resposta _____

4a. DURANTE O CONFINAMENTO: Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na faculdade e durante o tempo livre, isto inclui o tempo que gasta semanalmente a estudar, com a família ou sentado ou deitado a ver TV/computador/telemóvel. Quanto tempo por dia fica sentado num dia de semana? (em horas e minutos) *

A sua resposta _____

4b. DURANTE O CONFINAMENTO: Quanto tempo por dia, num dia de fim-de-semana? (em horas e minutos) *

A sua resposta _____

Se passou a fazer mais exercício na quarentena, que tipo fazia?

- Aulas de ginásio online.
- Aulas em plataformas digitais como instagram, facebook, youtube fornecidas por profissionais da área.
- Treino prescrito anteriormente.
- Atividades outdoor.
- Atividades indoor por autorecriação.
- Outra: _____

Perei compromissos ou atividades sociais por causa do meu uso da Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiro comunicar-me com as pessoas online em vez de pessoalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usei a Internet para me sentir melhor quando estava chateado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso obsessivamente em estar online quando não estou na Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando não estou na Internet, é difícil resistir ao impulso de me conectar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu uso da Internet criou problemas na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antes da quarentena já tinha tido algum destes sintomas acima mencionados?

- Sim
- Não