

Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde
após infeção pelo SARS-CoV-2

Diana da Silva Gonçalves

Porto, 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E COMORBILIDADES EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE APÓS
INFEÇÃO PELO SARS-COV-2

POST-TRAUMATIC STRESS AND COMORBIDITIES IN HEALTHCARE PROFESSIONALS AFTER
SARS-COV-2 INFECTION

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu
e coorientada pela Professora Doutora Júlia Martinho

Autora: Diana da Silva Gonçalves, ep8081

Porto, 2021

PENSAMENTO:

“Desde que os primeiros casos foram relatados, a OMS tem trabalhado sem parar para apoiar os países na preparação e resposta à pandemia COVID-19. Nas palavras do Dr. Hans Henri P. Kluge, Diretor Regional da OMS Europa, “Através da partilha transparente de conhecimentos, apoio personalizado no terreno e solidariedade inabalável, venceremos a COVID-19.”

OMS (2021)

AGRADECIMENTOS

Foram três anos exigentes, a todos os níveis, que coincidiram com um período atípico para todos. Novos desafios surgiram, o cansaço, a doença, a desesperança, mas também a perseverança e o enriquecimento profissional e pessoal.

Agradeço a todos aqueles que sempre me incentivaram, não deixando que o cansaço me fizesse desistir, mesmo quando achei que não seria possível. A todos vocês devo muito e espero agora conseguir finalmente retribuir.

À minha família. Tanto foi o tempo que abdiquei de estar convosco.

Ao Belmiro. Que se mostrou incansável.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela orientação.

RESUMO

O presente estudo é subordinado ao tema “Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde após infecção pelo SARS-CoV-2.”.

A pandemia COVID-19 tem o potencial de ser considerada um evento traumático em massa com um impacto sem precedentes na saúde mental das pessoas. Os profissionais de saúde, estando na linha da frente contra a pandemia, foram o grupo que mais esteve sujeito às consequências da COVID-19. A realidade vivida diariamente no local de trabalho deve ser alvo de atenção: pelo aumento do stress provocado pelo constante risco de infecção e pela falta de equipamento de proteção individual em muitas instituições; pelo aumento da carga de trabalho e mortes associadas; pelo estigma social que advém do fato de contactarem no seu local de trabalho com pessoas diagnosticadas com COVID-19. Com base na experiência retirada de surtos anteriores, as pessoas afetadas apresentaram elevados níveis de stress pós-traumático, nomeadamente os que tiveram de cumprir quarentena ou que trabalharam em serviços com elevado risco de contágio. Assim, assume-se a atual pandemia como fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT). Contudo, algumas pessoas que vivenciam acontecimentos adversos conseguem crescer com a experiência retirada, denominando-se: crescimento pós-traumático. Compreendendo o impacto psicológico da COVID-19 entre os profissionais de saúde é crucial a criação de políticas e intervenções que garantam o seu bem-estar.

Com base nos objetivos da investigação e pressupostos metodológicos, pretendeu-se estudar em que medida a ocorrência de diagnóstico de stress pós-traumático e o posterior crescimento pós-traumático nos profissionais de saúde podem variar de acordo com o tipo de isolamento a que estiveram sujeitos e a presença de comorbilidades pré-existentes à infecção pelo SARS-CoV-2.

Este estudo enquadra-se no paradigma quantitativo e consiste num estudo do tipo descritivo, correlacional e transversal. A amostra é constituída por 298 profissionais de saúde que cumpriram isolamento profilático ou por infecção por SARS-CoV-2. O método de seleção dos participantes foi realizado através de técnica de amostragem não probabilística. A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico, do Inventário de Crescimento Pós-traumático (PTGI) e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Não se verificou evidência da relação entre a existência de comorbilidade e o diagnóstico de stress pós-traumático. Estudou-se especificamente a associação entre a existência de comorbilidade e as diferentes dimensões da sintomatologia psiquiátrica do BSI, verificando-se relação estatisticamente significativa, sendo a ideação paranóide, obsessão-compulsão e hostilidade aquelas que apresentaram valores mais elevados. O estudo demonstrou relação estatisticamente significativa entre as dimensões do PTGI e a existência de comorbilidade, com exceção da dimensão “desenvolvimento espiritual”. Os dados obtidos revelam relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de stress pós-traumático e as dimensões do PTGI. A análise das correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento foi estatisticamente significativa, bem como a análise das correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte prestado pelos serviços de saúde durante o isolamento. A correlação das dimensões do PTGI entre si, foi estatisticamente significativa.

PALAVRAS-CHAVE: SARS-CoV-2, COVID-19, stress pós-traumático, crescimento pós-traumático, saúde mental, comorbilidades.

ABSTRACT

This study is about the topic “Post-traumatic stress and comorbidities in healthcare professionals due to SARS-CoV-2 infection.”.

The COVID-19 pandemic has the potential to be considered a mass traumatic event with an unprecedented impact on people's mental health. Healthcare professionals, have been on the front line against the pandemic, becoming a vulnerable group to the consequences of COVID-19. The reality experienced daily, at work, must be considered: due to the increase in stress caused by the constant risk of infection and the lack of personal protective equipment in many institutions; by the increased workload and related deaths; by the social stigma from having contact with patients diagnosed with COVID-19 in their workplaces. Based on experience drawn from previous outbreaks, people affected had higher levels of post-traumatic stress, specially those who had been in quarantine or who worked in services with a high infectio risk. Therefore, the current pandemic is a risk factor for the development of mental health problems, such as Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). However, some people who have experienced adverse events are able to grow with a their experiences, we call it post-traumatic growth. Understanding the psychological impact of COVID-19 among healthcare professionals is crucial to create policies and interventions to guarantee their well-being.

Based on the research objectives and methodological assumptions, the aim was to study how the occurrence of posttraumatic stress diagnosis and the subsequent post-traumatic growth in healthcare professionals may vary according to the type of quarantine to which they were subjected and the presence of pre-existing comorbidities to SARS-CoV-2 infection.

This is a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. The sampleconsists of 298 healthcare professionals which had been in quarantine, either prophilatic or isolation due to SARS-CoV-2 infection. This study adopted snowball sampling and online sociodemographic survey, Post-traumatic Growth Inventory (PTGI) and Brief Symptom Inventory (BSI).

There is no evidence of statistical significance between the existence of comorbidity and post-traumatic stress. An association between the existence of comorbidity and the different BSI dimensions was specifically analized, verifying a statistically significant relationship, with paranoid ideation, obsession-compulsion and hostility having the higher

levels. There was statistical significance between PTGI dimensions and the existence of comorbidity, with the exception of the dimension “spiritual development”. There was statistical significance between post-traumatic stress disorder and the PTGI dimensions. Analyzing correlation between the four PTGI dimensions and the social support from relatives and friends during quarantine was statistically significant, as well as the correlation between the four PTGI dimensions and the support provided by health services during quarantine. The correlation of the PTGI dimensions between each other was also statistically significant.

KEYWORDS: SARS-CoV-2, COVID-19, post-traumatic stress, post-traumatic growth, comorbidities, mental health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

2019-nCoV - coronavírus identificado em 2019

BSI - Brief Symptom Inventory (Inventário de sintomas psicopatológicos)

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças)

CFR - Case Fatality Rate (taxa de letalidade)

CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CoV - os coronavírus

COVID-19 - doença infecciosa causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição)

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MERS - síndrome respiratória do Médio Oriente

MERS-CoV - coronavírus da síndrome respiratória do Médio Oriente

nCoV - o novo coronavírus

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

PTG - Post-Traumatic Growth (reconstrução pós-traumática ou crescimento pós-traumático)

PTGI - Post-Traumatic Growth Inventory

R0 - número básico de reprodução

RNA - ácido ribonucleico

R(t) - índice de transmissibilidade

SARS - síndrome respiratória aguda grave

SARS-CoV-2 - coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave

SARS-CoV - coronavírus da síndrome respiratória aguda grave

SDRA - síndrome do desconforto respiratório agudo

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 29 |
| Parte I - INFEÇÃO POR SARS-COV-2 e STRESS PÓS-TRAUMÁTICO..... | 33 |
| 1. COVID-19 E INFEÇÃO POR SARS-COV-2..... | 33 |
| 1.1. A infecção pelo SARS-CoV-2..... | 34 |
| 1.2. Epidemiologia da infecção..... | 39 |
| 1.3. Infecção, isolamento e problemas de saúde mental..... | 45 |
| 2. INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... | 50 |
| 2.1. Stress pós-traumático e reconstrução pós-traumática..... | 50 |
| 2.1.1. Perturbação de Stress Pós-Traumático..... | 51 |
| 2.1.2. Reconstrução pós-traumática..... | 53 |
| 2.2. Ocorrência de stress pós-traumático em profissionais de saúde..... | 55 |
| 2.2.1. A pessoa com COVID-19..... | 55 |
| 2.2.2. Fatores de proteção da Perturbação de Stress Pós-Traumático - | 57 |
| 2.2.3. Os profissionais de saúde e a COVID-19..... | 58 |
| 2.2.4. Fatores de risco da Perturbação de Stress Pós-Traumático..... | 59 |
| 2.2.5. Intervenções direcionadas à Perturbação de Stress Pós-Traumático..... | 64 |
| 2.3. Evidência sobre stress pós-traumático em profissionais de saúde..... | 64 |
| 2.3.1. Evidência de stress pós-traumático nas pessoas com COVID-19..... | 66 |
| 2.3.2. Evidência de stress pós-traumático nos profissionais de saúde..... | 67 |
| 2.3.3. Evidência de intervenções direcionadas para o stress pós-traumático..... | 72 |
| PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO..... | 74 |
| 1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS..... | 74 |
| 1.1. Questão de investigação..... | 74 |
| 1.2. Objetivos do estudo..... | 75 |
| 1.3. Hipóteses de investigação..... | 76 |
| 1.4. Variáveis do estudo e as suas dimensões..... | 76 |
| 1.5. Tipo de estudo..... | 77 |
| 1.6. Amostra..... | 77 |

| | |
|---|-----|
| 1.7. Critérios de inclusão e exclusão..... | 78 |
| 1.8. Instrumentos de recolha de dados..... | 79 |
| 1.9. Procedimentos legais e éticos..... | 81 |
| 1.10. Tratamento de dados..... | 83 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 83 |
| 2.1. Dados Sociodemográficos..... | 83 |
| 2.2. Discussão e triangulação dos dados..... | 88 |
| 3. CONCLUSÃO..... | 104 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 109 |
| ANEXOS..... | 115 |
| ANEXO I – Explicação do estudo e consentimento informado..... | 117 |
| ANEXO II – Questionário sóciodemográfico..... | 120 |
| ANEXO III – Questionário de Avaliação da Perturbação de Stress Pós-Traumático..... | 127 |
| ANEXO IV – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI)..... | 129 |
| ANEXO V – Inventário de Crenças Centrais (CBI)..... | 131 |
| ANEXO VI – Pensamentos Relacionados com o Acontecimento (ERRI)..... | 133 |
| ANEXO VII – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)..... | 136 |
| ANEXO VIII – ANOVA - Relação entre existência de comorbilidade e a sintomatologia de distress..... | 142 |
| ANEXO IX - ANOVA – Relação entre existência de comorbilidade e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático..... | 144 |
| ANEXO X - ANOVA, relação entre a sintomatologia do distress e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático..... | 146 |
| ANEXO XI - Coeficientes da correlação de Pearson entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático..... | 148 |
| ANEXO XII - Coeficientes da correlação de Pearson entre o suporte percebido das instituições de saúde durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático | 150 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde..... | 84 |
| TABELA 2 – Comorbilidades, isolamento e sintomatologia dos profissionais de saúde..... | 86 |
| TABELA 3 – Tabulação cruzada das comorbilidades e diagnóstico de PSPT..... | 88 |
| TABELA 4 – Teste qui-quadrado - Relação entre existência de comorbilidade e diagnóstico de stress pós-traumático..... | 89 |
| TABELA 5 – Avaliação da associação entre a existência de comorbilidade e a sintomatologia psiquiátrica..... | 90 |
| TABELA 6 – Avaliação da associação entre a existência de comorbilidade e as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI)..... | 91 |
| TABELA 7 – Relação entre o diagnóstico de stress pós-traumático e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI)..... | 92 |
| TABELA 8 – Coeficientes da correlação de Pearson entre as escalas do PTGI e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento..... | 94 |
| TABELA 9 – Coeficientes da correlação de Pearson entre as escalas do PTGI e o suporte dos serviços de saúde durante o isolamento..... | 97 |

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1 - número de novos casos a nível mundial, número total de infeções por COVID-19 e o número total de mortes.....41

FIGURA 2 - vacinas COVID-19 atualmente em administração.....44

GRÁFICO 1 - dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada para países Europeus com >2000 casos COVID-19.....40

INTRODUÇÃO

Este estudo de investigação surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Tendo como domínio a COVID-19 e problemáticas da saúde mental e psiquiatria, é um estudo integrado num projeto alocado ao Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) subordinado ao tema “Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infetadas após recuperação”, que pretende estudar adultos a viverem em Portugal que tenham sido sujeitos a isolamento profilático ou isolamento devido a infeção por COVID-19. A presente pesquisa, enquanto subestudo apresenta um tema específico e objetivos próprios que serão apresentados.

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Desde o aparecimento da nova doença que quase todos os países do mundo, especialmente ao nível governamental se têm centrado na investigação e tentativa de controlo da mesma. Não obstante essa importância, à medida que o tempo passa, a exigência e a pressão aumentam cada vez mais nos sistemas de saúde e económicos. Contudo, também a pressão social tem aumentado de dia para dia com o desenrolar de uma pandemia sem fim à vista. Podemos afirmar que a pandemia COVID-19 não representa simplesmente riscos para a saúde física mas também para a saúde mental das pessoas. Perante uma situação nova, inesperada e difícil as pessoas desenvolvem naturalmente: sentimentos de receio da doença e do risco de vida, do medo de ficarem infetados e de infetar familiares e amigos; de tristeza: pela situação atual, por se sentirem socialmente desintegradas, isoladas e por serem afastadas dos que lhes são próximos; de ansiedade: pelo medo da doença e da perda de rendimentos consequente á crise instalada e relativamente á incerteza que será o futuro. As pessoas que ficam infetadas por SARS-CoV-2 vêem-se confrontadas com uma nova condição, têm de ser capazes de lidar com a sintomatologia inerente à doença ou recorrer a ajuda médica, vêem-se separadas dos que lhe são próximos. No caso daqueles que vivenciam a morte de um familiar na sequência da COVID-19, provavelmente não terão a possibilidade de estar com o familiar doente nos seus últimos tempos, de realizar ou estar presentes no funeral, tendo implicações diretas no processo de luto. Como resposta às adversidades, algumas pessoas refugiam-se em comportamentos aditivos, como o álcool, drogas, o jogo, entre outros; outros adotam

comportamentos auto-lesivos (por exemplo a automutilação) ou refugiam-se na heteroagressividade (como é exemplo a violência doméstica).

A Enfermagem enquanto ciência está em constante mudança. A evolução da prática e do conhecimento carecem de pesquisa, investigação, robustez e de evidência.

Sendo a COVID-19 uma temática atual, surge a necessidade de estudar as suas repercussões nas pessoas por ela afetadas, nomeadamente os profissionais de saúde, enquanto grupo especialmente vulnerável.

Esta dissertação “Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde após infeção pelo SARS-CoV-2”, definiu como questão de investigação “Em que medida a ocorrência de diagnóstico de stress pós-traumático e o posterior crescimento pós-traumático nos profissionais de saúde podem variar de acordo com o tipo de isolamento a que estiveram sujeitos, bem como a presença de comorbilidades pré-existentes à infeção pelo SARS-CoV-2?”. Pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento de competências para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, numa fase em que a saúde mental das pessoas e a importância dos profissionais que lhes prestam cuidados têm sido especialmente evidenciados, tal apenas será concretizável através da definição de estratégias e intervenções assistenciais.

O presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa, não experimental, de carácter descritivo, correlacional e transversal. A amostra consistiu em 298 profissionais de saúde, em Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos e que cumpriram isolamento profilático na sequência da COVID-19 ou que estiveram infetados por SARS-CoV-2.

Os objetivos delineados foram:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- Avaliar a presença de diagnóstico clínico de stress pós-traumático em profissionais após infeção pelo SARS-CoV-2;
- Identificar a existência de comorbilidades em profissionais infetados pelo SARS-CoV-2;
- Analisar o papel do suporte pessoal e das instituições de saúde na forma como os profissionais desenvolvem o processo de crescimento pessoal após o isolamento por infeção;

- Avaliar o processo de crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico para lidar com a doença;
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que lidam com pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2.

Nos últimos dois anos tem sido realizada pesquisa científica relativa à COVID-19, contudo poucos estudos se focam exclusivamente nos profissionais de saúde, sendo que aqueles que o fazem apresentam amostras pequenas e pouco demonstrativas das classes profissionais, daí a pertinência da elaboração deste tipo de estudos.

O presente trabalho foi estruturado em três partes. A primeira de caráter conceptual, aborda a infeção por SARS-CoV-2 nas pessoas e nos profissionais de saúde em específico; seguidamente uma abordagem teórica acerca do stress pós-traumático e da reconstrução pós-traumática. A segunda parte do trabalho contempla o estudo empírico: considerações metodológicas e a caracterização dos participantes e apresentação dos dados recolhidos. Por fim procedeu-se à discussão e triangulação dos dados obtidos.

PARTE I - INFEÇÃO POR SARS-COV-2 E STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

1. COVID-19 E INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

A China reportou, no dia 31 de dezembro de 2019, à Organização Mundial da Saúde (OMS) uma série de casos de pneumonia de etiologia desconhecida que foram detetados em trabalhadores e clientes de um mercado de aves, peixe e mariscos vivos na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China (DGS, 2021).

A OMS comunicou que um novo coronavírus fora identificado como causador da doença pelas autoridades chinesas, a 7 de janeiro de 2020 e foi temporariamente denominado “2019-nCoV”, dado tratar-se de um novo vírus identificado pertencente á família dos coronavírus (DGS, 2021).

A 11 de janeiro de 2020, foi anunciado o primeiro caso de infeção pelo novo vírus fora da população chinesa, na Tailândia (Chowdhury & Oommen, 2020).

A 30 de janeiro de 2020, o Diretor-Geral da OMS anunciou que a doença causada pelo novo coronavírus se tratava de uma emergência de saúde pública internacional (o seu nível mais alto de alarme), uma vez que se previa um elevado impacto da epidemia por SARS-CoV-2, decorrente da rápida propagação a nível mundial (DGS, 2021). Em poucos meses a doença ter-se-ia transmitido para todos os continentes, com exceção da Antártida (Chowdhury & Oommen, 2020). Á data, existiam 98 casos confirmados em 18 países para além da China e nenhuma morte relatada (OMS, 2021).

Tendo a disseminação ocorrido á escala global, colocou em confinamento grande parte da população mundial (Giebel et al., 2020).

O nome da doença COVID-19 foi atribuído pela OMS, resultando da combinação das palavras “Corona”, “Vírus” e “Doença” com menção ao ano em que surgiu, 2019 (SNS, 2021). Refere-se à doença originada por um novo coronavírus, SARS-CoV-2, que significa “síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2” e que facilmente desencadeia infeções respiratórias graves como é o caso da pneumonia (SNS, 2021).

No seguimento das exigências decorrentes desta nova doença infecciosa, *“de modo a obtermos uma resposta coordenada e efetiva, a colaboração de todos os níveis de áreas governamentais e parceiros das áreas da saúde é essencial. De forma a responder às*

lacunas de conhecimento (...) é também fundamental tomar decisões baseadas na melhor evidência disponível. A ação em Saúde Pública deve ser proporcional, flexível, consistente, mediante enquadramento legal e social e, fundamental neste contexto, de acordo com o princípio da precaução” (DGS, 2021).

1.1 A infecção pelo SARS-CoV-2

Os coronavírus (CoV) pertencem a uma vasta família de vírus causadores de doenças que vão desde uma simples infecção respiratória até doenças mais graves (OMS, 2021). O novo coronavírus (nCoV) trata-se de uma nova estirpe que até então não teria sido identificada em humanos, tendo sido posteriormente designado por “vírus COVID-19” (OMS, 2021).

Isolados pela primeira vez em 1965, são vírus de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia simples, de sentido positivo e envelopados, pertencentes à família *Coronaviridae*, característica por desencadear doenças respiratórias em humanos (Chowdhury & Oommen, 2020). De acordo com Chowdhury e Oommen (2020), os três coronavírus principais que levaram a surtos de doenças, foram:

- SARS-CoV em 2002 - coronavírus da síndrome respiratória aguda grave;
- MERS-CoV em 2012 - coronavírus da síndrome respiratória do Médio Oriente;
- SARS-CoV-2 em 2019 - coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave.

Essas doenças são geralmente associadas ao sistema respiratório, podendo desencadear desde uma simples gripe ou evoluir para uma doença mais grave, como a pneumonia com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, ou eventual morte (SNS, 2021).

Através do estudo de amostras do trato respiratório inferior dos pacientes infetados em que foram retiradas células epiteliais, um betacoronavírus desconhecido foi encontrado, procedendo-se posteriormente ao seu isolamento. Dava-se assim, por identificado um novo coronavírus em 2019 (2019-nCoV) (Chowdhury & Oommen, 2020).

Relativamente á filogenética, o novo coronavírus mostrou-se similar a duas estirpes de coronavírus derivadas dos morcegos (aproximadamente 88% de similaridade) quando comparado com coronavírus que infetam humanos, incluindo o SARS-CoV

(aproximadamente 79% de similaridade) e o MERS-CoV (aproximadamente 50% de similaridade) (Chowdhury & Oommen, 2020).

A sua nomenclatura deriva da palavra coroa (em latim “corona”) referindo-se ao seu aspeto quando observado ao microscópio eletrónico, uma vez que apresenta partículas redondas com uma borda de projeções que remetem para a coroa solar. Observado ao microscópio eletrónico, possuía um diâmetro entre 60 a 140 nanómetros com picos característicos de 9 a 12 nanómetros, compatíveis com a família *Coronaviridae* (Chowdhury & Oommen, 2020). A 11 de fevereiro de 2020, o grupo de estudo *Coronaviridae* do Comité Internacional de Taxonomia de Vírus, intitulou o novo vírus de SARS-CoV2 (Chowdhury & Oommen, 2020).

A 11 de março de 2020, o Diretor-Geral da OMS anunciou que o surto poderia revelar-se uma pandemia devido ao aumento exponencial do número de casos a nível global (OMS, 2021). Nesse momento, um total de mais de 118.000 casos foram diagnosticados em 114 países e o número de óbitos ascendeu a 4.291, de acordo com a OMS (2021).

Quando uma doença ocorre numa dada região com frequência singular e por um período restrito, dizemos tratar-se de uma epidemia, contudo, quando uma epidemia se alastra simultaneamente em vários países, considera-se essa situação como sendo uma pandemia (SNS, 2021). Claramente, o ritmo com que a doença se espalhou desde que foi reconhecida pela primeira vez na China, não tem precedentes até á atualidade (Chowdhury & Oommen, 2020).

Uma vez que a COVID-19 pode desencadear uma forma de síndrome respiratória aguda grave, pode levar rapidamente à morte de pessoas vulneráveis, tendo uma alta taxa de transmissão por gotículas de pessoa para pessoa e apresenta uma taxa de mortalidade entre 2 a 5% (Abba-Aji et al., 2020). Em março de 2020, cerca de 136 países, de acordo com Abba-Aji et al. (2020) estabeleceram medidas severas na tentativa de controlar a disseminação da COVID-19, incluindo:

- Permanecer nos domicílios;
- O distanciamento físico de pelo menos dois metros;
- A proibição de ajuntamentos sociais;
- Vastas campanhas de saúde pública sobre a higienização frequente das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual, nomeadamente máscaras faciais e luvas.

O SNS (2021) define como período de incubação, o tempo decorrido entre a exposição ao vírus e o aparecimento de sintomas, sendo que atualmente é considerado de 14 dias. A duração exata da infecção de um paciente com COVID-19 não é conhecida, contudo acredita-se que a carga viral nas secreções orofaríngeas será superior durante a fase inicial ou sintomática da doença e que a pessoa poderá continuar a eliminar o vírus mesmo após a remissão dos sintomas (Chowdhury & Oommen, 2020). Um estudo realizado tendo como alvo a população chinesa, demonstrou que a eliminação do vírus durou em média 20 dias entre pessoas que sobreviveram à doença. Chowdhury e Oommen (2020) referem vários estudos relativos à dinâmica viral em pessoas que apresentaram doença considerada leve e grave, segundo os mesmos: nos casos leves o vírus tende a ser eliminado precocemente, contudo nos casos graves a disseminação viral mostrou-se mais prolongada; nalguns casos em que foram utilizadas amostras respiratórias e fecais comprovou-se que o vírus pode permanecer nas fezes por 4 ou mais semanas até ser completamente eliminado, mesmo nos casos em que as amostras respiratórias são negativas.

O estudo de Xu et al. (2020, cit. por Chowdhury & Oommen, 2020) revelou que ser do sexo masculino, ter sido hospitalizado de modo tardio após a infecção pelo vírus ou ter recebido ventilação mecânica invasiva são fatores que propiciam uma disseminação viral prolongada. Chowdhury e Oommen (2020) salientam ainda um estudo realizado em Singapura, relativamente à transmissão do vírus em pessoas durante a sua fase assintomática, em que num total de 157 casos estudados de infecção por COVID-19, 6,4% estavam associados à transmissão no período assintomático da doença. Lauer et al., (2020 cit. por Chowdhury & Oommen, 2020) verificaram que 2,5% das pessoas com a doença desenvolveram sintomas nos primeiros 2,2 dias e 97,5% das pessoas desenvolveram sintomas em 11,5 dias; o período médio ou mediano de incubação da doença varia entre 5 e 6 dias. Interpretando dados de 468 pares de infetados, Du et al. (2020 cit. por Chowdhury & Oommen, 2020) verificaram que 59 casos secundários apresentaram sintomatologia precoce quando comparados com os casos primários; tal indica que será possível que a transmissão tenha acontecido durante a fase assintomática da doença no grupo de pessoas estudado. Inicialmente propôs-se que a transmissão seria zoonótica, dado que grande parte dos casos inicialmente relatados apresentavam em comum a exposição a mercados húmidos, contudo, essa hipótese foi posta em causa quando no final de janeiro de 2020, os indivíduos infetados pelo novo coronavírus não apresentavam história de exposição a esse tipo de mercados; por sua vez, a transmissão da doença entre indivíduos que não estiveram

em Wuhan e entre profissionais de saúde, surgiu como hipótese de transmissão do novo coronavírus de pessoa para pessoa (Chowdhury & Oommen, 2020).

Assim, no sentido de proteger os outros e a si mesmos, a OMS (2021) recomenda boas práticas para o público em geral. São algumas dessas medidas:

- Higienizar as mãos regularmente com água e sabão ou usar gel desinfetante;
- Garantir o distanciamento social (distância de um metro entre um indivíduo e qualquer pessoa que tussa ou espirre);
- Evitar contactar com os olhos, nariz e a boca;
- Utilizar máscara facial sempre que apropriado;
- Garantir higiene respiratória (tapar a boca e o nariz com o cotovelo dobrado ou com um lenço de papel quando tossir ou espirrar, descartando o lenço usado imediatamente após);
- Recorrer a aconselhamento médico precocemente se apresentar febre, tosse ou dispneia;
- Permanecer informado e seguir os conselhos dados pela autoridade nacional e local de saúde pública, ou empregador acerca de como se proteger e proteger as demais pessoas da COVID-19.

O SARS-CoV-2 é transmitido entre pessoas, principalmente através das vias respiratórias (gotículas e aerossóis) e de contacto, tendo sido encontrado nas secreções respiratórias, no sangue, fezes e urina.” (Chowdhury & Oommen, 2020). O risco de transmissão é maior quando as pessoas estão próximas (dentro de 2 metros), sendo que a transmissão aérea pode ocorrer em ambientes clínicos nos quais são realizados procedimentos que originam aerossóis (Chowdhury & Oommen, 2020). A transmissão aérea pode ainda ocorrer em espaços internos mal ventilados, especialmente se os indivíduos partilharem o mesmo espaço por um longo período de tempo (Chowdhury & Oommen, 2020). Atualmente a transmissão de pessoa para pessoa está a ocorrer extensivamente, portanto, as precauções para prevenir a transmissão de pessoa para pessoa são apropriadas para casos suspeitos e confirmados (Chowdhury & Oommen, 2020).

Segundo o Governo do Reino Unido (2021) existem evidências de que os indivíduos que estiveram infetados por COVID-19, independentemente se a sintomatologia foi ligeira ou grave, podem apresentar sintomas prolongados ou desenvolver complicações a longo

prazo, sendo que o risco de desenvolvimento da doença de forma grave, é influenciado pelos seguintes fatores:

- Indivíduos mais velhos;
- Ser do sexo masculino;
- Classes sociais menos abastadas;
- Ser de raça não caucasiana;
- Obesidade em adultos.

O SNS (2021) descreve como sintomas mais frequentes associados à infecção pela COVID-19:

- Febre (temperatura igual ou superior a 38.0°C) sem outra causa atribuível;
- Tosse de novo, ou agravamento do padrão habitual, ou associada a dores de cabeça ou dores generalizadas do corpo;
- Dificuldade respiratória/dispneia, sem outra causa atribuível;
- Perda total ou parcial do olfato (anosmia), enfraquecimento do paladar (ageusia) ou perturbação ou diminuição do paladar (disgeusia) de início súbito.

Contudo, outros sintomas comuns mas não específicos da COVID-19, têm ocorrido com frequência nos indivíduos segundo o Governo do Reino Unido (2021), tais como:

- Dispneia;
- Cansaço;
- Perda de apetite;
- Mialgias;
- Dor de garganta;
- Cefaleia;
- Congestão nasal;
- Diarreia;
- Náuseas;
- Vômitos.

Um das manifestações clínicas mais frequentes da doença é a febre. Chowdhury e Oommen (2020) referem um estudo realizado na China, em que 44% dos pacientes na admissão apresentavam febre, sendo que após a admissão o valor registado foi de 88%, Cerca de 65 a 70% dos pacientes apresentaram tosse seca no decurso da doença; entre os pacientes da Europa, anosmia/hiposmia e ageusia foram relatados em 85% e 88%, respetivamente; a anorexia foi uma das queixas mais comuns; mialgias e dispneia foram

objetivados em cerca de 30% das pessoas com a doença. Chowdhury e Oommen (2020) salientam ainda uma meta-análise de 60 estudos, totalizando 4.243 pacientes, em que se verificou uma considerável incidência de sintomas gastrointestinais (17,6%), dentro dos quais diarreia (13%), dor abdominal (9%) e náuseas/vômitos (10%).

O Governo do Reino Unido (2021) realça ainda que idosos e pessoas imunodeprimidas, não se apresentando em estado febril, podem apresentar sintomas menos comuns como delírio e perda de mobilidade; em pessoas que acabam por se apresentar sintomáticas em alguma fase da doença, dados atuais revelam que:

- 40% apresentam sintomatologia leve e sem hipoxia ou pneumonia;
- 40% apresentam sintomatologia moderada e pneumonia não grave/severa;
- 15% apresentam doença significativa como a pneumonia grave;
- 5% apresentam doença crítica, com complicações ou desfecho fatal.

Com o agravamento da doença, o quadro sintomatológico pode revelar-se mais complexo. Nos casos em que o paciente se encontra em estado crítico, é expectável a ocorrência de (GOV.UK, 2021):

- Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA);
- Sépsis/choque séptico;
- Insuficiência cardíaca;
- Embolia pulmonar;
- Falência multiorgânica.

1.2 Epidemiologia da infeção

A epidemia por SARS de 2003 resultou em 8.098 vítimas em todo o mundo, o que destaca ainda mais a magnitude da epidemia atual por SARS-CoV-2. Tais dados levantam preocupações epidemiológicas de que a pandemia atual pode ter um impacto ainda mais profundo na saúde das pessoas (Restauri & Sheridan, 2020).

A 22 de fevereiro de 2021, mais de 109 milhões de casos já haviam sido diagnosticados mundialmente, e um total de mais de 2,4 milhões de óbitos associados à doença (Chowdhury & Oommen, 2020).

Contrariamente à fase inicial, em meados de março de 2020, o epicentro da doença seria a região europeia da OMS, com um número superior a 40% do total de casos confirmados a nível mundial; a 28 de abril de 2020, na referida região, a taxa de mortalidade mundial pelo vírus foi de 63% (OMS, 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, 2021), à data de 15 de julho de 2021, Portugal apresentava uma taxa de notificação acumulada de 14 dias, com 240 a 479.9 casos de infeção por 100.000 habitantes, apresentando uma tendência crescente.

O gráfico 1 corresponde à dispersão dos valores do índice de transmissibilidade e taxa de incidência acumulada para os países Europeus com mais de 2000 casos de COVID-19:

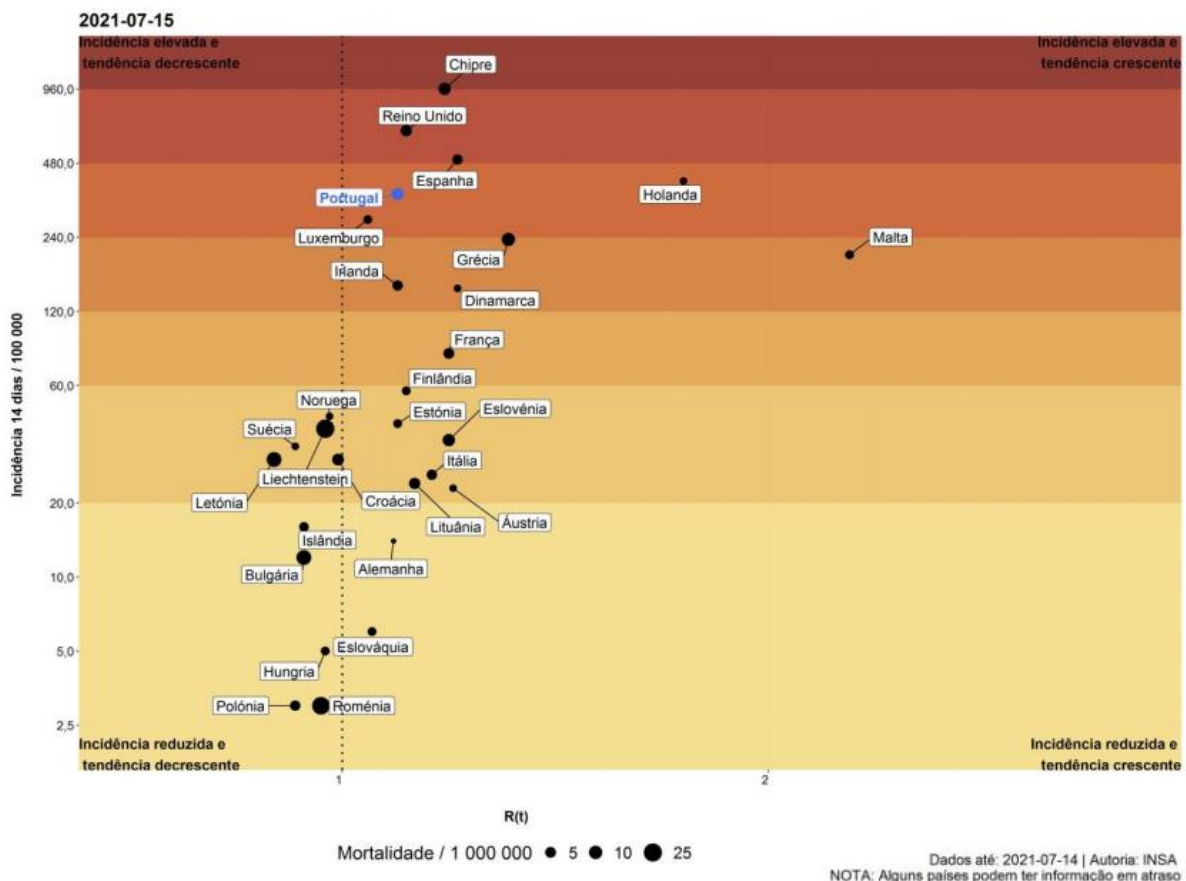


Gráfico 1 - dispersão dos valores de R(t) e taxa de incidência acumulada para países Europeus com >2000 casos COVID-19.

O número básico de reprodução (R_0), segundo Chowdhury e Oommen (2020) é o número esperado de casos secundários que podem surgir de um caso numa população afetada, indicando ainda o risco de propagação da doença: na generalidade dos estudos efetuados, o R_0 para SARS-CoV2 prevê-se que esteja dentro de uma faixa de 2,0 a 3,0. A taxa de ataque secundária é outro parâmetro que determina a probabilidade de infeção, ou seja, a probabilidade de ocorrência de uma infeção num grupo específico de pessoas suscetíveis após exposição a um caso primário (por exemplo, através de familiares ou pessoas próximas); a referida taxa permite também perceber a forma como os comportamentos sociais afetam a transmissibilidade (Chowdhury & Oommen, 2020).

Para Chowdhury e Oommen (2020), a disseminação rápida da infeção por SARS-CoV-2 é facilitada pela transmissão em casos assintomáticos, pela fase inicial da doença, bem como através do acesso limitado a testes de despiste em determinadas regiões.

Segundo o INSA (2021), estima-se que até 11 de julho de 2021 tenham ocorrido 919.284 casos de COVID-19 em Portugal. Segundo dados da OMS (2021), a 15 de julho de 2021 (Figura 1), o número de novos casos a nível mundial era de 491.468; o número total de infeções por COVID-19 188.655.968; o número total de mortes 4.067.517.

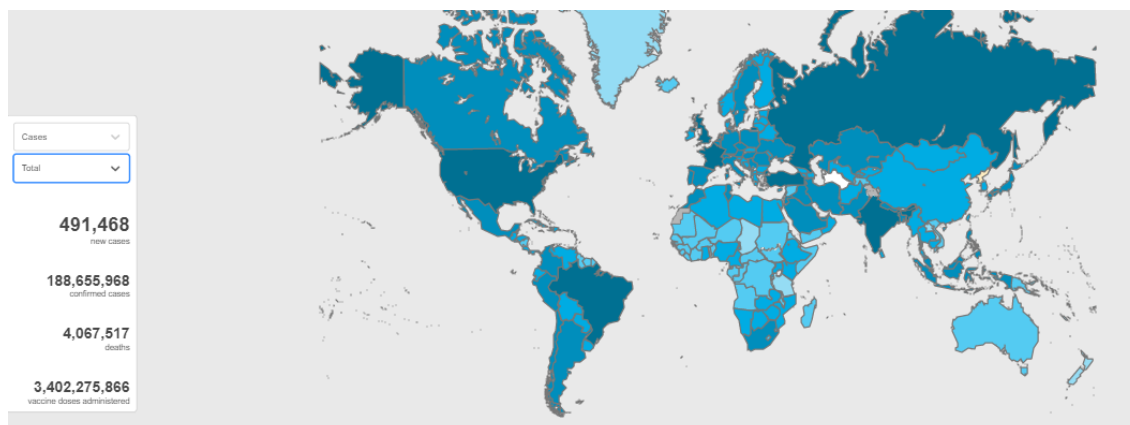


Figura 1 - número de novos casos a nível mundial, número total de infeções por COVID-19 e o número total de mortes (Fonte: INSA, 2021).

Segundo dados da entidade estatística Worldometer (2021), a 18 de julho de 2021, avaliando á escala global o número total de casos recuperados da doença seria 174.012.326; e o número total de casos ativos de 12.949.930, dos quais 12.869.213 dos

casos (99,4%) com sintomatologia ligeira e 80.717 dos casos (0,6%) com sintomatologia severa ou em estado crítico.

A 15 de julho de 2021, o número total de doses administradas da vacina COVID-19 era 3.402.275.866, o número total de pessoas com pelo menos uma dose administrada da vacina COVID-19 era 1.316.976.242 e o número total de pessoas com a vacinação completa era 619.580.564 segundo a OMS (2021). Ainda relativamente á vacina COVID-19, os dados de 18 de julho de 2021 da publicação digital Our World in Data mostram que:

- 26,2% da população mundial completara pelo menos uma dose da vacina COVID-19;
- 3.63 bilhões de doses da vacina foram administradas mundialmente;
- 29.73 milhões de doses administradas diariamente;
- Em países pobres, apenas 1% da população recebeu pelo menos uma dose da vacina.

Com a elevada propagação do vírus, e uma vez que a informação se encontra em constante atualização, o SNS (2021), recomenda a consulta dos dados do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças e da OMS para consultar o número de pessoas infetadas e os respetivos países.

Designa-se por taxa de letalidade (CFR - Case Fatality Rate) a proporção de mortes (causadas por uma dada doença) entre o número total de pessoas infetadas pela doença num determinado período de tempo, traduzindo assim a virulência do agente infeccioso (Chowdhury & Oommen, 2020).

Chowdhury e Oommen (2020) referem um estudo da população chinesa em que foram analisados um número considerável de casos, 81% apresentavam sintomatologia leve, 14% apresentavam doença grave, 5% doença crítica e a mortalidade foi de 2,3%. Em Itália, país com um elevado índice de população idosa (que se traduz em maiores taxas de infeção e mortalidade), a fatalidade foi de 7,2%: isso deve-se á elevada percentagem de infeções entre os idosos (a proporção de casos para pessoas com idade igual ou superior a 70 anos de todos os casos, foi de 37% na Itália e 11% na China). Já nas faixas etárias inferiores a 70 anos, o CFR específico para a idade foi similar entre a China e a Itália. Nas faixas etárias entre os 70-79 anos o CFR foi de 1,8% e nas pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, foi de 20,2%, tendo sido superior na Itália comparativamente com a China (8% e 14,8%,

respetivamente). Em 687 pacientes estudados em Itália com idade igual ou superior a 90 anos, o CFR foi de 22% (Chowdhury & Oommen, 2020).

O curso clínico da doença é variável. Wang et al. (2020 cit. por Chowdhury & Oommen, 2020), no seu estudo, verificaram que a mediana relativa ao tempo desde o primeiro sintoma até apresentarem dispneia foi de 5 dias, até requererem internamento hospitalar foi de 7 dias e até apresentarem síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) 8 dias; quanto á admissão de pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), no caso dos pacientes que desenvolveram SDRA foi de 61%, para os que desenvolveram arritmia 44% ou choque 30%; a mediana da idade de pacientes admitidos em UCI foi de 66 anos e 72,2% apresentaram maior propensão para desenvolver SDRA.

Na China e Estados Unidos os estudos também demonstram que as taxas de hospitalização, admissão em UCI e taxas de mortalidade são superiores na população idosa (Chowdhury & Oommen, 2020). O Centro Chinês para o Controlo e Prevenção de Doenças verificou a associação entre certas doenças e resultados desfavoráveis: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crónicas, hipertensão e cancro (Chowdhury & Oommen, 2020).

Sendo o SARS-CoV2 um vírus novo, entende-se que toda a população a nível mundial é suscetível à infeção pelo vírus. A imunidade de grupo caracteriza-se por ser uma forma indireta de imunidade que se desencadeia quando uma vasta percentagem da população mundial desenvolve imunidade à infeção, impedindo desse modo a disseminação do vírus: até que seja atingida imunidade (que só poderá ser conseguida através de vacinação ou pela infeção pelo vírus) toda a população mundial permanecerá em risco (Chowdhury & Oommen, 2020). Supondo que R_0 designa a percentagem da população que precisa de imunidade para que seja obtida imunidade de grupo, trabalhando com um R_0 estimado de 3, a população mundial que precisa obter imunidade ao SARS-CoV-2 é de cerca de 70%; Se forem considerados todos os riscos inerentes á obtenção de doença grave em elevado número, percebe-se que a imunidade de grupo será preferencialmente obtida através da vacinação da população (Chowdhury & Oommen, 2020).

A OMS coordenou-se com um grupo de especialistas para o desenvolvimento de vacinas, sendo que a 20 de abril de 2020, havia 5 vacinas candidatas sob avaliação clínica: uma delas na segunda fase de teste, enquanto que as restantes quatro se encontravam na primeira fase de teste. Setenta e uma vacinas candidatas passariam então por avaliação pré-clínica á data mencionada (Chowdhury & Oommen, 2020).

De acordo com o Centro para Controlo e Prevenção da Doença (CDC, 2021), a vacina COVID-19 mais adequada é a primeira que estará disponível para a pessoa, não sendo recomendada a espera por uma marca específica. Todas as vacinas COVID-19 que estão atualmente autorizadas e recomendadas são seguras, eficazes e diminuem o risco de desenvolver doença grave. A figura 2 apresenta as vacinas COVID-19 atualmente em administração:

| Vaccine Brand Name | Who Can Get this Vaccine ^[1] | How Many Shots You Will Need | When Are You Fully Vaccinated? |
|---|---|--|--------------------------------|
| Pfizer-BioNTech | People 12 years and older | 2 shots Given 3 weeks (21 days) apart ^[2] | 2 weeks after your second shot |
| Moderna | People 18 years and older | 2 shots Given 4 weeks (28 days) apart ^[2] | 2 weeks after your second shot |
| Johnson & Johnson's Janssen | People 18 years and older | 1 shot | 2 weeks after your shot |

Figura 2 - vacinas COVID-19 atualmente em administração (Fonte: CDC, 2021).

Embora exista atualmente a disponibilidade de vacinas eficazes para uma elevada percentagem da população, medidas de saúde pública, tais como o distanciamento social, isolamento e quarentena, não devem ser descuradas no sentido da prevenção da disseminação do vírus. Medidas que proporcionem a abrangência dos serviços de saúde a nível mundial, com melhoramentos das infraestruturas, atualização dos sistemas públicos de saúde e o envolvimento estratégico do setor privado de saúde são fulcrais para o combate e resolução dos desafios provocados pelo vírus, o que se traduzirá em ganhos de saúde futuros (Chowdhury & Oommen, 2020).

1.3 Infeção, isolamento e problemas de saúde mental

Sendo a COVID-19 uma doença nova, existem ainda poucos estudos pioneiros sobre as consequências da doença na saúde mental das pessoas (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020).

As emergências humanitárias podem propiciar o enriquecimento dos cuidados de saúde mental comunitários, tendo como objetivo uma abrangência universal. As estratégias orientadoras, definidas pela OMS no que concerne à saúde mental nos países que terão de se restabelecer na sequência da COVID-19, incluem (Adhanom Ghebreyesus, 2020):

- planeamento para a sustentabilidade a longo prazo desde a fase inicial;
- dar resposta às necessidades de saúde mental das pessoas;
- seguir o papel central do governo;
- abranger as organizações profissionais nacionais;
- garantir uma coordenação eficiente entre as entidades;
- rever os planos e políticas de saúde mental existentes;
- consolidar o sistema de saúde mental;
- investir em profissionais de saúde;
- recorrer a projetos demonstrativos para angariar fundos para uma melhor reestruturação;
- investir em apoio para a manutenção da mudança.

A referida abordagem vinculada à OMS permitirá um melhor acesso aos serviços de saúde mental, uma vez que saúde para todos significa ter sistemas de saúde fortes, sistemas esses que são sistemas de saúde resilientes (Adhanom Ghebreyesus, 2020).

A COVID-19 tem uma elevada taxa de transmissão por gotículas sendo facilmente disseminada de pessoa para pessoa e podendo desencadear uma forma de síndrome respiratória aguda grave ou levar à morte (Abba-Aji et al., 2020). Em março de 2020, cerca de 136 países adotaram medidas rigorosas na tentativa de diminuir a disseminação da COVID-19, entre as quais: a permanência em casa, o distanciamento físico de dois metros e a proibição de ajuntamentos ou encontros sociais; campanhas de saúde pública com o intuito de promover e incentivar hábitos como lavar as mãos regularmente e o uso de equipamentos de proteção individual, como máscaras faciais e luvas (Abba-Aji et al., 2020).

Considerando de suma importância as medidas acima referidas, o impacto negativo que podem ter na saúde mental dos indivíduos vulneráveis, não pode ser desmerecido. As doenças mentais podem facilmente desencadear-se pela limitação e restrições impostas no

sentido da proteção da população contra uma doença que é altamente transmissível. Para Abba-Aji et al. (2020), a preocupação e o receio constantes da pessoa para consigo mesma e para com os seus familiares é um fator de risco significativo para a ocorrência de doença mental durante uma pandemia, assim, a percepção da população está diretamente relacionada com o impacto psicológico causado por um surto.

Segundo o filósofo grego Epicteto, os eventos externos não são por si motivo de alarme e preocupação, é sim, a forma como os interpretamos que gera em nós preocupação, ou seja, não é a COVID-19 que nos afeta mas sim o significado pessoal que lhe atribuímos (Abdul Khaiyom, 2020).

Tendo como exemplo situações passadas de emergência de saúde pública internacional (varíola, SARS e H1N1), são expectáveis consequências psicológicas como: stress emocional, alterações comportamentais e cognitivas e diagnosticadas doenças psiquiátricas (Abdul Khaiyom, 2020). No caso da COVID-19, são fatores de stress específicos, os riscos da auto-infecção e da possibilidade de infetar outras pessoas; sintomas comuns à COVID-19 como a febre, por exemplo, pode ser confundida com a doença, levando a crer que se está infetado sem que tal se confirme (Abdul Khaiyom, 2020). Para Abdul Khaiyom (2020), se os sistemas de cuidados e apoio não forem adequados ou não estiverem ao alcance das pessoas, podem facilmente induzir maior preocupação nos cuidadores de idosos, pessoas com deficiência, pais de crianças ou cuidadores de indivíduos vulneráveis, em que a saúde física e mental podem ficar comprometidas nos casos em que são colocados em quarentena ou isolamento por COVID-19.

Na sequência do confinamento, grande parte da população viu-se socialmente distanciada. Alguns indivíduos cumpriram quarentena (forma de separação e restrição do contacto físico da pessoa que foi exposta à doença, como forma de perceber se desenvolverá a doença), ou experienciaram isolamento (forma de separação de pessoas que estão doentes daquelas que não estão). Tanto o distanciamento social, a quarentena ou o isolamento podem propiciar diversos tipos de emoções, tais como: a ansiedade e preocupação, o medo, a solidão e tédio, a frustração e a raiva (Abdul Khaiyom, 2020).

Também o facto de existir incerteza por não sabermos por quanto tempo iremos permanecer na realidade atual, pode causar insegurança e frustração: podemos questionar o futuro por não sabermos se conseguiremos subsistir e pagar as despesas diárias; o tédio pode surgir por não conseguirmos fazer as atividades a que estávamos habituados; podemos sentir-nos sozinhos uma vez que já não conseguimos estar regularmente com os

nossos amigos e familiares; a raiva pode surgir da perda de liberdade que tínhamos até então e que agora não é garantida (Abdul Khaiyom, 2020). O estigma e a xenofobia podem ocorrer com maior incidência por pensarmos que podemos facilmente estar expostos à doença ou termos de realizar quarentena por atitudes inadequadas ou negligência de terceiros (Abdul Khaiyom, 2020).

Na generalidade, as pessoas enfrentam desastres naturais como as pandemias, com relativa facilidade, contudo, uma pequena minoria poderá desenvolver problemas psicológicos. O impacto da COVID-19 e das medidas de confinamento pode atingir consequências mais extremas quando surge sintomatologia psicológica mais intensa e de forma mais frequente/consistente, contudo, apenas uma pequena fração da população desenvolverá problemas psicológicos mais intensos (como o suicídio) uma vez que a incidência poderá aumentar especialmente entre os idosos, como resultado do isolamento social, solidão e a preocupação intrínseca de ser um fardo para quem deles cuida (Abdul Khaiyom, 2020). Alguns sintomas de natureza fisiológica são: cefaleia, mialgias, desconforto gástrico, alteração do padrão de sono e choro fácil (Abdul Khaiyom, 2020). Os sintomas psicológicos que se podem desencadear são: apatia ou evitamento, dificuldade de concentração, confusão, entorpecimento, desamparo ou depressão, ansiedade ou ataques de pânico, sentir raiva e ter pouca paciência, comer em demasia, ingerir álcool de modo excessivo ou abuso de drogas (Abdul Khaiyom, 2020).

Também Afonso (2020) descreve a associação entre a quarentena profilática e a pandemia COVID-19, originando uma série de riscos para a saúde mental: os estudos publicados sobre este tema baseiam-se em quarentenas de grupos pequenos, devido principalmente aos vírus SARS-CoV1, MERS-CoV, H1N1 e ao Ébola. Os dados foram obtidos em estudos com amostras de algumas centenas de pessoas, e por períodos relativamente curtos, de 10 a 21 dias de isolamento (Afonso, 2020). Nunca se verificou uma quarentena massiva de milhões de pessoas em simultâneo e sem término à vista, o que corresponde a um aspeto negativo para a resiliência da saúde mental das pessoas (Afonso, 2020).

Segundo Afonso (2020), cerca de três anos após a quarentena, verificou-se um aumento de risco para o aparecimento de abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e depressão. Neste contexto de isolamento, provavelmente irão aumentar a perturbações depressivas e as perturbações de stress pós-traumático. Para além do stress associado ao receio de contrair a doença, existem ainda outros fatores que aumentam a vulnerabilidade psicológica das pessoas em quarentena. As dificuldades económicas

decorrentes da atual pandemia, nomeadamente o risco de aumento do desemprego que está associado a um agravamento da saúde mental da população. De salientar a forma como está a ser feito o luto das pessoas que morrem durante esta pandemia, devido às medidas preventivas de saúde pública, as cerimónias fúnebres estão a ser realizadas com um número muito reduzido de pessoas pelo que muitos familiares e amigos estão privados de se despedirem daqueles que falecem, ou seja, não existem abraços, nem o habitual consolo do luto (Afonso, 2020). Tal acarreta um sofrimento sem precedentes para aqueles que perdem os seus familiares e amigos. Assim, vivemos tempos atípicos em que surgem diversas questões e perspectiva-se um longo período até percebermos qual foi o verdadeiro impacto da pandemia na saúde mental das pessoas (Afonso, 2020).

Tang et al. (2020), refere que ao contrário dos eventos traumáticos de nível individual, a COVID-19 tem propiciado uma crise contínua para todos os membros da sociedade. Eventos stressantes, como desastres naturais e traumas causados pelo homem, podem ter um impacto significativo na saúde mental e podem resultar em condições como transtorno de stress pós-traumático e depressão (Kopala-Sibley et al., 2016; Plexousakis et al., 2019; Schwartz et al., 2019; cit. por Tang et al., 2020). Durante o surto de SARS muitas pessoas tiveram sono insatisfatório e de curta duração devido á ansiedade e sintomas depressivos (Chen et al., 2006; Johal, 2009; cit. por Tang et al., 2020), desse modo, é razoável supor que uma exposição maior leva a menos sono, o que aumenta o risco de desenvolver doença mental. Muitas pessoas optaram pelo isolamento nos domicílios quando a pandemia foi anunciada. No entanto, com base num estudo publicado relativo à epidemia por SARS, quanto mais longo o isolamento, maior a possibilidade de sofrimento mental (Reynolds et al., 2008; cit. por Tang et al., 2020).

A rápida transmissão da COVID-19, juntamente com a transmissão de notícias desagradáveis difundidas pelos órgãos de comunicação social bem como a discriminação social relativa aos pacientes com COVID-19 também podem traduzir-se num aumento da prevalência de sintomas de stress pós-traumático autopercebidos associados á COVID-19 (Bo et al., 2020). De notar que apenas metade dos pacientes mantém atitudes positivas em relação aos serviços *online* de saúde mental criados para situações de crise (Bo et al., 2020). Durante a COVID-19, a maioria dos serviços de saúde mental de emergência para pacientes infetados têm sido fornecidos *online*, portanto, sendo muitos pacientes com COVID-19 idosos, com tempo limitado e acesso restrito à *internet e smartphones* devido ao mau estado de saúde durante a hospitalização, não é esperado que consigam aceder a esses serviços de suporte (Yang et al., 2020, cit. por Bo et al., 2020). Em comparação com as

intervenções psicológicas realizadas no local, os recursos psicoeducacionais autoguiados *online* podem ser menos eficazes, especialmente para aqueles com dificuldades de leitura e desconforto físico causado pela COVID-19 bem como pelos efeitos secundários do tratamento a que são submetidos (Bo et al., 2020).

O estudo de Bo et al. (2020), revelou que a maioria dos pacientes com COVID-19 clinicamente estáveis sofriam de sintomas de stress pós-traumático significativos associados á COVID-19 antes da alta. Considerando o impacto negativo dos sintomas de stress pós-traumático, intervenções psicológicas de crise apropriadas, avaliações bem como acompanhamento a longo prazo devem ser conduzidos com urgência àqueles que sobrevivem à COVID-19.

2. INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde e os administradores de saúde que se encontram na linha da frente na atual luta contra a COVID-19 requerem preparação para uma jornada que se prevê longa (Chowdhury & Oommen, 2020).

A COVID-19, tratando-se de uma doença altamente infecciosa, com um número de reprodução básico entre 2 e 3, tem afetado um elevado número de profissionais de saúde (Chowdhury & Oommen, 2020). Nos Estados Unidos da América, por exemplo, uma quota significativa das infeções por SARS-CoV-2 foram referentes a profissionais de saúde: prestar cuidados a pessoas infetadas por COVID-19; pacientes com outras condições agudas e crónicas; trabalhar com instalações menos preparadas, equipamentos e serviços de saúde, apresentam-se como problemas associados (Chowdhury & Oommen, 2020). Têm surgido vários desafios para os sistemas de saúde dos países, especialmente os mais pobres, pelo que uma atuação rápida no sentido de proporcionar maior robustez aos sistemas é essencial (Chowdhury & Oommen, 2020).

Também Xiao, Luo e Xiao (2020), afirma que os profissionais de saúde que prestam cuidados a pacientes com doenças infecciosas, aqueles que sobrevivem à COVID-19 e as respetivas famílias, apresentaram maior taxa de PSPT segundo a generalidade dos estudos epidemiológicos.

2.1 Stress pós-traumático e reconstrução pós-traumática

A PSPT dificulta o retorno das pessoas á sua vida normal, favorecendo o desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão, a esquizofrenia e a dependência do álcool. Os profissionais de saúde devem ter consciência da probabilidade de ocorrência de PSPT em pacientes com COVID-19, trabalhando no sentido de encontrar e prescrever o tratamento que melhor se adequa a estes casos (Chang & Park, 2020).

Evidência atual demonstra que as pessoas podem crescer como consequência da sua exposição a situações traumáticas ou eventos stressantes, ou seja, ter a capacidade de crescer como resultado do trauma vivido, conseguindo dessa forma obter crescimento pós-traumático (Cui et al., 2020).

2.1.1. Perturbação de stress pós-traumático

A PSPT é a consequência patológica de eventos traumáticos, tais como guerras, desastres ou eventos individuais, como acidentes de trabalho pelo que pacientes que apresentam PSPT vivem sob a sombra de traumas passados (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

De acordo com a literatura atual, nas últimas décadas a PSPT foi considerada como possível transtorno de saúde mental (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020).

Os critérios de diagnóstico da PSPT segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) foram desenvolvidos num centro de pesquisa americano (Yin et al., 2020). À luz da definição do DSM-5 da American Psychiatric Association, os principais sintomas de PSPT incluem, segundo Xiao, Luo e Xiao (2020):

- Inquietação constante;
- Evitamento de estímulo;
- Alterações desfavoráveis da cognição ou humor;
- Hiperatividade relativa ao evento traumático vivido.

Podemos definir a PSPT como sendo uma doença mental que se pode desenvolver em pessoas que vivenciaram uma situação traumática, tendo essa situação impacto direto na funcionalidade da pessoa, caracterizando-se por sintomas que poderão desencadear-se desde um mês após a situação traumática, como meses ou anos depois (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020). Contudo, segundo Asim, van Teijlingen e Sathian (2020) nem todas as pessoas que passam por eventos traumáticos desenvolvem este tipo de transtorno.

Weathers (2013, cit. por Yin et al., 2020), considera um evento traumático a exposição da pessoa a uma epidemia. A exposição do indivíduo a epidemias de doenças infecciosas, de acordo com Xiao, Luo e Xiao (2020) desencadeia um tipo de trauma psicológico particular, que pode ser classificado em 3 grupos:

- Viver a doença e sofrer diretamente os sintomas e o tratamento traumático (como os pacientes com COVID-19 grave), sendo os principais traumas a dispneia, problemas respiratórios, incontinência, alteração do estado de consciência, ameaça de morte, traqueostomia);

- O testemunho e exemplo de pacientes que sofrem, lutam e morrem de doença infecciosa, têm impacto direto sobre outros pacientes, familiares de pacientes ou cuidadores;
- Sentir medo de ficar infetado, o isolamento social, a exclusão e a estigmatização afeta diretamente pacientes, familiares, os prestadores de cuidados ou até mesmo o público em geral.

Sendo que os surtos e epidemias desencadeiam alterações na saúde mental das pessoas, torna-se pertinente estudar a relação entre a ocorrência de doença mental e o tempo passado em quarentena/isolamento no domicílio no sentido de perceber as estratégias psicológicas de adaptação desenvolvidas pelos indivíduos em isolamento (Tang et al., 2020). Tendo como referência estudos realizados, Tang et al. (2020) propuseram as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 - Diferentes graus de exposição à COVID-19 predizem stress pós-traumático ou depressão;
- Hipótese 2 - Longos períodos de quarentena/isolamento no domicílio predizem PSPT ou depressão;
- Hipótese 3 - Apresentar sono de curta duração prediz stress pós-traumático ou depressão;
- Hipótese 4 - A duração do sono intervém na associação entre o número de exposições e a psicopatologia.

De acordo com Xiao, Luo e Xiao (2020), a definição do DSM-5 envolveu a exposição a eventos que envolveram morte, ameaça de lesão ou lesão grave constatada e ameaça de violação sexual, sendo este tipo de eventos vivenciados por:

- O indivíduo;
- Testemunha do evento que ocorreu a outra pessoa;
- Aprendizagem que alguém retira do evento que alguém próximo vivenciou ou ameaça de morte acidental ou violenta;
- A experiência retirada da exposição repetida a detalhes angustiantes de um evento.

No que concerne ao trauma psicológico, as subdivisões que podem ocorrer concomitantemente, segundo Raudenska et al. (2020) são:

- Desequilíbrio a nível cognitivo;
- Sofrimento emocional;

- Stress;
- Problemas ao nível relacional;
- Problemas de cariz socioeconómico;
- Desastres naturais.

Raudenska et al. (2020) enumera ainda quatro categorias de sintomas de PSPT, sendo características pelo sofrimento considerável e problemas funcionais (ansiedade, depressão ou abuso de substâncias) podendo persistir por mais de um mês ou até anos:

- Pensamentos hostis e evitamento, ou seja, evitar lugares ou atividades que podem conduzir ao retorno de memórias desagradáveis;
- Sentir e pensar negativamente (medo contínuo, raiva, culpa, entre outros.);
- Excitação;
- Sintomatologia reativa (problemas de concentração, sono ou descargas de raiva).

2.1.2. Reconstrução pós-traumática

A reconstrução pós-traumática, ou crescimento pós-traumático, em inglês *Post-Traumatic Growth* (PTG), refere-se às mudanças psicológicas positivas num indivíduo após a sua exposição a um evento traumático (Tedeschi et al., 1990, cit. por Cui et al., 2020).

Para além das consequências negativas que advêm da resposta a uma situação de stress, também algumas mudanças positivas ao nível psicossocial podem ocorrer no indivíduo ao nível intelectual. Assim, denomina-se crescimento pós-traumático o fenómeno caracterizado pelas transformações na vida da pessoa em consequência das tentativas de lidar com eventos traumáticos. Não sendo considerado um mecanismo de adaptação, o crescimento pós-traumático é o resultado da adaptação e está relacionado com o uso de estratégias de adaptação (como mudanças do estilo e significado da vida, mudanças interpessoais e desenvolvimento da introspeção) (Nowicki et al., 2020).

O sofrimento interpretado pela pessoa e a influência positiva estão relacionados com o crescimento pós-traumático, de acordo com o modelo de crescimento pós-traumático apresentado por Tedeschi e Calhoun (1990 cit. por Cui et al., 2020), a ruminação mostra-se como um aspeto relevante.

Cui et al. (2020) afirma que embora grande parte dos estudos realizados até então se tenham focado nas emoções negativas referentes às experiências vividas no local de trabalho pelos profissionais de saúde, um estudo transversal em que foram alvo de análise 167 enfermeiros da linha da frente acerca do crescimento pós-traumático, revelou que o crescimento pós-traumático se encontrava entre os níveis médio e alto.

Pelo facto de trabalharem na linha da frente, os enfermeiros podem adquirir algumas mudanças positivas, que quando bem exploradas podem (Cui et al., 2020):

- Permitir a reflexão sobre a sua experiência, atribuindo-lhe significado;
- Melhorar a sua satisfação com a vida;
- Diminuir os efeitos negativos de experiências traumáticas referentes ao trabalho.

Nos casos em que houve crescimento pós-traumático, os fatores de influência foram, segundo Cui et al. (2020):

- Os anos de exercício profissional;
- A autoconfiança no trabalho;
- A consciência do risco;
- Intervenção psicológica;
- A ruminação controlada.

Assim, como orientação para os enfermeiros que trabalham com pacientes com COVID-19, Cui et al. (2020) sugerem que as intervenções devem ter como objetivo a autoeficácia e a consciência do risco antes e durante o turno, orientando de seguida os profissionais a refletir consecutiva e intencionalmente acerca da sua experiência de trabalho, permitindo-lhes dessa forma a atribuição de um significado a essa experiência e ajudando-os no trabalho futuro.

Nowicki et al. (2020), referem que cerca de 40 a 70% das pessoas desenvolvem crescimento pós-traumático associado a uma situação traumática vivida, sendo que num estudo realizado com enfermeiros relativo à pandemia COVID-19, os resultados obtidos foram mais elevados relativamente às mudanças psicológicas positivas. Com base na sua pesquisa, Nowicki et al. (2020), tendo encontrado apenas um estudo acerca do impacto positivo da pandemia COVID-19 na funcionalidade mental das pessoas, realça a necessidade de desenvolver mais estudos acerca da temática abordada.

2.2 Ocorrência de stress pós-traumático em profissionais de saúde

2.2.1 A pessoa com COVID-19

As repercussões causadas por eventos stressantes, que acontecem inesperada e consecutivamente na sequência de surtos de doenças altamente infecciosas e com desfecho fatal carecem de conhecimento, segundo o estudo de Leppin e Aro (2009 cit. por Tang et al., 2020). Tal deve-se ao facto de existir ainda pouco conhecimento sobre a incidência e fatores desencadeantes de problemas de saúde mental (Tang et al., 2020).

O número de casos de COVID-19 aumenta diariamente bem como o número de mortes, pelo que não se consegue prever com precisão quantas pessoas ficarão infetadas pelo vírus em todo o mundo (Xiao, Luo & Xiao, 2020). No entanto, milhões de pessoas permanecem com medo constante pela possibilidade da implicação que a doença terá na sua saúde, pelo risco de vida e perda de rendimento associados (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

Os pacientes que se encontram infetados por COVID-19, internados em UCI ou internados em quartos de isolamento são os que apresentam elevada incidência de dispneia e medo da morte pelo que é provável que essas situações se venham a revelar traumáticas para os mesmos (Horesh & Brown, 2020; Li et al., 2020 cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020).

Os prenunciadores mais assertivos de PSPT após uma epidemia por doença infecciosa são: a característica e o grau de exposição ao trauma psicológico (Xiao, Luo & Xiao, 2020). Estar infetado por COVID-19 ou testemunhar o sofrimento causado pela doença pode resultar numa elevada ocorrência de PSPT (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

Os resultados demonstram que cerca de um em cada quatro adultos acaba por necessitar de serviços de saúde mental durante a pandemia atual (Cooke, Eirich, Racine & Madigan, 2020). Também Asim, van Teijlingen e Sathian (2020) referem a hospitalização por COVID-19 em que o paciente se encontra de quarentena e apresenta risco de vida como fator de risco para o desenvolvimento de PSPT.

Os pensamentos negativos dos pacientes acerca dos seus próprios pensamentos, como por exemplo "não consigo controlar o meu pensamento" são um fator relevante associado ao desenvolvimento de sintomas de PSPT, desse modo, diminuir pensamentos disfuncionais,

investindo no aumento da capacidade dos indivíduos de minorar a sua preocupação e ruminação poderá ser uma ferramenta relevante durante as pandemias, apontando-se assim as metacognições negativas como alvo de possível enfoque e tratamento (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Pessoas com COVID-19 encontram-se mais vulneráveis para sofrer estigmatização e rejeição, o que pode aumentar o risco de desenvolver stress pós-traumático (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020), contudo, no estudo de Johnson, Ebrahimi e Hoffart (2020), as questões interpessoais não foram significativamente associadas aos sintomas de PSPT.

Asim, van Teijlingen e Sathian (2020) refere uma meta-análise recente sobre apresentações psiquiátricas de pacientes com infeções graves por coronavírus que mostrou prevalência pontual de PSPT (32,2%), depressão (14,9%) e transtornos de ansiedade (14,8%). Para (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020) são fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT:

- A morte de familiares ou pessoas próximas consequente à infeção por COVID-19;
- As pessoas mais carenciadas, possuindo menos recursos, podem vivenciar situações adversas com maior frequência;
- As mulheres são mais propensas ao desenvolvimento de PSPT quando comparadas com os homens.

Já (Xiao, Luo & Xiao, 2020) aponta como sendo os grupos com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de PSPT:

- As mulheres;
- Os idosos;
- As crianças;
- Pessoas com menor escolaridade;
- Pessoas com baixo rendimento.

Asim, van Teijlingen e Sathian (2020), na sua revisão da literatura, refere que os autores sugeriram que a maior taxa de sintomas foi em parte atribuída à quarentena do hospital, que dura semanas, impedindo o contato social com a família e amigos.

Liu et al. (2020, cit. por Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020) no seu estudo com 285 pacientes adultos de Wuhan, China, obtiveram uma baixa prevalência de sintomas de PTSD relacionados à COVID-19 (7%). Da mesma forma, Sun et al. (2020, cit. por Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020) no seu estudo com 2091 participantes, revelaram uma prevalência também baixa de sintomas de stress pós-traumático (4,6%).

Pelo contrário, um estudo transversal, realizado pela internet em Itália relativo à COVID-19 identificou uma maior prevalência de sintomas de PTSD (29,5%) (Forte et al., 2020 cit. por Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020). Outro estudo transversal com 950 pessoas colocadas em quarentena devido à COVID-19 sugeriu que a quarentena resultou em sofrimento psicológico e PSPT que persistiu mesmo após o término da quarentena (Fawaz & Samaha, 2020 cit. por Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020).

Desse modo, sendo esperados elevados níveis de stress decorrentes da COVID-19 em todo o mundo, mudanças governamentais serão fulcrais no sentido de criar meios para diminuir o stress das populações, como apoios de carácter habitacional, garantir creches para quem tem crianças em idade pré-escolar, criação de programas no sentido de prevenir, intervir na redução do stress das populações tendo em atenção a alimentação correta, a manutenção da atividade física e de hábitos de sono saudáveis (Cooke et al., 2020).

Tendo por base as considerações do enorme e progressivo número de pessoas com COVID-19, torna-se prioritária a criação e providência de serviços de saúde mental no sentido de prevenir PSPT quer para sobreviventes de COVID-19 quer para aqueles que ao novo vírus estão expostos (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

A exposição continuada ao stress pode ainda intensificar problemas de saúde crónicos, elevando as despesas em saúde (McEwen, 2000 cit. por Cooke et al., 2020) Dessa forma, aos serviços de saúde deve ser dada especial atenção.

São perentórios estudos longitudinais relativos à pandemia por COVID-19 no sentido de estudar o aumento dos níveis de stress de modo a perceber se são sustentados e se aumentam ou diminuem ao longo do tempo (Pierce et al., 2020, cit. por Cooke et al., 2020).

São ainda necessários estudos referentes a áreas geográficas distintas, com diversos níveis de gravidade de exposição à doença e variedade de estratégias de mitigação (por exemplo, o fecho das escolas) (Cooke et al., 2020).

2.2.2 Fatores de proteção da Perturbação de Stress Pós-Traumático

Segundo Xiao, Luo e Xiao (2020), os indivíduos com transtornos mentais e somáticos crónicos, personalidade neurótica, que não se encontram integrados na sociedade e

carecem de apoio social, apresentam-se como possíveis fatores de proteção para o desenvolvimento de PTSD.

Por sua vez, Jiang et al. (2020, cit. por Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020), no seu estudo realizado na China, referem que as pessoas mais velhas apresentaram menor percepção de stress pós-traumático quando comparadas com os jovens após infeção por COVID-19.

Intervenções acerca da metacognição negativa, preocupação, ansiedade e depressão poderão conduzir à atenuação da sintomatologia da PSPT, contudo, faltam ainda estudos dessas intervenções, avaliando a antecedência temporal, crucial na identificação das causas e divulgação de tratamentos (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

2.2.3 Os profissionais de saúde e a COVID-19

Com a evolução da pandemia, enormes desafios têm surgido para os sistemas de saúde de todos os países. Entre os 49.370 casos de COVID-19 notificados ao CDC entre 12 de fevereiro a 9 de abril de 2020, de todos os estados dos EUA, 9282 desses casos (19 %) foram relativos a profissionais de saúde (Chowdhury & Oommen, 2020). Na China, mais de 3300 profissionais de saúde foram afetados e muitos morreram (Chowdhury & Oommen, 2020). A maioria dos profissionais de saúde afetados pela COVID-19 (90%) não necessitou de hospitalização, no entanto, foram notificadas 27 mortes; esses dados refletem a necessidade de proteger os profissionais de saúde na atual pandemia, dado que são a população que apresenta maior risco de adquirir a doença (Chowdhury & Oommen, 2020).

Os estudos de Lai et al. e Tan et al. (2020 cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020) revelam que os profissionais de saúde da linha de frente apresentam risco particularmente acrescido de desenvolver problemas de saúde mental.

No caso de surtos anteriores, nomeadamente a SARS, o stress psicológico, sentimentos como o medo, a ansiedade, a depressão, sintomas psicológicos, sintomas pós-traumáticos e a diminuição do bem-estar geral foram observados nos profissionais mas foram surgindo de forma gradual nas equipas de emergência (Mukhtar, 2020). Também Tang et al. (2020) referem estudos relativos á epidemia de 2003 por SARS que demonstram que durante a epidemia, grupos distintos de pessoas, desde o público em geral até aos profissionais de saúde, desenvolveram variados tipos de problemas psicológicos, como o medo e a preocupação (Loh et al., 2005; Mihashi et al., 2009 cit. por Tang et al., 2020), PSPT e

depressão (Chen et al., 2006 cit. por Tang et al., 2020). Questões como o isolamento, o desempenho de tarefas de alto risco em contexto laboral e o contato direto com pacientes infetados por COVID-19, podem no contexto atual tornar-se fatores que propiciam o desenvolvimento de problemas de saúde mental em enfermeiros que trabalham em serviços de emergência (Mukhtar, 2020). Mukhtar (2020) refere ainda que se o suporte for inexistente ou ineficaz, a intensa vivência de uma doença infecciosa pandémica pode ter impacto de curto a longo prazo na saúde mental dos profissionais. Como forma de suporte, no Paquistão, o governo fez várias tentativas para reduzir a pressão sobre as equipas, reduzindo a carga de trabalho, implementando um sistema de trabalho por turnos, admitindo mais pessoal para diminuir a pressão de trabalho, providenciou medidas de controlo de infeção e equipamentos de proteção individual (Mukhtar, 2020).

Estudos realizados demonstraram que os profissionais de saúde apresentam elevados níveis de stress, podendo mesmo atingir o esgotamento; estando o *burnout* associado ao desenvolvimento de PSPT, torna-se importante estudar a associação entre o stress, o esgotamento e os sintomas de PSPT (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Uma vez que nas pandemias a pressão para tomar decisões é especialmente elevada, por força dos incidentes por ela causados, revela-se uma prioridade atuar na proteção dos trabalhadores dos setores público e governamental contra a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão dado estarem associados a diminuição das funções cognitivas, levando a desfechos menos positivos nas pandemias (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). Uma vez que os médicos e enfermeiros tomam constantemente decisões que envolvem vida ou morte, essas decisões implicam integridade cognitiva; no caso dos profissionais que apresentam sintomas de depressão e ansiedade essas funções poderão ficar comprometidas, pelo que se deve cuidar destes profissionais para que recebam o melhor tratamento possível, sobretudo durante a conjuntura atual (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

2.2.4 Fatores de risco da Perturbação de Stress Pós-Traumático

Para Asim, van Teijlingen e Sathian (2020), a probabilidade de ocorrer PSPT no indivíduo está associada á forma como a pessoa lida com a situação traumática na sua fase inicial, á intensidade com que é memorizado o acontecimento, á forma como a pessoa lida com a

situação e a sua percepção de segurança e apoio social. Estudos relacionais demonstram que situações traumáticas que aconteceram no passado representam risco para a ocorrência de PSPT no futuro (Arpacioglu, Gurler & Cakiroglu, 2020). Com o objetivo de identificar pessoas que possam estar em risco de desenvolver PSPT, é importante identificar os fatores que favorecem o desenvolvimento do PSPT (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). Segundo estudos atuais, profissionais de saúde da linha de frente que contactam com pacientes infectados por COVID-19 apresentam risco acrescido de desenvolver problemas de saúde mental como stress, insónia, depressão e ansiedade (Asim, van Teijlingen, & Sathian, 2020). A evidência obtida nas últimas décadas revela que elevados níveis de stress propiciam o desenvolvimento de comorbidades de carácter de saúde mental, como a ansiedade, a depressão ou o uso de substâncias (Conde et al., 2019 cit. por Cooke, Eirich, Racine & Madigan, 2020).

Para além das dificuldades inerentes ao seu exercício profissional, o receio de infetar familiares e pessoas próximas levou à responsabilidade acrescida e sobrecarga psicológica pela tentativa de afastamento por meio da procura de outro sítio para viverem durante este período (Lai et al., 2020; Xiang et al., 2020 cit. por Arpacioglu, Gurler e Cakiroglu 2020). O estudo de Arpacioglu, Gurler e Cakiroglu (2020) teve como objetivo estudar as diferenças nos traumas secundários vivenciados pelo público em geral e pelos profissionais de saúde que trabalharam na linha da frente; uma vez que existe ainda escassez de estudos acerca dos traumas secundários em profissionais de saúde, os seus resultados têm como objetivo perceber o reconhecimento preliminar, identificar fatores de risco e prevenção dos traumas secundários nos profissionais de saúde. O contacto, no seu local de trabalho, com pacientes que apresentam traumas anteriores, propicia a aquisição de traumas secundários (Collins & Long, 2003 cit. por Arpacioglu, Gurler, & Cakiroglu, 2020). Como consequência desses traumas, os profissionais podem apresentar perda de apetite, privação de sono, cansaço, raiva, apatia e desesperança, segundo o estudo de Creighton et al. (2018 cit. por Arpacioglu, Gurler, & Cakiroglu, 2020). A traumatização secundária poderá ocorrer pela velocidade da disseminação da COVID-19 entre indivíduos, pelo elevado grau de exposição, exacerbando a noção de perigo e pelo risco de morte associado (Chen et al., 2020; Lai et al., 2020; Wang et al., 2020 cit. por Arpacioglu, Gurler & Cakiroglu, 2020).

Raudenska et al. (2020) na sua pesquisa encontraram estudos que identificaram fatores associados a repercussões na saúde mental dos profissionais de saúde, com aumento do cansaço físico e emocional, ansiedade, stress e esgotamento:

- Recursos limitados nos hospitais;
- Exposição ao vírus como um risco ocupacional adicional;
- Realização de turnos de trabalho longos;
- Perturbação do padrão do sono;
- Equilíbrio da vida profissional;
- Deveres profissionais para com o paciente contrapondo com o medo de exposição aos membros da família;
- Negligência do autocuidado e familiar provocados pelo aumento da carga de trabalho;
- Carência de comunicação e informação atualizada.

Os profissionais de saúde que laboram sem o EPI apropriado em serviços de isolamento para pacientes com COVID-19 bem como aqueles que vivenciaram a morte de colegas por COVID-19 apresentam maior suscetibilidade para desenvolver PSPT (Asim, van Teijlingen e Sathian, 2020).

Arpacioglu, Gurler e Cakiroglu (2020) na análise do seu estudo, encontrou os seguintes fatores de risco independentes para traumatização secundária ($p < 0,05$):

- O género;
- A idade;
- Níveis de ansiedade e depressão;
- Ansiedade em relação á COVID-19;
- História prévia de trauma.

Os resultados de Johnson, Ebrahimi, e Hoffart (2020) vão de encontro á literatura, relativamente ao risco de apresentar maior sintomatologia de PSPT:

- Ter diagnóstico psiquiátrico previamente atribuído;
- Ter níveis elevados de sintomas de ansiedade e depressão.

Relativamente aos profissionais de saúde, os fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental são (Chan, 2003; Chen et al., 2020; Lai et al., 2020; Zhang & Ma, 2020 cit. por Arpacioglu, Gurler & Cakiroglu, 2020):

- Ser do sexo feminino;
- Contactar no local de trabalho com pacientes com COVID-19;
- Ser enfermeiro;

- Realizar turnos de trabalho longos, com contacto próximo e frequente com os pacientes.

Segundo Arpacioğlu, Gurler e Cakiroğlu (2020) os fatores relacionados a traumatização secundária elevada nos profissionais de saúde são:

- Ser mulher;
- Estar nos primeiros anos de trabalho;
- Viver com um dos pais;
- Apresentar doença crónica;
- Apresentar traumas prévios;
- Uso elevado de redes sociais.

Também Restauri e Sheridan (2020) referem um artigo recente que descreve oito fontes específicas de ansiedade nos profissionais de saúde referentes à epidemia COVID-19, uma vez que não estão normalmente presentes no ambiente de trabalho, são fatores que favorecem o desenvolvimento de *burnout* ou PSPT:

- Acesso a equipamentos de proteção individual adequados;
- Exposição a COVID-19 no trabalho transpondo a infeção para o domicílio e familiares;
- Falta de acesso a testes e medo de propagação da infeção no trabalho;
- Incerteza de que a equipa médica conseguirá prestar cuidados e garantir as necessidades pessoais dela própria caso sejam infetados;
- Acesso aos cuidados das crianças, por aumento das horas de trabalho e encerramento de escolas;
- Falta de suporte para necessidades pessoais e familiares com o aumento da demanda de trabalho;
- Ser capaz de prestar cuidados de forma eficiente no caso de ser movido para outra área de trabalho;
- Falta de acesso a informação atualizada.

Quanto aos sinais de ansiedade e depressão, são fatores de risco o medo de estar infetado e infetar os familiares; o aumento da carga laboral; a escassez de material; perda de suporte social (Chua et al., 2004; Lai et al., 2020; Wong et al., 2005 cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020). Assim, durante as pandemias, ter sintomatologia associada á

ansiedade e depressão pode apresentar-se como um fator de predisposição para a ocorrência de PSPT (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Com a perspectiva da pandemia COVID-19, a sensação de segurança para os profissionais de saúde pode ser cada vez menor. Os seguintes fatores podem contribuir para o baixo senso de segurança (Nowicki et al., 2020):

- Contacto próximo com pacientes infetados ou suspeitos;
- Escassez de equipamentos de proteção individual;
- Falta de conhecimento e formação relativamente ao novo coronavírus;
- Falta de informação acerca do vírus e dos procedimentos necessários para cuidar de um paciente com COVID-19.

A sensação de segurança também pode ser influenciada por eventos que não estão diretamente relacionados com o atendimento ao paciente, mas são consequências do ambiente em que a pessoa trabalha, por exemplo, medo de estigmatização, medo de infetar entes queridos ou incerteza sobre o rumo da epidemia e as consequências do isolamento social imposto. A sensação de segurança durante uma pandemia também é reforçada por um ambiente de trabalho bem preparado, especialmente no caso dos profissionais de saúde (Nowicki et al., 2020). Nowicki et al. (2020) referem estudos relativos a equipas médicas da América Latina em que os profissionais de saúde tiveram acesso limitado a equipamentos de proteção individual e apoio das autoridades de saúde durante a pandemia COVID-19, tendo afetado o seu senso de segurança.

É necessário especial enfoque nos profissionais de saúde que se encontram em ambientes de risco elevado como é o caso de hospitais, instituições com pacientes em quarentena, lares de idosos e de cuidados continuados, uma vez que o conhecimento acerca do impacto psicológico da COVID-19 em pacientes, cuidadores e profissionais de saúde é ainda limitado (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020). Esperando-se elevados níveis de stress durante a pandemia atual, são motivo de atenção as consequências que dela advirão a longo prazo (Cooke, Eirich, Racine & Madigan, 2020). Embora as atenções estejam, em todo o mundo, voltadas para a tentativa de contenção da epidemia e o cuidado direto aos pacientes com COVID-19, deve ser dada atenção á necessidade de intervenção precoce e prevenção de PSPT entre as populações afetadas (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

2.2.5 Intervenções direcionadas à Perturbação de Stress Pós-Traumático

Algumas das estratégias passam pela educação em saúde, intervenção precoce, apoio psicossocial e aconselhamento para a população em geral, psicoterapias e tratamentos farmacológicos para os grupos mais vulneráveis ou de alto risco (Xiao, Luo & Xiao, 2020), contudo, serão necessários estudos sistemáticos e com planeamento e avaliação rigorosa dos resultados, desenvolvimento de estratégias e modelos de prevenção da PSPT para indivíduos afetados por epidemias de doenças infecciosas. Sendo a preocupação um fator de manutenção central em psicopatologia, os governos devem atuar especificamente no sentido de diminuir a preocupação das pessoas durante as pandemias, fornecendo informação sobre as cadeias de transmissão viral e diminuindo a incerteza relativamente ao desemprego e à economia (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). Um estudo recente sobre a pandemia por COVID-19, demonstrou que providenciar informação pertinente sobre depressão e ansiedade foi benéfica para as pessoas (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). A preocupação com o emprego e o fator económico, a ansiedade relativamente à saúde foram fortemente associados ao desenvolvimento de sintomas de PSPT, demonstrando assim que estas áreas são prováveis alvos de intervenção e que abordar estes temas se torna pertinente e indutor de ganhos em saúde (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

2.3. Evidência sobre stress pós-traumático em profissionais de saúde

A PSPT é um transtorno mental comum desencadeado por um trauma psicológico significativo, podendo culminar em sofrimento grave e incapacidade para o indivíduo (Xiao, Luo & Xiao, 2020). Estudos de meta-análise atuais revelam níveis consideráveis de stress pós-traumático (26,2%) e psicológico (23,1%) associados à COVID-19 (Cooke, Eirich, Racine & Madigan, 2020).

A PSPT tem como consequência o sofrimento clinicamente evidente ou até perda do funcionamento social e ocupacional. Os dados epidemiológicos demonstram que em média, o tempo de remissão da PSPT é de 36 meses para as pessoas que solicitam acompanhamento para qualquer problema de saúde mental (não exclusivamente para a PSPT) e por volta de 64 meses para aqueles que nunca solicitaram ajuda para um problema

de saúde mental. Cerca de um terço das pessoas diagnosticadas com PSPT acabaram por ter uma trajetória crónica (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

Mundialmente, o cuidado ao paciente com COVID-19 bem como a tentativa de controlo da pandemia são os focos principais, contudo, vários estudos remetem para a necessidade de uma intervenção precoce para a prevenção de PSPT entre os sobreviventes da COVID-19, os seus familiares, os profissionais de saúde e outros profissionais da linha da frente (Xiao, Luo & Xiao, 2020).

Pesquisas recentes demonstram que a pandemia por COVID-19 pode desencadear diversos efeitos psicológicos, como a ansiedade, o medo, a depressão e stress nas pessoas, especialmente nos profissionais de saúde com traumatização secundária durante a pandemia (Ahmed et al., 2020; Bao et al., 2020; Deng & Peng, 2020 cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020). Um estudo transversal com 563 participantes foi realizado, dos quais 251 eram profissionais de saúde. Como resultado, os que prestam cuidados a pacientes com COVID-19 apresentam níveis de traumatização secundária mais elevados, o que nos leva a crer que trabalhar como profissional de saúde na linha da frente se apresenta como dado importante para o risco de ocorrência de problemas de saúde mental, pelo que não se pode prescindir de uma avaliação primária da saúde mental dos profissionais de saúde da linha da frente (Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020).

Ettman et al. (2020 cit. por Chang & Park, 2020) em relação a outros transtornos psicológicos em pacientes com COVID-19, selecionou 1441 participantes dos quais 27,8% apresentavam sintomas de depressão, em comparação com 8,5% antes da COVID-19. Além disso, Salari et al. (2020 cit. por Chang & Park, 2020) realizaram uma meta-análise para avaliar a prevalência de vários transtornos psicológicos durante a pandemia de COVID-19 e relataram que a prevalência de stress, foi de 29,6%, de ansiedade 31,9% e de depressão 33,7%.

Fekih-Romdhane et al. (2020 cit. por Chang & Park, 2020), em abril de 2020 investigaram a prevalência de PSPT em 603 indivíduos da Tunísia, durante a pandemia COVID-19: como resultado obtiveram 33% dos participantes com PSPT. Liu et al. (2020 cit. por Chang & Park, 2020), encontraram resultados similares no seu estudo, ao avaliar a incidência de PSPT em 898 adultos americanos jovens entre abril e maio de 2020, obtendo uma percentagem de 31,8%. Forte et al. (2020 cit. por Chang & Park, 2020) investigaram também a presença de PSPT em 2286 italianos durante a COVID-19 em Itália e verificaram que a prevalência de PSPT era de 29,5%.

2.3.1 Evidência de stress pós-traumático nas pessoas com COVID-19

Um estudo referente às consequências psiquiátricas a longo prazo entre os sobreviventes da SARS revelou que a PSPT foi a patologia de longo prazo mais comum. A proporção cumulativa de pacientes com PSPT foi de 47,8%, enquanto que 25,5% continuaram a atender aos critérios de PSPT 30 meses após a SARS (Mak et. al, 2009 cit por Xiao, Luo & Xiao, 2020). Após o surto de SARS em 2003, a prevalência de PSPT em sobreviventes de SARS foi de 9,8% na fase inicial de recuperação (Fang, Zhe, & Shuran, 2004 cit. por Bo et al., 2020) e 25,6% na avaliação 30 meses após a infecção por SARS (Mak et. al, 2009 cit. por Bo et al., 2020). Park et al. (2020), realizaram um estudo com 63 pacientes coreanos que sobreviveram á infecção por MERS, em que 42,9% desenvolveram PSPT um ano após a total recuperação da doença. O risco de PSPT nos sobreviventes (não tendo em conta a gravidade de infecção) foi considerável nos pacientes que apresentavam elevados níveis de percepção de estigma social quando comparados com aqueles que apresentavam níveis elevados de ansiedade ou pacientes com infecção ativa (Chang & Park, 2020). Contrariamente aos resultados do estudo de Fang e Mak, os resultados do estudo de Bo et al. (2020) foram significativamente superiores, podendo dever-se a diferentes diagnósticos clínicos e estádios da doença (pacientes internados com COVID-19 clinicamente estáveis ou sobreviventes de SARS) e diferentes instrumentos de medida (autorrelato sobre sintomas de stress pós-traumático associados á COVID-19 ou diagnóstico clínico de PSPT atribuído por profissionais). Noutro estudo realizado com pacientes chineses infetados por SARS, após 4 anos, 42% apresentavam PSPT. A ocorrência de PSPT após infecção por COVID-19 revelou ser inferior (20%), quando comparado com a MERS ou SARS. O referido valor pode ser explicado pela diferença de tempo ocorrido entre o surto e a realização da investigação ou pela baixa taxa de mortalidade em pacientes com COVID-19 (entre 2 a 5%) (Chang & Park, 2020).

Segundo Chang e Park (2020) o risco de desenvolver PSPT em pacientes com COVID-19 é moderado, nomeadamente nos pacientes que apresentaram recuperação total após a alta, pelo que a identificação da PSPT através de investigação e busca de tratamento adequado é indispensável, no seu estudo, a PSPT foi prevalente em 20,3% dos pacientes com COVID-19 que receberam alta hospitalar após uma recuperação completa após o tratamento. Chang e

Park (2020) demonstraram ainda que cerca de 20% dos pacientes infetados com SARS-CoV-2 tiveram como desfecho o internamento, revelando que o tempo de internamento, o sexo, a idade, e o tempo decorrido entre a alta e a realização da entrevista não estiveram relacionados com o desenvolvimento de PSPT. Bo et al. (2020) no seu estudo com 714 pacientes com COVID-19, a idade média dos participantes foi de $50,2 \pm 12,9$ anos, os homens corresponderam a 49,1% da amostra e 25,8% viviam sozinhos antes do internamento, a prevalência de sintomas de stress pós-traumático associados á COVID-19 foi de 96,2%.

A maioria dos pacientes com COVID-19 apresentava sintomas de stress pós-traumático significativos associados à doença antes da alta, o que pode levar a resultados negativos, como menor qualidade de vida e diminuição do desempenho no trabalho (Bo et al., 2020). Metade dos participantes do estudo, 49,8% descreveu os serviços psicoeducativos como sendo importantes, contudo, consideram que o seu estudo foi o primeiro no estudo da prevalência de sintomas de stress pós-traumático em pacientes com COVID-19 (Bo et al. 2020).

Pesquisa neurocientífica recente mostrou que as reduções de densidade sináptica e alterações no volume de trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de depressão e PSPT (Holmes et al., 2019 cit. por Li et al., 2020), e a alta sensibilidade à ansiedade tende a formar representações essenciais, que por sua vez podem aumentar a gravidade da PSPT (Matsumoto & Kawaguchi, 2020 cit. por Li et al., 2020).

Pessoas com altos níveis de stress podem ter dificuldade para se abstrair, sentir-se agitadas, impacientes ou facilmente perturbáveis (Lee, 2019 cit. por Li et al., 2020), influenciando negativamente e predispondo sintomas de PSPT (Harik et al., 2017 cit. por Li et al., 2020).

2.3.2 Evidência de stress pós-traumático nos profissionais de saúde

Uma revisão sistemática acerca das consequências psicológicas de surtos de doenças infecciosas (após o surto de SARS de 2003, o surto de H1N1 em 2009 e a exposição ocupacional ao HIV) indica que a prevalência média de PSPT entre os profissionais de saúde foi de cerca de 21%, de entre os quais 40% descreveram sintomas consistentemente elevados de PSPT 3 anos após a exposição (Xiao, Luo & Xiao, 2020). Durante a MERS, Ébola,

entre outras doenças infecciosas, os profissionais de saúde apresentaram um elevado número de sintomas de stress pós-traumático (Xiao, Luo & Xiao, 2020 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Durante o surto de SARS em 2003, somente 10% dos médicos num hospital de Pequim (Wu et al., 2009 cit. por Li et al., 2020) e 11% dos enfermeiros em Taiwan descreveram sintomas de PSPT (Che et al., 2005 cit. por Li et al., 2020). Durante a referida epidemia, um estudo descreve que os profissionais de saúde que apresentaram sintomas relacionados á PSPT níveis de stress mais elevados (Gardner & Moallem, 2015 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Estudos recentes demonstram que, durante o surto de influenza A (H1N1), os níveis de resiliência tiveram uma influência direta na saúde mental dos profissionais de saúde (Aiello et al., 2011 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Num estudo referente á Ébola, os sintomas de PSPT também foram significativamente maiores entre os profissionais de saúde expostos do que o grupo de controlo, nomeadamente técnicos, enfermeiros e médicos. (Vyas et al., 2016 cit. por Xiao, Luo & Xiao, 2020).

Durante a pandemia COVID-19, os profissionais de saúde e os prestadores de serviços públicos apresentam níveis especialmente elevados de sintomas de PSPT, ansiedade e depressão. Sendo que, na análise do efeito do contacto direto com doentes infetados com COVID-19 e os que trabalham indiretamente com esses pacientes infetados apresentam níveis muito mais elevados de sintomas de PSPT e depressão quando comparados com os que trabalham indiretamente com esses pacientes (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Wang et al. (2020, cit. por Chang & Park, 2020) avaliaram 202 enfermeiros que trabalharam diretamente com pacientes com COVID-19 em Hubei na China, e concluíram que 16,8% deles apresentavam PSPT. No estudo de Johnson, Ebrahimi e Hoffart (2020), foram avaliados os níveis de sintomas de PSPT, ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde e prestadores de serviços públicos: 28,9% da amostra apresentava sintomas clínicos ou subclínicos de PSPT, 21,2% apresentavam sintomas moderados a graves de depressão e 20,5% descreveram sintomas moderados a graves de ansiedade; entre os profissionais que trabalharam diretamente com pacientes com COVID-19, 36,5% apresentaram sintomas de PSPT quando comparados com aqueles que trabalharam indiretamente (27,3%). Johnson, Ebrahimi e Hoffart (2020) destacam ainda que no seu estudo que os assistentes sociais e enfermeiros apresentaram dos níveis mais elevados de sintomas de PSPT, estando associados a níveis mais elevados de PSPT os seguintes:

- Apresentar diagnóstico psiquiátrico prévio;

- Níveis elevados de ansiedade ($p < 0,001$, correlação parcial=0,25);
- Depressão major ($p < 0,001$, correlação parcial=0,23).

Outros preditores de sintomas de PSPT, segundo Johnson, Ebrahimi e Hoffart (2020) são:

- Preocupação com trabalho e economia ($p < 0,001$, correlação parcial=0,07);
- Metacognições negativas ($p < 0,001$, correlação parcial=0,09);
- *burnout* ($p = 0,001$, correlação parcial=0,05);
- Ansiedade relacionada com a saúde ($p < 0,001$, correlação parcial=0,10);
- Suporte emocional ($p = 0,007$, correlação parcial=-0,04).

Por sua vez, apresentar problemas interpessoais e metacognições positivas não foram associados a sintomas de PSPT (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Um estudo epidemiológico atual, revela uma elevada prevalência de sintomas de PSPT (28,9%), ansiedade (20,5%) e depressão (21,2%) numa amostra de 1773 indivíduos, constituída por dois grupos: profissionais de saúde e prestadores de serviços públicos. Da referida amostra, 178 dos participantes eram médicos (10%), 770 enfermeiros (43,4%), 244 psicólogos clínicos (13,7%) e os restantes 78 eram outros profissionais de saúde (4,4%). Dos participantes do estudo considerados prestadores de serviços públicos incluíam 158 assistentes sociais (8,9%), 37 políticos (2,1%) e 308 de outras profissões (17,4%). A maioria dos participantes eram mulheres (84,7%) e 89,8% tinham ensino superior, 67,3% eram casados ou estavam em união de facto e 51,2% tinham filhos (Li et al., 2020). Contudo, o estudo revelou fraca evidência para a hipótese de que as características demográficas estariam associadas aos sintomas de PSPT. Apesar da fraca evidência previamente relatada, a idade, (apresentar idade superior a 41 anos) revelou ser um fator significativo (Li et al., 2020).

Um estudo realizado durante a COVID-19, usando o questionário DASS-21, em 190 cidades chinesas, avaliou a prevalência e os fatores de risco de PSPT: 28,8%, 16,5% e 8,1% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e stress, respetivamente, referentes á população em geral (Wang et. al, 2020 cit. por Li et al., 2020). Por sua vez, o estudo de Li et al. (2020), revelou uma prevalência muito maior de ansiedade (35,6%), depressão (46,7%) e sintomas de stress (16,0%) entre os profissionais de saúde. O estudo de Lai et al. (2020, cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020), incluindo 1830 profissionais de saúde da linha da frente na China, revelou que cerca de 50,4% apresentou sinais de depressão, 44,6% de ansiedade, 34% de insónia e 71,5% apresentaram sintomas

de aumento de stress. Da mesma forma, o estudo de Tan et al. (2020 cit. por Arpacioğlu, Gurler & Cakiroğlu, 2020), realizado em dois hospitais com pacientes COVID-19 em Singapura concluiu que 14,5% dos 470 profissionais de saúde apresentaram sintomas de ansiedade, 6,6% apresentaram sintomas de depressão.

Heir et al. (2019, cit. por Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020) sugerem ainda que nalguns países ocidentais existe um maior risco de PSPT uma vez que existem grandes expectativas para a vida, o que representa risco e merece atenção pelas potenciais consequências na saúde mental das pessoas no caso de eventos desfavoráveis.

O ambiente de trabalho na atualidade apresenta constantemente desafios e situações inesperadas ou stressantes. Os resultados do estudo de Johnson, Ebrahimi e Hoffart (2020) revelam que um elevado número da amostra apresentava sintomas subclínicos de PSPT (22,5%) dos que trabalhavam diretamente comparativamente com aqueles que trabalhavam indiretamente com pacientes com COVID-19 (16,1%). Assim, trabalhar direta ou indiretamente com pacientes com COVID-19 deve ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de PSPT, sendo essencial uma monitorização apertada dos sintomas subclínicos entre esses profissionais (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Moreno, Velasco, Albuerne e García (2020) tiveram como objetivo avaliar os sintomas de stress pós-traumático, ansiedade, depressão, *burnout* e a resiliência nos profissionais de saúde espanhóis durante a pandemia de COVID-19 bem como avaliar a relação entre cada uma das variáveis de forma independente (demográfica, trabalho, COVID-19, *burnout* e resiliência) e os sintomas de stress pós-traumático, depressão e ansiedade, bem como as variáveis que se revelam mais significativas em cada uma das três categorias (transtornos de stress pós-traumático, ansiedade e depressão). Os resultados revelaram que 56,6% dos profissionais de saúde apresentaram sintomas de PSPT, a prevalência dos transtornos de ansiedade foi de 58,6%, 46% teriam um transtorno depressivo e 41% apresentavam-se emocionalmente esgotados (Moreno, Velasco, Albuerne & García, 2020). Quanto às variáveis demográficas, revelaram que ter formação de ensino superior demonstrou ser uma variável protetora de ansiedade e stress pós-traumático, enquanto que os profissionais com menos estudos apresentaram mais sintomas de stress pós-traumático, o que pode ser explicado pelo facto de que, em cargos de responsabilidade inferior, o controlo sobre os procedimentos e a capacidade de tomada de decisão é menor (Moreno, Velasco, Albuerne & García, 2020).

Alguns autores mostraram que as principais diferenças entre as profissões em relação à sintomatologia avaliada durante a pandemia de COVID-19 se aplicam a enfermeiros e outros profissionais de saúde, tais como médicos:

- Enfermeiros apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão (Pappa et al., 2020 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). As diferenças podem estar associadas ao contato constante desses profissionais com pacientes infectados;
- Ser mulher está associado a maior sintomatologia de stress pós-traumático, ansiedade ou depressão na amostra de profissionais de saúde estudada (tal pode ser explicado pelo elevado número de mulheres em profissões como Enfermagem ou assistentes operacionais (Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020);
- Os profissionais de saúde mais jovens apresentam níveis mais elevados de stress pós-traumático e ansiedade, o que poderá estar relacionado com a menor experiência de trabalho em situações stressantes semelhantes (por exemplo, durante a pandemia atual, a falta de profissionais de saúde exigiu que alunos do último ano ou pessoas com menos experiência tivessem de trabalhar para dar resposta aos pacientes com COVID-19) (Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020).

De acordo com Arrieta e Gaviña (2019 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020), nos transtornos de humor, existe alta prevalência de mulheres em relação aos homens, por exemplo, as mulheres apresentam mais ruminação e existem diferenças hormonais que poderão explicar esses resultados.

Relativamente aos turnos, os noturnos e vespertinos-noturnos apresentaram relação com o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020), mas os turnos noturnos foram também relacionados com o desenvolvimento de problemas gastrointestinais, problemas hormonais e alterações de humor e cognitivas, entre outros (Costa et al., 2020, cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Foi encontrada ainda relação entre o número de turnos noturnos realizados e maior risco de desenvolver sintomas de depressão (Lee et al., 2017 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Perante os dados obtidos, é aconselhado que os horários de descanso dos profissionais de saúde sejam mantidos e respeitados (Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020).

O contato com pessoas que podem estar infectadas é um fator de risco para o contágio iminente entre os profissionais de saúde, na sequência do elevado nível de transmissão da

doença (Guo et al., 2020, cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020). Alguns profissionais de saúde viram-se confrontados com a necessidade de saírem das suas casas, mudando temporariamente de residência pela possibilidade de serem vetores da infeção para os familiares, tal facto pode levar ao desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático, ansiedade ou depressão, de acordo com Moreno, Velasco, Albuérne e García (2020).

Os profissionais de saúde necessitam de equipamentos de proteção individual para o combate à doença, sendo essencial no exercício das tarefas inerentes à sua profissão para prestar cuidados diretos a pacientes com COVID-19. Aqueles que dispõem de EPI apresentam menos sintomas de stress pós-traumático, ansiedade ou depressão (OMS, 2020 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020).

No estudo de Moreno, Velasco, Albuérne e García (2020), as variáveis protetoras para o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático foram:

- Ser homem;
- Ser médico;
- Viver em união de facto (não casado);
- Trabalhar em “outro cargo” (categoria composta principalmente por farmacêuticos e psicólogos);
- Ter equipamentos de proteção no trabalho;
- Não se preocupar em infetar as pessoas com quem convive;
- Não morar sozinho;
- No caso das mulheres, a realização pessoal desempenhou um fator protetor do stress pós-traumático, ansiedade e depressão (nos homens tal não se verifica).

O aumento de sintomatologia de PSPT nas populações, na fase posterior às pandemias, indica que esta problemática deve ser motivo evidente de preocupação, pelo que nos tempos que se seguem dever-se-á avaliar o nível de sintomas da PSPT da população em geral, com enfoque nos profissionais de saúde.

2.3.3 Evidência de intervenções direcionadas para o stress pós-traumático

Não se sabe concretamente por quanto tempo os sintomas de PSPT podem persistir ou desenvolver-se no futuro, mas o nível de exposição, enquanto fator para o desenvolvimento de sintomas de PSPT deve ser estudado. Estudos futuros devem analisar de que modo os sintomas de PSPT entre os profissionais de saúde mudam ao longo do tempo e que medidas preventivas devem ser tomadas no sentido de preservar a saúde mental dos profissionais de saúde que lidam com surtos de doenças infecciosas e a eficácia dos programas de intervenção aplicados (Li et al., 2020).

Intervenções no sentido de monitorizar e diminuir a PSPT, a ansiedade e a depressão nos profissionais de saúde que trabalham na linha da frente da pandemia devem ser uma prioridade dado o papel social imprescindível que representam (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020).

Vários estudos têm sugerido medidas para promover a resiliência dos profissionais durante a pandemia COVID-19, como fornecer acompanhamento e apoio psicológico aos profissionais de saúde para que eles possam cuidar dos pacientes e encorajar o apoio dentro da própria organização através do pessoal e da comunicação (Etkind et al., 2020 cit. por Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020).

Dado que a resiliência se apresenta como um possível fator de proteção da PSPT, ansiedade e depressão, destaca-se a necessidade promover a resiliência entre os profissionais de saúde (Moreno, Velasco, Albuérne & García, 2020).

Portanto, além do profundo estudo da doença, sugere-se que a formação acerca das questões de saúde mental e diagnósticos de saúde mental são essenciais para o bem-estar dos profissionais de saúde no combate à COVID-19. Além disso, os administradores de saúde devem melhorar o ambiente de trabalho (por exemplo, redução das horas de trabalho, fornecimento de atividades de lazer e espaços de descanso (Angehrn et al., 2020 cit. por Li et al., 2020) e fornecer recursos suficientes, como providenciar um serviço de aconselhamento de saúde mental e equipamento de proteção individual suficiente e apropriado (Zhang et al., 2020; Robertson et al., 2004 cit. por Li et al., 2020) durante a pandemia, de modo a reduzir efetivamente a ansiedade, a depressão e o stress.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para Sousa (2012, p.35) *“(...) a investigação científica permite-nos desenvolver, descobrir e criar conhecimentos de modo a dar resposta às questões do investigador. Desta forma, numa profissão, a investigação visa criar uma base científica, afirmando desta forma a sua credibilidade.”*

Fortin (1999, p. 372), define metodologia como “o conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Nesta segunda parte está contemplado todo o processo metodológico que orientou a elaboração do estudo. O ponto de partida foi a questão de investigação, que, uma vez definida, levou á conceção dos objetivos do estudo, permitindo definir o tipo de estudo; a população-alvo ou amostra foi escolhida tendo em consideração os critérios de inclusão/exclusão para a participação no estudo; foram definidos os instrumentos de recolha de dados, tendo em atenção os procedimentos legais e éticos; por fim, procedeu-se á análise dos dados obtidos.

1.1 Questão de investigação

“As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação.” (Talbot in Fortin 2006, cit. por Sousa, 2012). Para Sousa (2012), *“são enunciados interrogativos escritos no presente, incluem uma ou duas variáveis e a população em estudo.”*

Também Quivy e Campenhoudt (2005) defendem que uma questão de partida deverá obedecer a três requisitos fundamentais: a clareza, a exequibilidade e a pertinência, sendo que a sua concretização conduz a investigação de forma estruturada.

Desta forma, foi inicialmente delineada a seguinte questão de partida:

Em que medida a ocorrência de diagnóstico de stress pós-traumático e o posterior crescimento pós-traumático nos profissionais de saúde podem variar de acordo com o tipo

de isolamento a que estiveram sujeitos e a presença de comorbilidades pré-existentes à infecção pelo SARS-CoV-2?

1.2 Objetivos do estudo

“O objetivo enuncia claramente o que o investigador pretende investigar. É um enunciado declarativo que precisa das variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação. Atribui ainda níveis de investigação, consoante a finalidade da mesma.” (Fortin, 2006 cit. por Sousa, 2012).

O objetivo deste estudo foi compreender de que modo a presença e gravidade dos sintomas de stress pós-traumático nos profissionais de saúde podem variar em função da forma como vivenciam o isolamento mas também da presença de comorbilidades pré-existentes ou que aparecem após a infecção pelo SARS-CoV-2. Assim, foram definidos como objetivos do estudo:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- Avaliar a presença de diagnóstico clínico de stress pós-traumático em profissionais após infecção pelo SARS-CoV-2;
- Identificar a existência de comorbilidades em profissionais infetados pelo SARS-CoV-2;
- Analisar o papel do suporte pessoal e das instituições de saúde na forma como os profissionais desenvolvem o processo de crescimento pessoal após o isolamento por infecção;
- Avaliar o processo de crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico para lidar com a doença;
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que lidam com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2.

1.3 Hipóteses de investigação

Tendo em consideração os objetivos previamente descritos e no sentido de dar resposta à questão de investigação proposta, foram construídas as seguintes hipóteses de investigação:

- **H₁** – Existe uma relação estatisticamente significativa entre a existência de comorbilidade e a sintomatologia de distress;
- **H₂** – Existe uma relação estatisticamente significativa entre a existência de comorbilidade e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático;
- **H₃** – Existe diferença estatisticamente significativa entre a sintomatologia de distress e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático;
- **H₄** – Existe associação estatisticamente significativa entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático;
- **H₅** – Existe associação estatisticamente significativa entre o suporte percebido das instituições de saúde durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

1.4 Variáveis do estudo e as suas dimensões

As variáveis são definidas como sendo qualidades ou características a que são designados valores (Fortin, 2006 cit. por Sousa, 2012). Estas podem ou não ser controladas pelo investigador, de modo a estudar efeitos que possam ter sobre o fenómeno estudado.

Considerando os objetivos propostos para o presente estudo, a questão de investigação e as hipóteses formuladas, foram estabelecidas variáveis. Desse modo, pretendeu-se estudar e explorar relações entre as variáveis em estudo, com o intuito de perceber de que modo se traduzem em efeito no fenómeno em estudo, apurando a sua relevância.

Uma variável independente é aquela que representa uma quantidade que está a ser manipulada, sendo a variável sobre a qual se tem controlo. As variáveis independentes estudadas foram: a) Existência de comorbilidade; b) Suporte social de familiares e amigos durante o isolamento; c) Suporte percebido das instituições de saúde durante o isolamento.

A Sintomatologia de distress apresenta-se como variável complexa uma vez que se decompõe em 9 subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Apresentam-se como variáveis dependentes aquelas que representam uma quantidade, valor esse que depende do modo como a variável independente é manipulada. A variável dependente estudada foi o crescimento pós-traumático através das escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

1.5 Tipo de estudo

Este estudo regeu-se por uma abordagem quantitativa, não experimental. Uma vez que estuda a presença e gravidade dos sintomas de stress pós-traumático nos profissionais de saúde, de que modo estas podem variar em função da forma como vivenciam o isolamento e da presença de comorbilidades pré-existentes ou que aparecem após a infeção pelo SARS-CoV-2, trata-se de uma investigação de carácter descritivo e correlacional. Também Fortin (2003, p. 135) afirma que *“os estudos descritivos fornecem uma descrição dos dados”* e *“os estudos correlacionais servem para examinar a covariação das variáveis e a associação de uma variável com outras variáveis”*. Trata-se ainda de um estudo transversal, uma vez que, relativamente á sua estrutura, as medições das variáveis em estudo foram realizadas uma única vez e num determinado intervalo de tempo, não tendo havido seguimento posterior dos participantes.

1.6 Amostra

Entende-se por população alvo *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”* (Fortin, 2006, cit. por Sousa, 2012), ou seja, os elementos que obedecem aos critérios de seleção definidos inicialmente.

A população acessível é *“constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”* (Fortin, 1999, p. 202).

A amostra trata-se do *“subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* (Fortin, 1999, p. 202).

A inclusão de um grupo de indivíduos como amostra de um estudo de investigação tem origem na sua relação como o problema em estudo. A seleção dos participantes do estudo, torna-se perentória num projeto de investigação científica, uma vez que a concretização dos objetivos inicialmente propostos, depende muito da amostra escolhida. Assim, a escolha dos participantes deve ser efetuada através de critérios de seleção que garantam uma relação próxima dos participantes com o fenómeno que se quer descrever e analisar (Fortin, 1999).

No presente estudo, fizeram parte da população alvo todas as pessoas com mais de 18 anos em Portugal. A população acessível foi aquela que teve acesso e passível de preencher o questionário divulgado na internet entre (3 de janeiro e 28 de março de 2021). A amostra consistiu nos profissionais de saúde que tenham sido infetados pelo vírus SARS-CoV-2 e que estejam em situação de remissão (teste negativo) pelo menos há trinta dias bem como por aqueles que cumpriram isolamento profilático. Considerando as dimensões da população, bem como os recursos disponíveis, materiais e humanos, bem como o fator tempo, não foi possível estudar todos os profissionais de saúde em Portugal, mas sim aqueles que responderam ao questionário, obedecendo aos critérios de inclusão. Desse modo, o grupo de profissionais de saúde selecionado, foi obtido através de técnica de amostragem não probabilística, ou seja, de acordo com os interesses e conveniência da pesquisa. O tipo de amostragem selecionado mostrou-se vantajoso, pela ausência de custos e fácil operacionalização.

1.7 Critérios de inclusão e exclusão

A caracterização da população alvo é realizada pelo investigador. O investigador estabelece critérios de seleção para o estudo, define a amostra e determina o seu tamanho (Fortin, 1999). Os critérios de inclusão do grupo selecionado para o estudo foram:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser profissional de saúde;
- Manifestar disponibilidade para colaborar no estudo, mediante aceitação expressa através do consentimento informado apresentado (anexo I);
- Ter estado infetado por SARS-CoV-2 e em situação de remissão, ou seja, apresentar teste negativo há pelo menos trinta dias ou ter cumprido isolamento profilático.

1.8 Instrumentos de recolha de dados

A utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam a obtenção da informação é fulcral. Num estudo descritivo o investigador deve escolher um método de colheita de dados mais estruturado como o questionário, (Fortin, 1999) que representa “um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos” (Fortin (1999, p. 374). A aplicação de questionários é vantajosa quando consideradas as dimensões tempo e custo, permitindo o enviesamento e a recolha de dados específicos (Fortin, 1999).

A seleção destes instrumentos obedeceu à sua especificidade, adequação aos objetivos do estudo, sensibilidade às características da amostra envolvida e à sua validação para a população portuguesa.

A recolha de dados foi realizada tendo em consideração o protocolo do projeto major, do CINTESIS que é composto por um conjunto de questionários já validados para a realidade portuguesa e cuja utilização foi permitida pelos autores. A explicação do estudo e consentimento informado podem ser consultados no anexo I, a integral apresentação do questionário pode ser consultada nos anexos I a VII. O presente estudo é um subestudo dentro do estudo mais vasto. Assim, analisamos neste estudo os dados recolhidos através dos seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico (com questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica) (Anexo II);
- Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático - *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) (Anexo IV);
- Inventário de sintomas psicopatológicos - *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Anexo VII).

Questionário sociodemográfico

A aplicação deste questionário teve como objetivo a recolha de dados sociodemográficos, apresentando questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica de modo a poder selecionar os profissionais de saúde. Assim, este questionário sociodemográfico e clínico foi criado visando os objetivos da investigação, as variáveis metodológicas e a revisão da literatura efetuada primariamente. Através das variáveis de caracterização pretendeu-se chegar até à amostra, os profissionais de saúde que estiveram infetados por SARS-CoV-2. As

variáveis foram abordadas através da colocação de perguntas do tipo abertas e fechadas de resposta única ou múltipla.

Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático

O Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático, em inglês *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), de Tedeschi & Calhoun (1996), versão portuguesa, é um questionário de autorresposta, que tem como objetivo avaliar a ocorrência de mudanças psicológicas positivas na sequência de esforços no sentido de lidar com acontecimentos de vida adversos. Possui 21 itens, com respostas possíveis entre uma escala que vai desde 0 “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento adverso” a 5 “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento adverso”. Quanto às dimensões avaliadas, são 4, de acordo com a versão portuguesa (Silva & Canavarro, 2009):

- Percepção de recursos e competências pessoais – 6 itens que englobam aprendizagens e mudanças positivas na percepção de si mesmo e dos seus recursos e competências, visando a auto-percepção de competência e auto-suficiência na resiliência face à adversidade bem como capacidade de aceitação de resultados negativos.
- Novas possibilidades e valorização da vida – 6 itens que traduzem mudanças relacionadas com uma nova conceptualização de vida, manifestando-se numa maior valorização e apreciação da vida, com uma nova hierarquização de prioridades e maior abertura à mudança, novos interesses e possibilidades.
- Fortalecimento das relações interpessoais – 6 itens que representam mudanças que refletem revalorização e reaproximação relativamente aos outros significativos, consciencialização da necessidade de apoio e de ser apoiado e maior disponibilidade para afetos e emoções.
- Desenvolvimento espiritual - 3 itens que podem representar fortalecimento espiritual e desenvolvimento de atitude empática, altruísta e solidária para com os outros.

Pode considerar-se a existência de um fator total de desenvolvimento pós-traumático, somando todas as pontuações (Silva & Canavarro, 2009).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O BSI de Derogatis (1982) é validado para a população portuguesa por Canavarro (1999) é um inventário que avalia sintomas psicopatológicos agrupados em 9 dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e o psicoticismo) e 3 índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional: índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos) (Canavarro, 1999). Pode ser aplicado a utentes com patologia psiquiátrica, pessoas com perturbações emocionais ou população em geral (Canavarro, 1999). É composto por um total de 53 itens, com escala de resposta tipo *Likert*. A pontuação obtida nas nove dimensões fornece informação acerca do tipo de sintomatologia que mais incomoda o indivíduo; a leitura simples dos índices globais permite avaliar o nível de sintomatologia psicopatológica que a pessoa apresenta (Canavarro, 1999).

1.9 Procedimentos legais e éticos

Sousa (2012) define ética como *“a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. A ética cria leis, ou conjuntos de permissões que têm o propósito de preservar os seus fundamentos.”*. Segundo Fortin (1999 cit. por Sousa, 2012) quando é aplicadas às pessoas, a investigação pode interferir com os direitos e liberdade das pessoas que nelas participam, desse modo, toda a investigação deverá reger-se por princípios éticos e morais. São cinco os princípios dos códigos de ética (Sousa, 2012):

- Direito á autodeterminação – quando escolhe a população, o investigador deve considerar que as pessoas têm o direito de estabelecer de forma livre se querem ou não participar na investigação, não podendo dessa forma existir nenhum tipo de persuasão que influencie a pessoa a participar na investigação, tendo a pessoa o direito de a qualquer momento decidir abandonar a sua participação na mesma, sem que tenha de justificar ou qualquer prejuízo.
- Direito à intimidade – a investigação causa intromissão no universo pessoal do indivíduo, assim, o investigador na realização do seu estudo deverá invadir a esfera pessoal do indivíduo unicamente naquilo que é estritamente necessário,

preservando a sua privacidade na totalidade e limitando a informação que a pessoa está disposta a dar para a investigação.

- Direito à confidencialidade e anonimato – nos casos em que o investigador ou terceiros não conseguem associar o sujeito às respostas individuais dadas, o anonimato e a confidencialidade estão mantidos. Nos casos em que a investigação carece de acompanhamento do investigador/sujeito, o investigador e respetiva equipa devem atribuir códigos relativos ao sujeito que apenas devem ser conhecidos no âmbito da equipa de investigação. Portanto, qualquer informação íntima sobre o sujeito não pode ser divulgada sem a permissão do próprio.
- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo – este princípio ético salvaguarda as regras de proteção da pessoa relativamente a qualquer inconveniente passível de a prejudicarem, pelo que a investigação deve ter nenhum ou um risco mínimo de desconforto/prejuízo.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – todas os sujeitos devem ser esclarecidos sobre o âmbito, métodos de estudo a serem utilizados, a duração e o final da investigação para a qual a sua participação é convocada. Assim, as pessoas não devem ser escolhidas por conveniência ou meramente por disponibilidade dos sujeitos, tratando as pessoas de modo equitativo.

Os cinco princípios éticos acima referidos foram considerados e contemplados em todos os processos e etapas da realização deste estudo.

Como parte integrante do projeto alocado ao CINTESIS, a obtenção do parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ESEP foi solicitada pelo coordenador do projeto. O projeto teve a aprovação da comissão de ética da ESEP a 19/01/2021 ADHOC_/2020. Pelo que as autorizações solicitadas aos autores foram concedidas ao projeto major. Ainda como parte dos procedimentos de natureza ética, foi solicitado consentimento informado aos participantes do estudo, do modelo de consentimento informado constam os objetivos do estudo, a explicação das questões referentes à participação da pessoa, o procedimento da investigação, os riscos e benefícios da participação e menção á confidencialidade e anonimato bem como comunicado que poderiam retirar-se do estudo sem que isso representasse qualquer tipo de dano para os próprios (anexo I).

1.10 Tratamento de dados

O tratamento estatístico apresenta-se como uma das etapas mais importantes das fases de um trabalho de pesquisa, concedendo a significação dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados escolhidos (Sousa, 2012). A análise de dados é, segundo Fortin (1999, p.364 cit. por Sousa, 2012) *“o conjunto dos métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos.”*

Após a aplicação dos questionários, o investigador deve proceder à análise dos dados obtidos, ao seu tratamento e reflexão. O questionário utilizado neste estudo é de natureza quantitativa. Assim, foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados. O tratamento e análise das respostas obtidas foi realizado com recurso ao programa informático estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - IBM SPSS Statistics*, versão 24. A exposição dos dados obtidos foi feita através de tabelas de modo a descrever e correlacionar os dados.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No presente capítulo serão apresentados os resultados referentes à caracterização dos participantes do estudo. A amostra é composta por 298 profissionais de saúde que estiveram infetados por SARS-CoV-2 ou que cumpriram isolamento profilático.

2.1. Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos da amostra (298 profissionais de saúde) podem ser consultados através da tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde (N=298).

| Variáveis | | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| Classe profissional | Administrativo/a | 4 | 1,3% |
| | Assistente Operacional | 19 | 6,4% |
| | Assistente Social | 2 | 0,7% |
| | Enfermeiro/a | 243 | 81,5% |
| | Fisioterapeuta | 3 | 1,0% |
| | Gerontóloga/o | 2 | 0,7% |
| | Médico/a | 10 | 3,4% |
| | Nutricionista | 2 | 0,7% |
| | Psicóloga | 1 | 0,3% |
| | Técnico de Farmácia | 9 | 3,0% |
| Terapeuta Ocupacional | 3 | 1,0% | |
| Sexo | Masculino | 33 | 11,1% |
| | Feminino | 265 | 88,9% |
| Idades (média) | | 37,74 | |
| | | (De 19-72) (sd 8,435) | |
| Escolaridade | 9ºano | 4 | 1,3% |
| | 12ºano | 21 | 7,0% |
| | licenciatura | 234 | 78,5% |
| | mestrado/doutoramento | 39 | 13,1% |
| Situação Profissional | Ativo | 289 | 97,0% |
| | Desempregado | 6 | 2,0% |
| | Reformado | 1 | 0,3% |
| | Estudante | 2 | 0,7% |
| Estado Civil | Solteiro | 182 | 61,1% |
| | Casado / união de facto | 107 | 35,9% |
| | Divorciado | 9 | 3,0% |
| Número de filhos | Não | 110 | 36,9% |
| | Sim | 188 | 63,1% |
| Rendimento anual familiar | < 10,000 € | 25 | 8,4% |
| | 10,001 e 20,000 € | 218 | 73,2% |
| | 20,001 e 37,500 € | 46 | 15,4% |
| | 37,501 e 70,000 € | 8 | 2,7% |
| | > 70,001 € | 1 | 0,3% |

Classificação do suporte social de familiares e amigos durante o isolamento

| | | |
|-----------|-----|-------|
| Péssima | 1 | 0,3% |
| Muito má | 3 | 1,0% |
| Má | 3 | 1,0% |
| Regular | 53 | 17,8% |
| Boa | 51 | 17,1% |
| Muito Boa | 187 | 62,8% |

Classificação do suporte dos serviços de saúde durante o isolamento

| | | |
|-----------|-----|-------|
| Péssima | 9 | 3,0% |
| Muito má | 8 | 2,7% |
| Má | 60 | 20,1% |
| Regular | 48 | 16,1% |
| Boa | 30 | 10,1% |
| Muito Boa | 143 | 48,0% |

Analisando a classe profissional da amostra, verificamos uma prevalência de enfermeiros, 81,2% (n=242) e apenas um psicólogo, 0,3% (n=1).

Relativamente ao sexo dos participantes, verifica-se que 88,9% (n=265) são mulheres e 11,1% (n=33) são homens.

Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 72 anos, sendo que a média está situada nos 38 anos ($\bar{X}=37,74$; $dp=8,4$).

Nenhum dos participantes apresentava 4º ano ou equivalente, 1,3% (n=4) possui 9º ano ou equivalente, 7% (n=21) tem 12º ano ou equivalente, 78,5% (n=234) é habilitado com licenciatura e 13,1% dos participantes (n=39) apresentava grau académico superior, como por exemplo mestrado ou doutoramento.

Constata-se que a percentagem mais expressiva dos inquiridos se encontra empregado, 97% (n=289), 2% (n=6) encontram-se desempregados, apenas um reformado preencheu os critérios 0,3% (n=1) e 0,7% (n=2) são estudantes.

Analisando o estado civil dos participantes objetiva-se que 61,1% (n=182) são solteiros, 35,9% (n=107) são casados ou encontram-se em união de facto e apenas 3% (n=9) são divorciados.

Relativamente ao número de filhos dos inquiridos, constata-se que a maioria dos elementos tem filhos, 63,1% (n=188) e 36,9% (n=110) não tem filhos.

Através da análise da tabela verificamos que a maioria dos profissionais, 73,2% (n=218) apresenta um rendimento anual entre 10.001 e 20.000 euros, seguidamente aos que apresentam um rendimento anual entre 20.001 e 37.500 euros (15,4%; n=46), 8,4% (n=25) auferem anualmente menos de 10.000 euros, 2,7% (n=8) ganham anualmente entre 37.501 e 70.000 euros e apenas um inquirido (0,3%; n=1) apresentava um rendimento anual superior a 70.001 euros.

No que concerne á classificação de um modo geral do suporte social de familiares e amigos durante o isolamento, a maioria, 62,8% (n=187) considerou muito bom, 17,8% (n=53) considerou regular, 17,1% (n=51) achou bom, 1% (n=3) dos participantes achou má e 0,3% (n=1) dos participantes achou péssimo.

Relativamente á forma como foi classificado o suporte dos serviços de saúde, de um modo geral, durante o isolamento, os resultados obtidos como demonstra a tabela foram: 48% (n=143) consideraram muito bom, 20,1% (n=60) consideraram mau o apoio dos serviços, 16,1% (n=48) acharam regular, 10,1% (n=30) perceberam os serviços de saúde como bons, 2,7% (n=8) acharam maus e 3% (n=9) consideraram os serviços péssimos.

Os dados relativos às comorbilidades pré-existentes, a situação de isolamento (quer tenha sido profilático ou na sequência de infeção por SARS-CoV-2) e a sintomatologia que os profissionais de saúde apresentaram estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Comorbilidades, isolamento e sintomatologia dos profissionais de saúde (N=298).

| Variáveis | | | |
|------------------------|--------------------|------------|-------------|
| | | Frequência | Percentagem |
| Comorbilidades | Não | 137 | 46,0% |
| | Sim | 161 | 54,0% |
| Situação de isolamento | Profilático | 73 | 24,5% |
| | Social por infeção | 225 | 75,5% |
| Teve ou não sintomas | Tive sintomas | 207 | 69,5% |
| | Não tive sintomas | 18 | 6,0% |
| | Não aplicável | 73 | 24,5% |
| Sintoma predominante | Não aplicável | 93 | 31,2% |
| | Febre | 10 | 3,4% |

| | | |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Mialgias | 132 | 44,3% |
| Astenia | 29 | 9,7% |
| Disgeusia/ageusia | 15 | 5,0% |
| Tosse/Dispnea | 16 | 5,4% |
| Vertigens | 1 | 0,3% |
| Cefaleia | 2 | 0,7% |
| Presença de sintomas após 90 dias | | |
| Não | 50 | 16,8% |
| Sim | 163 | 54,7% |

Dos 298 profissionais (n=298), 161 (54%) apresentam pelo menos uma comorbidade, enquanto que 137 (46%) não apresentam qualquer comorbidade.

Quanto á situação de isolamento, os dados da tabela demonstram que dos 298 profissionais de saúde, 75% (n=225) estiveram em isolamento social por infecção por SARS-CoV-2 e 24,5% (n=73) cumpriram isolamento profilático.

Relativamente á presença de sintomatologia associada à doença COVID-19, 69,5% (n=207) apresentou sintomatologia, 6% (n=18) não apresentou qualquer tipo de sintomatologia. No caso dos participantes com “não aplicável” relativamente á sintomatologia, associa-se àqueles que não estiveram infetados por SARS-CoV-2 mas que cumpriram isolamento.

A sintomatologia predominante é descrita na tabela acima. O sintoma mais comum foram as mialgias (44,3%; n=132), 9,7% (n=29) dos participantes apresentaram astenia, 5,4% (n=16) tiveram tosse/dispnea, 5,0 (n=15) apresentaram disgeusia/ageusia, 3,4% (n=10) tiveram febre, 0,7% (n=2) tiveram cefaleias e apenas 0,3% (n=1) vertigens. Do total de participantes, 31,2% (n=93) não descreveu nenhuma da sintomatologia apresentada.

No que concerne á presença de sintomas após 90 dias, 28,5% (n=85) da amostra não preencheu os critérios, ou seja, ou não apresentaram infecção por SARS-CoV-2 ou estiveram infetados mas não apresentaram sintomatologia em nenhuma fase da doença; 54,7% (n=163) apresentaram sintomatologia 90 dias após a infecção e 16,8% (n=50) não apresentou sintomatologia. Verifica-se que dos 298 participantes, 213 apresentavam sintomatologia após 90 dias.

2.2 Discussão e triangulação dos dados

A etapa da análise e discussão dos resultados obtidos apresenta-se como um passo de suma importância num trabalho de investigação, exigindo reflexão e análise meticolosas do processo de investigação (Fortin, 1999).

Este subcapítulo centra-se nas hipóteses formuladas que se constituem pelos pilares fundamentais da dimensão analítica deste estudo. De seguida é apresentada a análise detalhada das hipóteses.

- **H₁** - Existe uma relação estatisticamente significativa entre a existência de comorbilidade e a sintomatologia de distress.

Tabela 3 – Tabulação cruzada das comorbilidades e diagnóstico de PSPT.

| | | PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO | | TOTAL |
|----------------|-----|--------------------------------------|-----|-------|
| | | NÃO | SIM | |
| COMORBILIDADES | NÃO | 75 | 62 | 137 |
| | SIM | 92 | 69 | 161 |
| TOTAL | | 167 | 131 | 298 |

A análise da tabela 3 apresenta a tabulação cruzada entre a presença ou não de comorbilidade e o diagnóstico de PSPT. Revela que, dos profissionais de saúde que não apresentam comorbilidades, 25,2% (n=75) não apresentam diagnóstico de stress pós-traumático, enquanto que 20,9% (n=62) apresentam stress pós-traumático. Dos que possuem comorbilidades, 30,9% (n=92) não apresentam diagnóstico de stress pós-traumático e 23,2% (n=69) apresentam stress pós-traumático.

Analisando a totalidade da amostra (n=298), independentemente de possuírem comorbilidade ou não, conclui-se que 56% (n=167) dos profissionais não apresentam stress pós-traumático e 44% (n=131) têm diagnóstico de stress pós-traumático.

Assim, conclui-se que na amostra não é evidente que ter comorbilidades pré-existentes esteja associado à apresentação de sintomatologia de distress.

Tabela 4 - Teste qui-quadrado – Relação entre existência de comorbilidade e diagnóstico de stress pós-traumático.

| | Valor | gl | Significância assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|-------------------|----|---------------------------------------|---------------------|--------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | ,173 ^a | 1 | ,678 | | |
| Correção de continuidade^b | ,089 | 1 | ,765 | | |
| Razão de verossimilhança | ,173 | 1 | ,678 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,726 | ,383 |
| Associação Linear por Linear | ,172 | 1 | ,678 | | |
| N de Casos Válidos | 298 | | | | |

Legenda:

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 60,22.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

O teste qui-quadrado de Pearson é um teste de hipóteses estatístico utilizado para comparar duas variáveis categóricas. Para interpretar um teste qui-quadrado é necessário observar o valor de p resultante, bem como a tabela para identificarmos onde existe diferença. Considerando valores de p inferiores a 0,05 como significativos, se o resultado for significativo deve verificar-se a tabela para perceber onde está a diferença. Caso contrário, assume-se que não existe evidência que comprove a não homogeneidade da tabela. O valor de qui-quadrado é $\chi^2=0,173$ (tabela 4).

De acordo com a tabela, o teste exato de Fisher produz um valor de $p=0,383$. Uma vez que este valor é maior que 0,05, não é possível rejeitar a hipótese nula. Portanto, os resultados são indicadores de que a existência de comorbilidade (ter ou não ter), não influencia diretamente ou desencadeia sintomatologia de distress ou vice-versa. Então não existe associação/diferença significativa entre a existência de comorbilidade e o diagnóstico de stress pós-traumático.

Assim, não há evidências suficientes para dizer que existe relação entre ter ou não comorbilidade e apresentar diagnóstico de stress pós-traumático.

Nenhum dos dois testes descritos foi significativo, portanto, não há associação. Pode dizer-se que, nesta amostra e população, a existência de relação entre as variáveis não se confirma.

No sentido de obter uma melhor percepção dos dados, tentou-se perceber a associação entre a existência de comorbilidade e as diferentes dimensões da sintomatologia psiquiátrica.

Tabela 5 – Avaliação da associação entre a existência de comorbilidade e a sintomatologia psiquiátrica.

| DIMENSÃO | F | Sig. |
|----------------------------|----------|-------------|
| Somatização | 39,405 | 0,000 |
| Obsessão-compulsão | 61,944 | 0,000 |
| Sensibilidade interpessoal | 53,232 | 0,000 |
| Depressão | 35,636 | 0,000 |
| Ansiedade | 23,682 | 0,000 |
| Hostilidade | 60,600 | 0,000 |
| Ansiedade fóbica | 24,487 | 0,000 |
| Ideação Paranóide | 77,866 | 0,000 |
| Psicoticismo | 31,600 | 0,000 |
| GSI | 75,542 | 0,000 |

A aplicação adicional deste método estatístico (ANOVA) permitiu o estudo da relação linear entre as variáveis através da comparação das médias das subescalas entre os dois grupos (com ou sem comorbilidade), ou seja, verificar se existiam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos como resultado do efeito das dimensões da sintomatologia psiquiátrica. A análise estatística completa (tabela de resultados) encontra-se no anexo VIII.

Através da análise da tabela 5 constatamos que estatisticamente existem diferenças altamente significativas nos valores referentes às dimensões da sintomatologia psiquiátrica entre os dois grupos, uma vez que em todas, o valor de $p=0,001$. Sendo que para todas as dimensões $p<0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e assume-se que existem diferenças entre as médias dos dois grupos como resultado do efeito das diferentes dimensões. Então, assume-se que existe evidência significativa da relação entre a existência de comorbilidade e as várias dimensões da sintomatologia psiquiátrica.

- **H₂** – Existe uma relação estatisticamente significativa entre a existência de comorbilidade e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

Tabela 6 – Avaliação da associação entre a existência de comorbilidade e as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI).

| DIMENSÃO | F | Sig. |
|---|---------|-------|
| PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | 49,995 | 0,000 |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | 17,398 | 0,000 |
| PTGI_F3 - Fortalecimento das Relações Interpessoais | 118,530 | 0,000 |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual | 1,193 | 0,276 |
| PTGI_Total | 23,682 | 0,000 |

A aplicação deste método estatístico (One Way ANOVA) permitiu o estudo da relação entre a existência de comorbilidades pré-existentes e as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI), uma vez que estamos a comparar mais de 3 grupos, foi necessário proceder á análise de variância.

Através da análise da tabela 6 foram extraídos os seguintes dados:

- Associação entre apresentar comorbilidade e a dimensão novas possibilidades ($r=17,398$; $N=298$; $p=0,001$);
- Associação entre apresentar comorbilidade e a dimensão fortalecimento das relações interpessoais ($r=118,530$; $N=298$; $p=0,001$);
- A associação entre apresentar comorbilidade e a percepção de recursos e competências pessoais ($r=49,995$; $N=298$; $p=0,001$);

Podemos afirmar que existe diferença significativa nas médias das dimensões acima referidas, uma vez que o valor de $p < 0,05$. Assume-se que pelo menos um deles difere entre si, havendo diferenças entre as médias dos grupos.

- Associação entre apresentar comorbilidade e a dimensão desenvolvimento espiritual ($r=1,193$; $N=298$; $p=0,276$);

Pode dizer-se que não existe diferença significativa nas médias da dimensão desenvolvimento espiritual, uma vez que o valor de $p > 0,05$ aceita-se a hipótese nula de que as médias entre os grupos são iguais.

Quanto á associação entre apresentar comorbilidade e o valor total do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático ($r=23,682$; $N=298$; $p=0,001$), podemos afirmar que na globalidade existe diferença significativa nas médias das dimensões do PTGI, uma vez que o valor de $p<0,05$ assumimos que pelo menos um deles difere entre si, havendo diferenças entre as médias dos grupos.

Uma vez que o valor de p é aproximadamente zero, rejeitamos a hipótese nula de igualdade de médias para qualquer nível de significância. Assim, podemos afirmar que existem diferenças significativas entre as referidas dimensões do PTGI e a existência de comorbilidade. A exceção é referente ao desenvolvimento espiritual ($r=1,193$; $N=298$; $p=0,276$), que como o valor de $p>0,05$, aceita-se a hipótese nula e diz-se que para essa dimensão não existem diferenças significativas entre as médias dos grupos (ter ou não comorbilidades). O quadro completo de análise de variância pode ser consultado no anexo IX.

Assim, a ANOVA permitiu concluir que para qualquer nível de significância, as médias dos vários grupos não são todas iguais, o que quer dizer que existem diferenças significativas nas dimensões do PTGI nas pessoas que apresentam comorbilidade, com exceção da dimensão desenvolvimento espiritual. Logo, existe associação entre a existência de comorbilidade e o crescimento pós-traumático.

- **H₃** – Existe diferença estatisticamente significativa entre a sintomatologia de distress e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

Tabela 7 – Relação entre o diagnóstico de stress pós-traumático e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI).

| DIMENSÃO | F | Sig. |
|--|--------|-------|
| PTGI_F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais | 1,514 | 0,220 |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | 5,451 | 0,020 |
| PTGI_F3 - Fortalecimento das Relações Interpessoais | 1,744 | 0,188 |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual | 14,037 | 0,000 |
| PTGI_Total | 4,091 | 0,044 |

A ANOVA compara médias entre grupos, por exemplo, neste caso, os que tiveram diagnóstico de SPT com as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI).

A análise da tabela 7 traduz os seguintes dados:

- Associação entre diagnóstico de stress pós-traumático e a dimensão desenvolvimento espiritual ($r=14,037$; $N=298$; $p=0,001$);
- Associação entre diagnóstico de stress pós-traumático e a dimensão novas possibilidades ($r=5,451$; $N=298$; $p=0,020$);

Podemos afirmar que existe diferença significativa nas médias das dimensões acima referidas, uma vez que o valor de $p<0,05$ assumimos que pelo menos um deles difere entre si, havendo diferenças entre as médias dos grupos.

- Associação entre diagnóstico de stress pós-traumático e a dimensão percepção de recursos e competências pessoais ($r=1,514$; $N=298$; $p=0,220$);
- Associação entre diagnóstico de stress pós-traumático e a dimensão fortalecimento das relações interpessoais ($r=1,744$; $N=298$; $p=0,188$).

Pode dizer-se que não existe diferença significativa nas médias das duas dimensões acima referidas uma vez que o valor de $p>0,05$ aceita-se a hipótese nula de que as médias entre os grupos são iguais.

Quanto á associação entre o diagnóstico de stress pós-traumático e o valor total do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático ($r=4,091$; $N=298$; $p=0,044$). Podemos afirmar que na globalidade existe diferença estatisticamente significativa entre a sintomatologia de distress e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático, uma vez que o valor de $p<0,05$ assumimos que pelo menos um deles difere entre si, havendo diferenças entre as médias dos grupos. O quadro completo de análise de variância pode ser consultado no anexo X.

- **H₄** – Existe associação estatisticamente significativa entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

Tabela 8 – Coeficientes da correlação de Pearson entre as escalas do PTGI e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento.

| | | PTGI_F1 | PTGI_F2 | PTGI_F3 | PTGI_F4 | Classificação do suporte social |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|---------------------------------|
| PTGI_F1 | r | | 0,895** | 0,898** | 0,624** | 0,253** |
| | Sig. (bilateral) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F2 | r | 0,895** | | 0,825** | 0,732** | 0,251** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F3 | r | 0,898** | 0,825** | | 0,620** | 0,374** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F4 | r | 0,624** | 0,732** | 0,620** | | 0,254** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 |
| Classificação do suporte social | r | 0,253** | 0,251** | 0,374** | 0,254** | |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |

Legenda:

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais

PTGI_F2 - Novas Possibilidades

PTGI_F3 - Fortalecimento das Relações Interpessoais

PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual

Classificação do suporte social - Durante o isolamento, em geral como classifica o suporte social de familiares e amigos

Uma vez que se pretendia avaliar a relação entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI), foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Este método estatístico permite-nos compreender de que modo uma variável se comporta num determinado contexto em que a outra varia, identificando assim se existe alguma relação entre a variabilidade de ambas. Este método não implica causalidade, contudo, revela em números a relação existente (grau de correlação é apresentado por valores compreendidos entre -1 e +1), quantificando assim a relação entre as duas variáveis. O sinal indica a direção, se a correlação é positiva ou negativa, e o tamanho da variável indica a força da correlação. Desse modo, poderemos

entender como a variabilidade do suporte social de familiares e amigos durante o isolamento interfere com as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático e vice-versa.

A análise das associações existentes entre as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (percepção de recursos e competências pessoais, novas possibilidades, fortalecimento das relações interpessoais e desenvolvimento espiritual) e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento (durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos) foi realizada com base nos resultados da tabela 8. A tabela original pode ser consultada no anexo XI. Os asteriscos significam que os resultados são estatisticamente diferentes de zero. O valor de significância é 0%.

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático e o suporte social, uma vez que para todos temos um valor de $p < 0,05$. Desse modo, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese proposta, assumindo assim que existe evidência significativa de relação entre as variáveis.

Relativamente às correlações, os resultados obtidos foram:

- A correlação entre percepção de recursos e competências pessoais e o fortalecimento das relações interpessoais ($r=0,898$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre a percepção de recursos e competências pessoais e as novas possibilidades ($r=0,895$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre o fortalecimento das relações interpessoais e novas possibilidades ($r=0,825$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre novas possibilidades e o desenvolvimento espiritual ($r=0,732$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre percepção de recursos e competências pessoais e o desenvolvimento espiritual ($r=0,624$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre fortalecimento das relações interpessoais e desenvolvimento espiritual ($r=0,620$; $N=298$; $p < 0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;

- A correlação entre durante o isolamento, em geral como classifica o suporte social de familiares e amigos e fortalecimento das relações interpessoais ($r=0,374$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre durante o isolamento como classifica o suporte social de familiares e amigos e desenvolvimento espiritual ($r=0,254$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre durante o isolamento como classifica o suporte dos familiares e amigos e percepção de recursos e competências pessoais ($r=0,253$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre durante o isolamento como classifica o suporte social de familiares e amigos e o novas possibilidades ($r=0,251$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre durante o isolamento como classifica o suporte dos familiares e amigos e desenvolvimento espiritual ($r=0,233$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;

Assim, podemos afirmar que todas as correlações entre as dimensões do PTG e o suporte social de familiares e amigos foram significativas, uma vez que o valor de $p<0,05$, positivas e fracas (valor de r compreendido entre $+0,20$ e $+0,50$).

Quanto á correlação das dimensões do PTG que apresentam entre si, todas foram significativas, uma vez que o valor de $p<0,05$, positivas e fortes (valor de r compreendido entre $+0,60$ e $+0,95$), o que sugere, por exemplo, que quanto maior o fortalecimento das relações maior a percepção de recursos e competências e vice-versa.

Existe associação estatisticamente significativa entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

- **H₅** – Existe associação estatisticamente significativa entre o suporte percebido das instituições de saúde durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

Tabela 9 – Coeficientes da correlação de Pearson entre as escalas do PTGI e o suporte dos serviços de saúde durante o isolamento.

| | | PTGI_F1 | PTGI_F2 | PTGI_F3 | PTGI_F4 | Suporte dos serviços de saúde |
|-------------------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|-------------------------------|
| PTGI_F1 | r | | 0,895** | 0,898** | 0,624** | 0,316** |
| | Sig. (bilateral) | | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F2 | r | 0,895** | | 0,825** | 0,732** | 0,233** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F3 | r | 0,898** | 0,825** | | 0,620** | 0,469** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | | 0,000 | 0,000 |
| PTGI_F4 | r | 0,624** | 0,732** | 0,620** | | 0,254** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | 0,000 | | 0,000 |
| Suporte dos serviços de saúde | r | 0,316** | 0,233** | 0,469** | 0,200** | |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |

Legenda:

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais

PTGI_F2 - Novas Possibilidades

PTGI_F3 - Fortalecimento das Relações Interpessoais

PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual

Suporte dos serviços de saúde - Durante o isolamento, em geral como classifica o suporte dos serviços de saúde

Uma vez que se pretendia avaliar a relação entre a percepção do suporte dos serviços de saúde durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI), foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (anexo XII) uma vez que este método estatístico permite-nos perceber a força da relação entre as variáveis. De outra forma, compreender de que modo uma variável se comporta num determinado contexto em que a outra varia, identificando assim se existe alguma relação entre a variabilidade de ambas. Padronizando a covariância, encontramos um valor que deve situar-se entre -1 e +1 e que revela em números a relação existente: $r=+1$, então as variáveis estão perfeitamente correlacionadas de forma positiva (se uma aumenta a outra aumenta proporcionalmente);

$r=-1$, significa relacionamento negativo perfeito (se uma aumenta, a outra diminui proporcionalmente; $r=0$, indica ausência de relacionamento linear). Desse modo, poderemos entender como a variabilidade do suporte dos serviços de saúde durante o isolamento interferem com as escalas do PTGI e vice-versa.

A análise das associações existentes entre as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (percepção de recursos e competências pessoais, novas possibilidades, fortalecimento das relações interpessoais e desenvolvimento espiritual) e o suporte dos serviços de saúde durante o isolamento (durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde) foi realizada com base nos resultados da tabela 9. Os asteriscos significam que os resultados são estatisticamente diferentes de zero. O valor de significância é 0%.

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático e o suporte dos serviços de saúde durante o isolamento, uma vez que para todos temos um valor de $p<0,05$. Assim, rejeito a minha hipótese nula, de que as correlações são estatisticamente iguais a zero e afirmo que existe correlação entre as variáveis. As correlações mais fortes são entre a percepção de recursos e competências pessoais e o fortalecimento das relações interpessoais ($r=0,898$) (portanto, quanto maior o fortalecimento das relações maior a percepção de recursos e competências e vice-versa), entre a percepção de recursos e competências pessoais e as novas possibilidades ($r=0,895$) e entre o fortalecimento das relações interpessoais e novas possibilidades ($r=0,825$). As correlações que, embora positivas, obtiveram valores menores foram entre as dimensões: durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e o desenvolvimento espiritual ($r=0,200$); durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e novas possibilidades ($r=0,233$).

Relativamente às correlações, os resultados obtidos foram:

- A correlação entre: percepção de recursos e competências pessoais e o fortalecimento das relações interpessoais ($r=0,898$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre: a percepção de recursos e competências pessoais e as novas possibilidades ($r=0,895$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;

- A correlação entre: o fortalecimento das relações interpessoais e novas possibilidades ($r=0,825$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre: novas possibilidades e o desenvolvimento espiritual ($r=0,732$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre: percepção de recursos e competências pessoais e o desenvolvimento espiritual ($r=0,624$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre: fortalecimento das relações interpessoais e desenvolvimento espiritual ($r=0,620$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, forte e significativa;
- A correlação entre: durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e fortalecimento das relações interpessoais ($r=0,469$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre: durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e percepção de recursos e competências pessoais ($r=0,316$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre: durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e novas possibilidades ($r=0,233$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa;
- A correlação entre: durante o isolamento como classifica o suporte dos serviços de saúde e desenvolvimento espiritual ($r=0,200$; $N=298$; $p<0,001$) é uma correlação positiva, fraca e significativa.

Assim, podemos afirmar que todas as correlações entre as dimensões do PTGI e o suporte dos serviços de saúde foram significativas (uma vez que o valor de $p<0,05$), positivas e fracas (valor de r compreendido entre $+0,20$ e $+0,50$).

Quanto á correlação que as dimensões do PTGI apresentam entre si, todas foram significativas (valor de $p<0,05$), positivas e fortes (valor de r compreendido entre $+0,60$ e $+0,95$), o que sugere, por exemplo, que quanto maior o fortalecimento das relações maior a percepção de recursos e competências e vice-versa.

Após a realização deste estudo analítico, apresenta-se seguidamente uma síntese dos resultados obtidos e discussão dos mesmos.

Relativamente à primeira hipótese formulada, não existe evidência que confirme a existência de relação entre possuir comorbilidade e o diagnóstico de stress pós-traumático. Nenhum dos dois testes realizados foi significativo, não havendo portanto associação. Pode dizer-se que dos participantes que constituem a amostra, a existência de relação entre as variáveis não se confirma. Tal poderá ser justificado pelo facto de a média de idades se encontrar nos 38 anos, o que provavelmente não se traduz em comorbilidades graves ou que causem grande impacto na vida da pessoa, como por exemplo: alergias, doença de Crohn ou miopia.

No sentido de obter uma melhor perceção dos dados, tentou-se perceber a associação entre a existência de comorbilidade e as diferentes dimensões da sintomatologia psiquiátrica. Constatou-se que existe evidência pela relação significativa entre a existência de comorbilidade e as várias dimensões da sintomatologia psiquiátrica. As dimensões: ideação paranóide, obsessão-compulsão e hostilidade foram as que apresentaram frequências mais elevadas. Nesse sentido, merecem especial atenção uma vez que são aquelas que mais afetam os profissionais de saúde. A ideação paranoide enquanto transtorno de personalidade é caracterizada por um comportamento de desconfiança e suspeita dos outros, sem razão que o justifique, levando o indivíduo a achar que está a ser enganado e a realizar interpretações erróneas acerca de observações simples e sem malícia. A hostilidade é representada por violência emocional e rivalidade, provocação e agressão podendo significar a passagem da violência emocional a agressão física. A obsessão-compulsão, enquanto perturbação caracteriza-se por obsessões recorrentes (pensamentos, imagens intrusivas, indesejadas e incontroláveis) e comportamentos ou rituais repetidos de modo compulsivo. Sendo os profissionais de saúde prestadores de cuidados, com uma conduta que deve ser seguida e respeitada, qualquer tipo de comportamento acima referido poderá desencadear um ambiente de trabalho instável, desagradável, desencadeando reações tanto por parte da equipa multidisciplinar como dos próprios pacientes. Tal situação antevê-se catastrófica para todos os implicados, com prejuízos futuros incalculáveis e não mensuráveis. Portanto, deverá ser dado enfoque a estas questões, atuando de forma preventiva mas também investindo na implementação de terapias cognitivo-comportamentais

Na segunda hipótese relativa á relação entre a existência de comorbilidade e as escalas do PTGI, o estudo demonstrou que existem diferenças significativas entre as dimensões do

PTGI e a existência de comorbilidade, com exceção da dimensão “desenvolvimento espiritual”. Desta forma, pode dizer-se que existe associação entre a existência de comorbilidade e o crescimento pós-traumático.

A terceira hipótese foi formulada com o objetivo de estudar a relação entre a sintomatologia de distress e as escalas do PTGI. A dimensão “desenvolvimento espiritual” contém itens relativos ao fortalecimento espiritual e desenvolvimento de atitude empática, altruísta e solidária para com os outros. A dimensão “novas possibilidades” é relativa à valorização da vida, traduzindo mudanças relativas a um novo conceito de vida e uma maior valorização e apreciação da vida, com uma nova hierarquização de prioridades e maior abertura à mudança, novos interesses e possibilidades. Os dados obtidos neste estudo revelam diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico de stress pós-traumático e as dimensões “desenvolvimento espiritual” e “novas possibilidades”. Tal poderá indicar que a presença de sintomatologia de distress poderá influenciar diretamente a dimensão espiritual dos profissionais de saúde, e interferindo com a sua atitude empática, altruísta e solidária para com os outros, essenciais à prestação de cuidados que lhes competem. Tendo a sintomatologia de distress impacto na valorização e apreciação da vida, com alteração da hierarquização de prioridades, os profissionais poderão apresentar uma menor abertura à mudança e capacidade de adaptação a novas circunstâncias decorrentes da pandemia, novos interesses e possibilidades.

A dimensão “perceção de recursos e competências pessoais” é relativa às aprendizagens e mudanças positivas na perceção de si mesmo e dos seus próprios recursos e competências, autoperceção de competência e autossuficiência na resiliência face à adversidade bem como capacidade de aceitação de resultados negativos. A dimensão “fortalecimento das relações interpessoais” representa as mudanças que refletem revalorização e reaproximação relativamente aos outros significativos, consciencialização da necessidade de apoio e de ser apoiado e maior disponibilidade para afetos e emoções.

Relativamente às dimensões do PTGI “perceção de recursos e competências pessoais” e “fortalecimento das relações interpessoais”, neste estudo não existe diferença estatisticamente significativa entre as dimensões referidas e a sintomatologia de distress. Esses dados podem indicar que o diagnóstico de stress pós-traumático não interfere diretamente com as aprendizagens, mudanças positivas na perceção de si próprios e dos seus recursos e competências, bem como na resiliência face à uma nova situação como é o caso da COVID-19, mantendo a capacidade de aceitação de resultados menos desejados. A consciencialização da necessidade de apoio, de ser apoiado e disponibilidade para afetos

parece manter-se íntegra independentemente do diagnóstico de stress pós-traumático, o que pode ser favorecedor aos profissionais de saúde uma vez que lidam diariamente com situações inesperadas, têm de manter a sua capacidade de resiliência e estar conscientes da necessidade de ajuda para si próprios e para os outros, estando também aptos a manifestar as suas emoções de forma adequada.

A quarta hipótese pretendeu analisar as correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento.

A quinta hipótese teve como finalidade analisar as correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte dos serviços de saúde durante o isolamento.

Tanto para a quarta como para a quinta hipóteses, as correlações entre as quatro dimensões do PTGI e os suportes social e dos serviços de saúde foram significativas, positivas e fracas. Podemos interpretar os dados obtidos dizendo que cada uma das dimensões do inventário (perceção de recursos e competências pessoais, novas possibilidades, fortalecimento de relações interpessoais e desenvolvimento espiritual) têm influência sobre a perceção que os profissionais de saúde tiveram tanto do suporte social de familiares e amigos como dos serviços de saúde, recebidos durante o isolamento. Assim, enquanto estiveram em situação de isolamento, tanto o suporte social como o suporte dos serviços de saúde que os profissionais de saúde receberam, tiveram influência sobre a forma como:

- Percecionam as suas próprias competências, a sua capacidade de aceitação e resiliência;
- A sua autoconsciência da necessidade de ser apoiado, da necessidade de apoiar os outros e da afetividade;
- A forma como se relacionam com os outros;
- O valor e significado que atribuem à vida, o estabelecimento de prioridades e a abertura à mudança;
- O seu estado espiritual, a empatia que demonstram, o altruísmo e solidariedade para com os outros numa fase tão peculiar.

Na quarta e quinta hipóteses, a correlação que as dimensões do PTGI apresentam entre si, foram todas significativas, positivas e fortes, sugerindo uma forte influência entre si, por exemplo, um elevado fortalecimento das relações poderá levar a uma maior perceção de competências e recursos e vice-versa.

3. CONCLUSÃO

Os critérios de diagnóstico da PSPT segundo o DSM-5 foram desenvolvidos num centro de pesquisa americano (Yin et al., 2020). À luz da definição do DSM-5 da American Psychiatric Association, os principais sintomas de PSPT incluem, segundo Xiao, Luo e Xiao (2020):

- Inquietação constante;
- Evitamento de estímulo;
- Alterações desfavoráveis da cognição ou humor;
- Hiperatividade relativa ao evento traumático vivido.

Podemos definir a PSPT como sendo uma doença mental que se pode desenvolver em pessoas que vivenciaram uma situação traumática, tendo essa situação impacto direto na funcionalidade da pessoa, caracterizando-se por sintomas que poderão desencadear-se desde um mês após a situação traumática, como meses ou anos depois (Asim, van Teijlingen & Sathian, 2020). Contudo, segundo Asim, van Teijlingen e Sathian (2020) nem todas as pessoas que passam por eventos traumáticos desenvolvem este tipo de transtorno.

A reconstrução pós-traumática, segundo Tedeschi et al. (1990, cit. por Cui et al., 2020) refere-se às mudanças psicológicas positivas num indivíduo após a sua exposição a um evento traumático. Evidência atual demonstra que as pessoas podem crescer como consequência da sua exposição a situações traumáticas ou eventos stressantes, ou seja, ter a capacidade de crescer como resultado do trauma vivido, conseguindo dessa forma obter crescimento pós-traumático (Cui et al., 2020).

Estudos relativos á população da China e Estados Unidos demonstram que as taxas de hospitalização, admissão em UCI e taxas de mortalidade são superiores na população idosa (Chowdhury & Oommen, 2020). O Centro Chinês para o Controlo e Prevenção de Doenças verificou a associação entre certas doenças e resultados desfavoráveis: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crónicas, hipertensão e cancro (Chowdhury & Oommen, 2020). Contudo, a comunidade carece de estudos que se foquem na existência de comorbilidades pré-existentes e a sua relação com o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica.

A COVID-19, tratando-se de uma doença altamente infecciosa, tem afetado um elevado número de profissionais de saúde (Chowdhury & Oommen, 2020). Nos Estados Unidos, por exemplo, uma quota significativa das infeções por SARS-CoV-2 foram referentes a profissionais de saúde: prestar cuidados a pessoas infetadas por COVID-19; pacientes com outras condições agudas e crónicas; trabalhar com instalações menos preparadas, equipamentos e serviços de saúde, apresentam-se como problemas associados (Chowdhury & Oommen, 2020). Também Xiao, Luo e Xiao (2020), afirma que os profissionais de saúde que prestam cuidados a pacientes com doenças infecciosas, aqueles que sobrevivem à COVID-19 e as respetivas famílias, apresentaram maior taxa de PSPT segundo a generalidade dos estudos epidemiológicos.

Este trabalho de investigação surge da necessidade de estudar o efeito da atual pandemia na saúde mental das pessoas. Subordinado ao tema "Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde após infeção pelo SARS-CoV-2.", teve como propósito compreender em que medida a ocorrência de diagnóstico de stress pós-traumático e o posterior crescimento pós-traumático nos profissionais de saúde podem variar de acordo com o tipo de isolamento a que estiveram sujeitos e a presença de comorbilidades pré-existentes à infeção pelo SARS-CoV-2. Dessa forma, contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde afetados pelo SARS-CoV-2. Os objetivos deste estudo foram: a) caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; b) avaliar a presença de diagnóstico clínico de stress pós-traumático em profissionais após infeção pelo SARS-CoV-2; c) identificar a existência de comorbilidades em profissionais infetados pelo SARS-CoV-2; d) analisar o papel do suporte pessoal e das instituições de saúde na forma como os profissionais desenvolvem o processo de crescimento pessoal após o isolamento; e) avaliar o processo de crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico para lidar com a doença; f) identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que lidam com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2.

Foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa dirigido a profissionais de saúde, com uma amostra final de 298 profissionais, cujos dados foram colhidos *online* (através da aplicação de um questionário sociodemográfico e escalas validadas para a população portuguesa com validade e consistências já demonstradas) e retirados da base de dados do

projeto mais abrangente do CINTESIS. A informação recolhida foi tratada pelo método de análise estatística descritiva dos dados com recurso ao programa SPSS.

Finalizado o processo de investigação, descreve-se os principais resultados retirados deste estudo.

Quanto à caracterização da amostra (298 profissionais de saúde), os dados obtidos revelam um perfil específico. Assim, o perfil do profissional de saúde é ser enfermeiro, mulher, com idade média de 38 anos, possui escolaridade equivalente a licenciatura, atualmente empregada, solteira, com filhos, um rendimento anual bruto entre dez e vinte mil euros. No que concerne às comorbilidades, a maioria apresenta pelo menos uma comorbilidade pré-existente, esteve isolada por infeção por SARS-CoV-2, tendo apresentado sintomatologia, sendo que as mialgias foram predominantes, 90 dias após a infeção continuavam com sintomas e tanto o suporte de familiares e amigos, como dos serviços de saúde foram considerados muito bons.

Após verificar a prevalência de presença de sintomatologia psiquiátrica e crescimento pós-traumático nos profissionais de saúde, e de forma a atingir os objetivos do estudo, procurou-se identificar quais as variáveis associadas, no sentido de perceber de que forma poderiam interferir com a saúde mental dos profissionais na sequência de isolamento por SARS-CoV-2.

Assim, depois da triangulação e discussão dos dados concluímos que na amostra estudada:

Não existiu evidência da relação entre a existência de comorbilidade e o diagnóstico de stress pós-traumático, uma vez que nenhum dos dois testes realizados foi significativo. Na tentativa de aprofundar a perceção dos dados, estudou-se a associação entre a existência de comorbilidade e as diferentes dimensões da sintomatologia psiquiátrica do BSI. Constatou-se que existe relação significativa entre a existência de comorbilidade e as várias dimensões da sintomatologia psiquiátrica. As dimensões: ideação paranóide, obsessão-compulsão e hostilidade foram as que apresentaram frequências mais elevadas. Relativamente à relação entre a existência de comorbilidade e as escalas do PTGI, o estudo demonstrou que existem diferenças significativas entre as dimensões do Inventário e a existência de comorbilidade, com exceção da dimensão “desenvolvimento espiritual”. Quanto ao estudo da relação entre a sintomatologia de distress e as escalas do PTGI, os dados obtidos revelam diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico de stress pós-traumático e as quatro dimensões da sintomatologia de distress. A análise das correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte social de familiares e amigos

durante o isolamento foi significativa, positiva e fraca. Também a análise das correlações entre as quatro dimensões do PTGI e o suporte prestado pelos serviços de saúde durante o isolamento foi significativa, positiva e fraca. A correlação que as dimensões do PTGI apresentaram entre si, foram todas significativas, positivas e fortes.

O desenvolvimento do presente estudo trouxe consigo algumas dificuldades que surgiram ao longo do processo de investigação. As limitações centraram-se no adiamento da data de entrega na sequência da pandemia; o estudo inicial previa um estudo de caso, relativo aos profissionais de saúde de um centro hospitalar específico contudo tal não foi concretizável pelos constrangimentos e adiamentos decorrentes da COVID-19; a colheita de dados foi realizada através de autopreenchimento *online*, o que pode dificultar a interpretação das questões e dificulta a interpretação de dados relativos a perguntas abertas; a amostra é pouco diversificada no que concerne às classes profissionais, seria pertinente conseguir uma maior representatividade.

A realização do presente estudo, numa fase muito própria, pretendeu estudar uma temática recente e que começa a desvendar questões de saúde mental que há muito existem mas que nunca foram tão verificadas e debatidas como agora. Pretendeu-se enaltecer a importância dos profissionais de saúde no controlo da pandemia, mas sobretudo a importância de cuidar daqueles que cuidam. É perentório identificar focos relativos às questões de saúde mental, promovendo intervenções conscientes e mais ajustadas.

Com a elaboração deste trabalho surgiram inúmeras oportunidades de aprendizagem, revisão e consolidação de conhecimentos, estudo da área da investigação com o objetivo de adquirir competências enquanto enfermeira especialista na área da saúde mental e psiquiatria sendo mais eficiente e mais dotada de conhecimento para a implementação na prática clínica, esperando sempre contribuir para a melhoria dos cuidados.

O estudo deixa contudo novas questões de investigação que poderão ser exploradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abba-Aji, A., Li, D., Hrabok, M., Shalaby, R., Gusnowski, A., Vuong, W., . . . Agyapong, V. I. O. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. *Int J Environ Res Public Health*, 17(19). doi:10.3390/ijerph17196986
- Abdul Khaiyom, J. H. (2020). Managing Mental Health in Pandemic COVID-19 and Movement Control Order. *Malays J Med Sci*, 27(4), 147-153. doi:10.21315/mjms2020.27.4.14
- Adhanom Ghebreyesus, T. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129-130. doi:10.1002/wps.20768
- Afonso, P. (2020). [The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health]. *Acta Med Port*, 33(5), 356-357. doi:10.20344/amp.13877
- Arpacioglu, S., Gurler, M., & Cakiroglu, S. (2020). Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*, 20764020940742. doi:10.1177/0020764020940742
- Asim, M., van Teijlingen, E., & Sathian, B. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) and the risk of Post-Traumatic Stress Disorder: A mental health concern in Nepal. *Nepal J Epidemiol*, 10(2), 841-844. doi:10.3126/nje.v10i2.29761
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., . . . Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*, 1-2. doi:10.1017/S0033291720000999
- C, G., K, Lord, C, C., J, S., J, C., D, P., L, S., A, G., H, T., S, B., S, L., S, C., R, W., C, R., A, K., M, R., R, E., C, W., M, D., . . . M, G. (2021). A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry; Int J Geriatr Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/GPS.5434>

- Canavarro, M. C. (1999) (2021, outubro, 5). BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Recuperado de <http://www.fpce.uc.pt/saude/BSI.html>
- CDC. (2021, julho, 18). Different COVID-19 Vaccines. Recuperado de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html>
- Chowdhury, S. D., & Oommen, A. M. (2020). Epidemiology of COVID-19. *Journal of Digestive Endoscopy*, 11(1), 3. <https://doi.org/10.1055/S-0040-1712187>
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, 292, 113347. doi:10.1016/j.psychres.2020.113347
- Cui, P. P., Wang, P. P., Wang, K., Ping, Z., Wang, P., & Chen, C. (2020). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Occup Environ Med*. doi:10.1136/oemed-2020-106540
- DGS. (2020). COVID-19: Fase de Mitigação - Saúde Mental. Direção Geral Da Saúde, 1–10. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20854/norma-011-2020-covid-19-fase-de-mitiga%C3%A7%C3%A3o-sa%C3%BAde-mental.pdf>
- DGS. (2021, março, 25). Direção Geral de Saúde - Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), 2020). Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- FORTIN, M. F. – O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.
- FORTIN, Marie Fabienne - O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª. Ed. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN 972-8383-10-X.
- GOV.UK. (2021, julho, 18). COVID-19: epidemiologia, virologia e características clínicas. Recuperado de <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-background-information/wuhan-novel-coronavirus-epidemiology-virology-and-clinical-features>

- INSA. (2021, julho, 16). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal – relatório de nowcasting, 2021, p. 1-15. Recuperado de http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/Report_covid19_16_07_2021.pdf
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 15(10), e0241032. doi:10.1371/journal.pone.0241032
- Li, X., Li, S., Xiang, M., Fang, Y., Qian, K., Xu, J., . . . Wang, B. (2020). The prevalence and risk factors of PTSD symptoms among medical assistance workers during the COVID-19 pandemic. *J Psychosom Res*, 139, 110270. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110270
- Luceno-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., Garcia-Albuerne, Y., & Martin-Garcia, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17(15). doi:10.3390/ijerph17155514
- Marcelino, D., Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71–75. <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2012.03.003>
- Mental Well-Being of Nursing Staff During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak: A Cultural Perspective. (2020). *Journal of Emergency Nursing*, 46(4), 426–427. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2020.04.003>
- Nowicki, G. J., Slusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A., & Niedorys, B. (2020). The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of Meaning in Life among Nurses: Research Protocol and Preliminary Results from Poland. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18). doi:10.3390/ijerph17186491
- OMS. (2021, março, 25). Europa - Surto de doença por coronavírus (COVID-19) Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- Our World in Data. (2021, julho, 18). Vacinações contra Coronavírus (COVID-19) - Estatísticas e Pesquisa. Recuperado de <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

- Ramos, C., Figueiras, L., Marcelo, L., Leal, I., Tedeschi, R. G., (2015). Inventário de ruminação relacionada com o acontecimento: qualidades psicométricas na população portuguesa- Psicologia, Saúde e Doenças. <https://doi.org/10.15309/15psd160303>
- Raudenska, J., Steinerova, V., Javurkova, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 34(3), 553-560. doi:10.1016/j.bpa.2020.07.008
- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol*, 17(7), 921-926. doi:10.1016/j.jacr.2020.05.021
- Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D., & Rusconi, E. (2020). Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *R Soc Open Sci*, 7(9), 200880. doi:10.1098/rsos.200880
- Silva, S., Canavarro, M. C. (2009). (2021, outubro, 5). PTGI - Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático. Recuperado de <http://www.fpce.uc.pt/saude/PTGI.html>
- SNS24. (2021, março, 25). COVID-19. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/> >.
- SOUSA, H. L. M. – A prática baseada em evidência: Uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Licenciatura em Enfermagem. Porto, Fevereiro - 2012
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., . . . Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J Affect Disord*, 274, 1-7. doi:10.1016/j.jad.2020.05.009
- WHO. (2021, julho, 18). Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. Recuperado de <https://covid19.who.int/>

Worldometer. (2021, julho, 18). COVID Live Update: 204.150.509 Casos e 4.316.303 Mortes por Coronavírus. Recuperado de <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Xiao, S., Luo, D., & Xiao, Y. (2020). Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Glob Health Res Policy*, 5, 29. doi:10.1186/s41256-020-00155-2

Yin, Q., Sun, Z., Liu, T., Ni, X., Deng, X., Jia, Y., . . . Liu, W. (2020). Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019. *Clin Psychol Psychother*, 27(3), 384-395. doi:10.1002/cpp.2477

ANEXOS

ANEXO I – Explicação do estudo e consentimento informado

“Saúde mental e pandemia por COVID-19”

Questionário

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte e os procedimentos que se irão utilizar. Solicitamos que leia as explicações que se seguem antes de aceitar responder ao questionário.

O estudo para o qual se solicita a sua colaboração, realizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto / CINTESIS, é subordinado ao tema “*Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós traumático em pessoas em isolamento profilático ou infetadas, após recuperação*”.

A atual situação de pandemia determinada pela COVID-19 implica mudança das rotinas diárias, não apenas nas pessoas infetadas mas também na população em geral, tendo em conta a necessidade de prevenir a infeção. Estas mudanças, o afastamento que implicam e o receio são propícios ao aparecimento de problemas de saúde mental. As evidências de investigação salientam que estes são mais evidentes em pessoas em isolamento profilático e principalmente nas que são infetadas.

Diversas instituições prepararam-se para prestar apoio emocional aos seus profissionais e à população que sinta que a sua saúde mental e o seu equilíbrio emocional estão a ser afetados pelo atual contexto da pandemia de Covid-19. As pessoas que por diversos motivos se sentem mais afetadas pelo contexto da pandemia podem desenvolver sintomas de ansiedade, sintomatologia depressiva e mesmo stress pós traumático. Os profissionais de saúde, pela exposição à COVID-19, possuem um risco mais elevado de desenvolver problemas de saúde mental, que se agravam com o volume de trabalho e exaustão.

Este estudo tem como objetivos:

- a) avaliar a presença de sintomatologia depressiva e de stress pós traumático em pessoas devido à COVID-19 (isolamento profilático ou isolamento devido a infeção);
- b) avaliar os sintomas de distress após a vivência do isolamento profilático ou isolamento devido a infeção;
- c) identificar consequências a curto e médio prazo, a nível físico e psicológico, pela infeção pelo vírus SARS-CoV-2
- d) estudar fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de stress pós

traumático após a infecção;

e) analisar o processo de crescimento / ajustamento pós-traumático, que inclui mudanças positivas no funcionamento psicológico das pessoas após uma infecção pelo vírus SARS-CoV-2;

A sua participação o estudo é voluntária. Pode decidir não tomar parte do estudo. Se decidir participar, poderá sempre desistir a qualquer momento. Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado responder a um protocolo com diversos questionários, onde lhe serão colocadas questões sobre o tema em estudo. O protocolo pode ser respondido de acordo com a sua disponibilidade. A realização do estudo poderá permitir uma maior compreensão da forma como as pessoas com COVID-19 ou que estiveram em isolamento profilático lidaram com a situação. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Compreendi o que me foi explicado e desejo participar no estudo

(passar para o questionário sociodemográfico)

Não desejo participar no estudo

(Agradecemos igualmente o tempo que disponibilizou)

ANEXO II – Questionário sóciodemográfico

Questionário sócio-demográfico

1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Nacionalidade: _____
4. Naturalidade: _____
5. Residência (Concelho): _____
6. Habilitações literárias completas:
- Sem escolaridade 4ª classe 6º ano 9º ano 12º ano
- Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
- Outro _____
7. Situação Profissional:
- Ativo Desempregado Reformado Outro _____
8. Profissão: _____
9. Estado Civil:
- Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo
10. Filhos: Sim _____ Não _____ Se sim, quantos? _____
11. Rendimento anual familiar:
- inferior a 10.000€ entre 10.001 e 20.000€ entre 20.001 e 37.500€
- entre 37.501 e 70.000€ superior a 70.001€

2. ANAMNESE DE ENTRADA (SE ESTEVE ISOLADO DEVIDO A INFECÇÃO)

2.1. 1. Isolamento

Profilático ()

Social por infecção ()

2.1.2. Em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos (durante o isolamento):

() () () () () ()
Péssima Má Fraca Regular Boa Muito boa

2.1.2. Em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde (durante o isolamento):

() () () () () ()
Péssima Má Fraca Regular Boa Muito boa

Se esteve só em isolamento profilático passa para os questionários

2.2. Data: __/__/__

2.3 Queixa principal _____

Não tive nenhum sintoma ()

2.4 Outras queixas (assinalar quais)

2.4. 1. Dificuldade respiratória ()

2.4. 2. Dores musculares ()

2.4. 3. Dor de garganta ()

2.4. 4. Perda de olfato ()

2.4. 5. Perda de paladar ()

2.4. 6. Tosse ()

2.4. 7. Não teve ()

2.5. Antecedentes Clínicos (físicos):

2.5.1. Hipertensão arterial

2.5.2 Diabetes Mellitus

2.5.3. ASMA

2.5.4. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

2.5.5. Doença oncológica

2.5.6. Hipotireoidismo

2.5.7 Hipertireoidismo

2.5.8 Insuficiência cardíaca

2.5.9. Transplantação

2.5.10 Imunossupressão

2.5. 11 Doença Renal Crônica

2.5.12 Doenças Cromossômicas

3. Antecedentes Clínicos (psicológicos):

Ansiedade Depressão Outro _____

4. Utiliza medicamentos com frequência (diariamente)?

Sim Não

Se sim, quais? _____

5. Exame Físico (responda aos que souber, reportando-se ao momento em que ocorreu o isolamento ou internamento):

a) Frequência Cardíaca:

b) Temperatura:

c) Frequência respiratória:

d) Pressão arterial:

e) Oximetria:

6. Medidas Antropométricas:

a) Peso:

b) Altura:

c) Circunferência Abdominal:

7. Hábitos de Vida:

- a) Alcoolismo ()
- b) Tabagismo ()
- c) Uso de drogas ilícitas ()
- d) Prática de atividade física ()

3. REACÇÃO DURANTE E APÓS ALTA OU ISOLAMENTO

3.1. A nível Cardiovascular

- () Infarto Agudo do Miocárdio () Tromboembolismo venoso () Fibrilação
- () Hipertensão () Arritmia () Miocardite () Coagulação Intravascular
- Disseminada () Lesão Miocárdica Aguda () Outro _____

3.2.v A nível respiratório

- () Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo () Pneumonia () Lesão
- Pulmonar Aguda () Outro _____

3.3 A nível gastrointestinal/Hepático

- () Inflamação Intestinal () Gastrite () Diarréia () Desconforto Abdominal
- () Doença de Crohn () Hepatite () Outro _____

3.4 A nível renal

- () Lesão Renal Aguda () Infecção do Trato Urinário () Insuficiência Renal
- () Outro _____

3.5. A nível neurológico

- () Anosmia () Ageusia () Acidente Vascular Cerebral () Confusão Mental ()
- Parestesia () Síndrome de Guillain-Barré () Síndrome de Miller-Fisher ()
- Desconforto neuromuscular () Demência () Outro _____

3.6 A nível endócrino

- () Insuficiência Adrenal () Dislipidemia () Diabetes Mellitus () Hipertireoidismo
- () Hipotireoidismo () Outro _____

3.7. Qualidade de Vida e saúde mental (na altura do acontecimento)

3.7.1. Perceção global e genérica da qualidade de vida:

() () () () () ()
 Péssima Má Fraca Regular Boa Muito boa

3.7.2. Sintomas psicológicos após o isolamento ou internamento

Ansiedade () Depressão () Obsessão / compulsão () Fadiga Crónica () Outro _____

4. Nos últimos 5 anos, considera ter ocorrido na sua vida um acontecimento significativamente negativo? (Por exemplo: doença grave, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros)

4.1. Sim _____ Não _____

4.2. Se sim, qual/quais?_Indendifique-os com um número_(Ex: 1 – aaa; 2 – bbb)

5. Que nível de stress sentiu no momento após o(s) acontecimento(s) traumático(s) indicado? (Escreva cada acontecimento e assinale com uma cruz (X) o algarismo que representa o nível de stress que sentiu no momento após cada acontecimento). Indique na coluna da esquerda o acontecimento identificado em 4.2.

| Nada Stressante | Quase nada stressante | Um pouco stressante | Moderadamente stressante | Muito stressante | Bastante stressante | Extremamente stressante |
|-----------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6. Dos acontecimentos que reportou indique, por favor qual o que teve maior impacto na sua vida:

7. A sua resposta ao acontecimento incluiu medo intenso, sensação de desamparo, ou horror?

Sim () Não ()

8. Devido ao isolamento e à experiência que vivenciou, teve oportunidade de estar em contacto com informações referentes à infecção pelo SARS-CoV-2, à COVID-19 ou mesmo às estratégias de prevenção. Em relação às entidades que se seguem, indique o grau de credibilidade que lhe merecem as informações que disseminaram:

| | Nada credível | Pouco credível | Credível | Bastante Credível | Muito Credível |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Organização Mundial da Saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Direção Geral de Saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presidência da República | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Governo / Ministério da Saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hospitais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Centros de Saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| SNS24 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comunicação social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Redes Sociais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

De seguida, irá encontrar cinco questionários. Por favor, responda a TODAS as questões, enquanto mantém na memória o acontecimento traumático, que reportou acima, com maior impacto para si. Não existem respostas certas nem erradas.

ANEXO III – Questionário de Avaliação da Perturbação de Stress Pós-Traumático

Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático

Versão Portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version*

Mantenha concentrada a sua atenção no acontecimento que vivenciou. Por favor, leia cada frase que se segue e assinale em que medida ficou incomodado com essa situação, nos tempos seguintes/posteriores a esse acontecimento. Para tal assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião para cada questão.

| | Nada | Um Pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|--|------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1. Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes àquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Sonhos perturbadores e repetitivos referentes àquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Agir ou sentir-se subitamente como se aquele acontecimento estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Evitar pensar ou falar sobre aquele acontecimento, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento traumático? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Evitar actividades ou situações porque elas lhe lembram aquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes daquele acontecimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Perder o interesse por actividades de que antes costumava gostar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ter dificuldade em concentrar-se? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Estar "super-alerta" ou hipervigilante ou em guarda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO IV – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI)

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático Versão portuguesa do *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida desde que ocorreu o acontecimento. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento
 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado do acontecimento
 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado do acontecimento
 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado do acontecimento
 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado do acontecimento
 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida. | | | | | | |
| 2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida. | | | | | | |
| 3. Desenvolvi novos interesses. | | | | | | |
| 4. Sinto que posso contar mais comigo própria. | | | | | | |
| 5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais. | | | | | | |
| 6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade. | | | | | | |
| 7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida. | | | | | | |
| 8. Sinto-me mais próxima das outras pessoas. | | | | | | |
| 9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções. | | | | | | |
| 10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades. | | | | | | |
| 11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida. | | | | | | |
| 12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor. | | | | | | |
| 13. Consigo apreciar melhor cada dia. | | | | | | |
| 14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes. | | | | | | |
| 15. Tenho mais compaixão para com os outros. | | | | | | |
| 16. Dedico-me mais às minhas relações. | | | | | | |
| 17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança. | | | | | | |
| 18. Tenho uma maior fé religiosa. | | | | | | |
| 19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser. | | | | | | |
| 20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas. | | | | | | |
| 21. Aceito melhor necessitar dos outros. | | | | | | |

ANEXO V – Inventário de Crenças Centrais (CBI)

Inventário de crenças centrais - CBI Versão Portuguesa do *Core Beliefs Inventory (CBI)*

Alguns acontecimentos podem ser tão poderosos, que “agitam o mundo” dos indivíduos, podendo levá-los a analisar as crenças centrais acerca de si próprios, dos outros, do mundo e do seu futuro.

Por favor, pense acerca do acontecimento que reportou e indique, o quanto a levou a examinar seriamente cada uma das seguintes crenças centrais.

| Nada | Muito pouco | Pouco | Moderadamente | Muito | Bastante |
|------|-------------|-------|---------------|-------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são controláveis. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas relações com as outras pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas capacidades, forças e fraquezas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas expectativas para o futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do significado da minha vida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças espirituais ou religiosas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO VI – Pensamentos Relacionados com o Acontecimento (ERRI)

Pensamentos Relacionados com o Acontecimento -(ERRI)

Versão Portuguesa do Event Related Rumination Inventory (ERRI)

Parte 1

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, dão por si a ter pensamentos acerca do acontecimento, mesmo sem tentarem pensar nele. Indique, por favor, para os seguintes itens quantas vezes teve as experiências descritas, **durante as semanas imediatamente após** o acontecimento.

| Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Quase sempre |
|-------|---------------|----------------|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 - Eu pensei no acontecimento, mesmo sem querer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 - Pensamentos acerca do acontecimento vieram-me à mente e eu não consegui parar de pensar neles. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 - Os pensamentos acerca do acontecimento distraíram-me ou impediram-me de me concentrar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 - Eu não consegui evitar que imagens ou pensamentos acerca do acontecimento me viessem à mente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 - Pensamentos, memórias, ou imagens acerca do acontecimento vieram-me à mente, mesmo quando eu não os queria. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 - Pensamentos acerca do acontecimento fizeram-me reviver a minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 - Lembranças do acontecimento trouxeram-me pensamentos acerca da minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 - Dei por mim a pensar, automaticamente, acerca do que tinha acontecido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 - Outras coisas levaram-me a pensar na minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 - Eu tentei não pensar no acontecimento mas não consegui afastar os pensamentos da minha mente. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Parte 2

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, passam tempo a pensar, de forma deliberada e intencional no acontecimento. Indique, por favor, quantas vezes passou tempo a pensar, de forma deliberada, nas questões abaixo indicadas, durante as semanas imediatamente após o acontecimento.

| Nunca | Algumas Vezes | Frequente mente | Quase sempre | |
|---|----------------------|------------------------|---------------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 1 – Eu pensei se poderia encontrar um significado à minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 – Eu pensei se as mudanças que ocorreram na minha vida vieram de lidar com o acontecimento. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 – Obriguei-me a pensar sobre os meus sentimentos acerca da minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 – Eu pensei se teria aprendido alguma coisa como resultado da minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 – Eu pensei em como a experiência mudou as minhas crenças acerca do mundo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 – Eu pensei sobre o que a experiência poderia significar para o meu futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 – Eu pensei sobre se a minha relação com os outros mudou após a minha experiência. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 – Obriguei-me a lidar com os meus sentimentos acerca do acontecimento. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 – Eu pensei, de forma deliberada, em como o acontecimento me tinha afetado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 – Eu pensei acerca do acontecimento e tentei compreender o que se passou. | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO VII – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

INVENTARIO DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS (BSI)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM CADA PROBLEMA O (A) INCOMODOU DURANTE O PERÍODO EM QUE VIVENCIAU O ACONTECIMENTO. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder. Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes:

| INVENTARIO | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Questões | Nunca (0) | Poucas vezes (1) | Algumas vezes (2) | Muitas vezes (3) | Muitíssimas vezes (4) |
| 1. Nervosismo ou tensão interior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desmaios ou tonturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dores sobre o coração ou no peito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Medo na rua ou praças públicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pensamentos de acabar com a vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Perder o apetite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ter medo súbito sem razão para isso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ter impulsos que não se podem controlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sentir-se sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sentir-se triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Não ter interesse por nada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sentir-se atemorizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sentir-se inferior aos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si | | | | | |
| 25. Dificuldade em adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Dificuldade em tomar decisões | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Sensação de que lhe falta o ar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Calafrios ou afrontamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sensação de vazio na cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sentir-se sem esperança perante o futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ter dificuldade em se concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Falta de forças em partes do corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Entrar facilmente em discussão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimento de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANEXO VIII - ANOVA – Relação entre existência de comorbilidade e a sintomatologia de distress.

| | | Soma dos Quadrados | df | Quadrado Médio | Z | Sig. |
|---------------------------|--------------|--------------------|-----|----------------|--------|------|
| Somatization | Entre Grupos | 15,794 | 1 | 15,794 | 39,405 | ,000 |
| | Nos grupos | 118,642 | 296 | ,401 | | |
| | Total | 134,436 | 297 | | | |
| Obsessive-Compulsive | Entre Grupos | 24,741 | 1 | 24,741 | 61,944 | ,000 |
| | Nos grupos | 118,227 | 296 | ,399 | | |
| | Total | 142,968 | 297 | | | |
| Interpersonal Sensitivity | Entre Grupos | 32,627 | 1 | 32,627 | 53,232 | ,000 |
| | Nos grupos | 181,421 | 296 | ,613 | | |
| | Total | 214,048 | 297 | | | |
| Depression | Entre Grupos | 16,963 | 1 | 16,963 | 35,636 | ,000 |
| | Nos grupos | 140,899 | 296 | ,476 | | |
| | Total | 157,862 | 297 | | | |
| Anxiety | Entre Grupos | 13,522 | 1 | 13,522 | 23,682 | ,000 |
| | Nos grupos | 169,018 | 296 | ,571 | | |
| | Total | 182,541 | 297 | | | |
| Hostility | Entre Grupos | 24,826 | 1 | 24,826 | 60,600 | ,000 |
| | Nos grupos | 121,261 | 296 | ,410 | | |
| | Total | 146,087 | 297 | | | |
| Phobic Anxiety | Entre Grupos | 15,657 | 1 | 15,657 | 24,487 | ,000 |
| | Nos grupos | 189,266 | 296 | ,639 | | |
| | Total | 204,923 | 297 | | | |
| Paranoid Ideation | Entre Grupos | 32,875 | 1 | 32,875 | 77,866 | ,000 |
| | Nos grupos | 124,969 | 296 | ,422 | | |
| | Total | 157,843 | 297 | | | |
| Psychoticism | Entre Grupos | 12,473 | 1 | 12,473 | 31,600 | ,000 |
| | Nos grupos | 116,837 | 296 | ,395 | | |
| | Total | 129,310 | 297 | | | |
| Global Severity Index | Entre Grupos | 21,995 | 1 | 21,995 | 75,542 | ,000 |
| | Nos grupos | 86,184 | 296 | ,291 | | |
| | Total | 108,179 | 297 | | | |

ANEXO IX - ANOVA – Relação entre existência de comorbilidade e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

| | | Soma dos Quadrados | df | Quadrado Médio | Z | Sig. |
|---|--------------|--------------------|-----|----------------|---------|------|
| PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | Entre Grupos | 1868,045 | 1 | 1868,045 | 49,995 | ,000 |
| | Nos grupos | 11059,837 | 296 | 37,364 | | |
| | Total | 12927,883 | 297 | | | |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | Entre Grupos | 643,040 | 1 | 643,040 | 17,398 | ,000 |
| | Nos grupos | 10940,172 | 296 | 36,960 | | |
| | Total | 11583,211 | 297 | | | |
| PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais | Entre Grupos | 5998,803 | 1 | 5998,803 | 118,530 | ,000 |
| | Nos grupos | 14980,580 | 296 | 50,610 | | |
| | Total | 20979,383 | 297 | | | |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual | Entre Grupos | 12,455 | 1 | 12,455 | 1,193 | ,276 |
| | Nos grupos | 3089,773 | 296 | 10,438 | | |
| | Total | 3102,228 | 297 | | | |
| PTGI_Total | Entre Grupos | 20288,895 | 1 | 20288,895 | 45,448 | ,000 |
| | Nos grupos | 132141,377 | 296 | 446,424 | | |
| | Total | 152430,272 | 297 | | | |

ANEXO X - ANOVA – Relação entre a sintomatologia de distress e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

| | | Soma dos Quadrados | df | Quadrado Médio | Z | Sig. |
|---|--------------|--------------------|-----|----------------|--------|------|
| PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | Entre Grupos | 65,770 | 1 | 65,770 | 1,514 | ,220 |
| | Nos grupos | 12862,112 | 296 | 43,453 | | |
| | Total | 12927,883 | 297 | | | |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | Entre Grupos | 209,457 | 1 | 209,457 | 5,451 | ,020 |
| | Nos grupos | 11373,754 | 296 | 38,425 | | |
| | Total | 11583,211 | 297 | | | |
| PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais | Entre Grupos | 122,900 | 1 | 122,900 | 1,744 | ,188 |
| | Nos grupos | 20856,482 | 296 | 70,461 | | |
| | Total | 20979,383 | 297 | | | |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual | Entre Grupos | 140,454 | 1 | 140,454 | 14,037 | ,000 |
| | Nos grupos | 2961,774 | 296 | 10,006 | | |
| | Total | 3102,228 | 297 | | | |
| PTGI_Total | Entre Grupos | 2078,020 | 1 | 2078,020 | 4,091 | ,044 |
| | Nos grupos | 150352,252 | 296 | 507,947 | | |
| | Total | 152430,272 | 297 | | | |

ANEXO XI - Coeficientes da correlação de Pearson entre o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

| | | PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | PTGI_F2 - Novas Possibilidades | PTGI_F3 - Fortalecimen- tos das Relações Interpessoai | PTGI_F4 - Desenvolvim- ento Espiritua | 2.1.1 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos |
|--|-----------------------|---|--------------------------------------|--|---|---|
| PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | Correlação de Pearson | 1 | ,895** | ,898** | ,624** | ,253** |
| | Sig. (2 extremidades) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | Correlação de Pearson | ,895** | 1 | ,825** | ,732** | ,251** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoai | Correlação de Pearson | ,898** | ,825** | 1 | ,620** | ,374** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua | Correlação de Pearson | ,624** | ,732** | ,620** | 1 | ,254** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| 2.1.1 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos | Correlação de Pearson | ,253** | ,251** | ,374** | ,254** | 1 |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

ANEXO XII - Coeficientes da correlação de Pearson entre o suporte percebido das instituições de saúde durante o isolamento e as escalas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático.

| | | PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | PTGI_F2 - Novas Possibilidades | PTGI_F3 - Fortalecimen- tos das Relações Interpessoais | PTGI_F4 - Desenvolvemento Espiritua | 2.1.2 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde |
|---|-----------------------|---|--------------------------------------|---|---|---|
| PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais | Correlação de Pearson | 1 | ,895** | ,898** | ,624** | ,316** |
| | Sig. (2 extremidades) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F2 - Novas Possibilidades | Correlação de Pearson | ,895** | 1 | ,825** | ,732** | ,233** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais | Correlação de Pearson | ,898** | ,825** | 1 | ,620** | ,469** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua | Correlação de Pearson | ,624** | ,732** | ,620** | 1 | ,200** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,001 |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |
| 2.1.2 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde | Correlação de Pearson | ,316** | ,233** | ,469** | ,200** | 1 |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | |
| | N | 298 | 298 | 298 | 298 | 298 |

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

