

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E ESTRATÉGIAS DE AJUSTAMENTO  
PSICOLÓGICO EM PESSOAS DEVIDO À INFEÇÃO PELO SARS-COV-2**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu e  
coorientada pela Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Autora: Miriam González Freijeiro de Matos Fernandes

Porto, 2021



## **DEDICATÓRIA**

A todas as pessoas que vivenciaram a infecção por SARS-CoV-2.

## **AGRADECIMENTOS**

Nesta caminhada caracterizada por altos e baixos, dificuldades e vitórias, o meu profundo agradecimento:

A todas as pessoas que disponibilizaram o seu tempo para participar no estudo e partilhar a sua experiência, mostrando disponibilidade e compreensão nestes tempos difíceis da Pandemia.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu pela irrepreensível orientação e disponibilidade ao longo da realização deste estudo.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade de formação.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio e carinho que me deram no meu percurso académico e, especialmente, nesta etapa.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo, apoio, motivação e amizade.

Um sincero obrigada a todos!

## LISTA DE SIGLAS

BSI - *Brief Symptom Inventory*

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CPT – Crescimento Pós-traumático

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

F – *Oneway* ANOVA

H – Hipótese de Investigação

H<sub>0</sub> – Hipótese Nula

ICN – *International Council of Nurses*

IGS – Índice geral de sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

OMS – Organização Mundial de saúde

PLC-C – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*

PTGI – *Posttraumatic Growth Inventory*

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

RNA – Molécula de Ácido Ribonucleico

RT-PCR – Teste de Transcrição Reversa da reação em cadeia da Polimerase

S – Proteína *Spike*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SPT – Stress Pós-Traumático

SS – Suporte Social

TSP – Total de Sintomas Positivos

## LISTA DE ABREVIATURAS

cit. – Citado

Dr. – Doutor

Dra. - Doutora

*et al.* – E outros

nº - Número

p. - Página

sig. - Significância estatística

Vol. - Volume

## RESUMO

O vírus SARS-CoV-2 surgiu em Wuhan no ano 2019, transmitindo-se através de gotículas e/ou contacto com superfícies contaminadas. Os sintomas da infeção pelo vírus (Covid-19) incluem tosse, febre e falta de ar. O tempo entre a exposição e o início dos sintomas varia entre 2-14 dias. Estudos evidenciam a presença de sintomatologia psicopatológica devido a isolamento por infeção. Este estudo foi realizado no âmbito de um projeto major em curso no CINTESIS / ESEP. O presente estudo assumiu uma abordagem quantitativa, não experimental, do tipo descritivo/correlacional. A amostra do estudo contemplou 337 participantes de ambos os sexos, maiores de idade, que estiveram em isolamento por infeção devido ao SARS-CoV-2 e aceitaram colaborar no estudo, selecionados através de amostragem não probabilística acidental.

Os dados obtidos foram colhidos através de um questionário que envolveu os seguintes instrumentos: informações sociodemográficas, clínicas e de saúde, o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*, o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) e o *Brief Symptom Inventory* (versões portuguesas). Os dados foram colhidos entre janeiro e março de 2021, cumprindo os princípios éticos inerentes à investigação. Os resultados deste estudo permitem constatar que existe evidência da presença de relação entre os sintomas de Stress Pós-Traumático (SPT) e o suporte social, tal como, com a sintomatologia psiquiátrica. O crescimento pós-traumático (CPT) também se relaciona com a sintomatologia psiquiátrica e com o suporte social ( $r= 0.285/r=0,339$ ). Observamos que os participantes apresentaram valores mais elevados do que os valores médios de referência nas dimensões psicopatológicas, denotando-se um sofrimento clinicamente significativo (valor do IGS de 1,03). Identificamos ainda que o “índice geral de sintomas” se correlaciona negativamente com os fatores presentes na PTGI ( $r=-0,036/r=0,339$ ); quando uma aumenta a outra diminui, isto é, quanto mais sintomatologia psiquiátrica e distúrbio emocional se verificar, menor será o CPT. Também observamos que, quanto maior for o suporte social percebido, tanto de familiares/amigos, como dos serviços de saúde, maior será o CPT.

Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura consultada. O estudo evidencia a importância de se detetarem precocemente possíveis sintomas psicopatológicos nesta população, de forma a obterem um tratamento atempadamente, prevenindo o impacto

negativo a longo prazo, obtendo-se transições saúde-doença saudáveis, pelo que se revela necessário mais pesquisa e desenvolvimento científico nesta área.

**Palavras-chave:** SARS-CoV-2, COVID-19, Stress Pós-Traumático, Crescimento Pós-traumático, *Coping*, Gestão de sinais e sintomas, Ajustamento Psicológico, Saúde Mental.

## ABSTRACT

The SARS-CoV-2 virus emerged in the city of Wuhan in 2019, transmitting itself through droplets and/or contact with contaminated surfaces. Symptoms of Covid-19 (SARS-CoV-2 infection) include coughing, fever and shortness of breath and the time between exposure and onset of symptoms ranging from 2 to 14 days. Studies show the presence of psychopathological symptoms due to isolation due to infection. This study was carried out as part a umbrella project underway at CINTESIS/ESEP. The present study took a quantitative, non-experimental, descriptive/correlational approach. The study sample included 337 participants of both sexes, of legal age, who were in isolation for infection due to SARS-CoV-2 and accepted to collaborate in the study, selected through accidental non-probabilistic sampling.

Data were collected through a questionnaire that involved the following instruments: sociodemographic, clinical and health information, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) and the Brief Symptom Inventory (Portuguese versions). Data were collected between January and March 2021, complying with the ethical principles inherent to the investigation. The results of this study allow us to verify that there is evidence of the presence of a relationship between PTSD symptoms and social support ( $r= 0.285/r=0,339$ ), such as with psychiatric symptoms. Posttraumatic growth is also related to psychiatric symptoms and social support. We observed that the participants had higher values than the mean reference values in the psychopathological dimensions, denoting clinically significant suffering (IGS value of 1.03). We also identified that the 'general index of symptoms' is negatively correlated with the factors present in PTGI( $r=-0,036/r=0,339$ ), when one increases the other decreases, that is, the more psychiatric symptoms and emotional disturbances are verified, the less post-traumatic growth will be. We also observed that the greater the perceived social support, both from family members/friends and from health services, the greater the post-traumatic growth.

In general, the results obtained are in line with the literature consulted. The study highlights the importance of early detection of possible psychopathological symptoms in this population, in order to obtain timely treatment, preventing the long-term negative impact,

in order to obtain healthy health-disease transitions, requiring more research and scientific development in this area.

**Keywords:** SARS-CoV-2, COVID-19, Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, Coping, Signs and Symptom Management, Psychological Adjustment, Mental Health.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
<b>CAPÍTULO 1 - INFECÇÃO POR SARS-CoV-2 e SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>19</b>
1. Infecção por SARS-CoV-2: Sintomatologia Física e Psicológica .....	19
1.1. Epidemiologia da infecção pelo SARS-CoV-2 .....	19
1.2. Fatores de risco e sintomatologia física e psicológica.....	23
1.3. Evidências sobre problemas de saúde mental devido à infecção e ao isolamento .....	31
2. Infecção por SARS-CoV-2 e Vivências de Traumas.....	36
2.1. Vivência do trauma: importância das interações sociais .....	36
2.2. Caracterização do Stress pós-traumático .....	42
2.3. Coping e dinâmica da reconstrução pós-traumática.....	54
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>62</b>
1. Considerações Metodológicas.....	62
1.1. Questão de investigação .....	62
1.2. Objetivos do Estudo.....	63
1.3. Hipóteses de investigação .....	64
1.4. Variáveis do Estudo .....	64
1.5. Tipo de Estudo .....	65
1.6. População e Amostra.....	66
1.7. Instrumentos de Recolha de Dados.....	67
1.8. Procedimentos Legais e Éticos.....	74
1.9. Análise de Dados .....	75
2. Caracterização dos Participantes .....	77
2.1. Apresentação de Resultados .....	77
2.2. Análise Estatística Inferencial.....	86
3. Discussão de Resultados.....	95
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>115</b>
Anexo I – Questionário para Recolha de Dados	

**Anexo II – Tabela de *Oneway* ANOVA BSI / Sintomatologia Psiquiátrica**

**Anexo III – Tabela de *Oneway* ANOVA Sintomatologia Covid-19 / PTGI**

**Anexo IV – Tabela de Correlação de *Pearson* entre Crescimento Pós-Traumático e Sintomatologia Psiquiátrica**

**Anexo V – Tabela de Correlação de *Pearson* entre Crescimento Pós-Traumático e Suporte Social**

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Descrição das Dimensões de BSI .....	72
TABELA 2: Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao Suporte Social de Familiares e Amigos .....	82
TABELA 3: Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao Suporte Social dos Serviços de Saúde .....	82
TABELA 4: Estatísticas Descritivas dos Sintomas Psicopatológicos .....	83
TABELA 5: Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao PTGI.....	84
TABELA 6: Avaliação da associação entre os sintomas de PSPT e o Suporte Social de Familiares/amigos.....	86
TABELA 7: Avaliação da associação entre os sintomas de PSPT e o Suporte Social dos Serviços de Saúde .....	87
TABELA 8: Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as medias da população em geral.....	89
TABELA 9: Teste Oneway ANOVA entre dois grupos tendo em conta as dimensões do BSI	90
TABELA 10: Teste Oneway ANOVA entre dois grupos tendo em conta os Fatores do PTGI .	91
TABELA 11: Coeficientes da correlação Pearson entre os Fatores do PTGI e o Índice Geral de Sintomas .....	93
TABELA 12: Coeficientes da correlação Pearson entre os Fatores do PTGI e as dimensões de Suporte Social .....	94

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo teórico do processo do evento traumático .....	38
FIGURA 2: Modelo de Crescimento Pós-traumático.....	58
FIGURA 3: Estado Civil dos Participantes .....	78
FIGURA 4: Estatísticas Descritivas relativas à idade dos participantes .....	78
FIGURA 5: Habilitações Literárias dos Participantes .....	79
FIGURA 6: Situação Profissional dos Participantes .....	80
FIGURA 7: Profissão dos Participantes .....	80
FIGURA 8: Sintomas Predominantes .....	81
FIGURA 9: Teste Qui-quadrado sobre sintomas de PSPT e Suporte Social de Familiares/amigos .....	87
FIGURA 10: Teste Qui-quadrado sobre sintomas de PSPT e Suporte Social dos Serviços de Saúde .....	88

## INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação científica do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu e coorientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues.

Este estudo foi realizado no âmbito de um projeto major (*“Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”*), em curso no CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu. O projeto 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 infeção; e) analisar o processo de crescimento/ajustamento pós-traumático, que inclui mudanças positivas no funcionamento psicológico das pessoas após uma infeção pelo vírus SARS-CoV-2.

O vírus SARS-CoV-2 surgiu na cidade de Wuhan na China em dezembro de 2019, transmitindo-se de pessoa-a-pessoa através de gotículas e/ou contacto com superfícies contaminadas. Os sintomas da doença Covid-19 (infeção por SARS-Cov-2) incluem tosse, febre e falta de ar e o tempo entre a exposição e o início dos sintomas varia entre 2 e 14 dias (Correia, Rodrigues, Dias, & al, 2020). Deste modo, com a rápida transmissão do vírus a nível mundial, verificou-se a ocorrência de uma pandemia, causando um grande impacto na saúde mental da população, tendo por isso, num futuro próximo, consequências no bem-estar da mesma (Direção Geral da Saúde, 2020)

Estudos realizados em 2020, no âmbito do impacto da Covid-19 na saúde mental da população, evidenciam que, no geral, sinais e sintomas de stress, ansiedade e depressão durante o período de quarentena por profilaxia ou devido à contaminação por SARS-CoV-2 são os sintomas mais frequentes; bem como, insónia e ideação suicida, embora em menor prevalência que os anteriormente referidos (Brailovskaia & Margraf, 2020). As estratégias de

*coping*, como o distanciamento social e sentimento de controlo, demonstraram-se eficazes para gerir esta sintomatologia a curto prazo, tendo um impacto positivo no processo de adaptação; no entanto, verifica-se que a longo prazo não são significativos, levando a processos de adaptação ineficaz. Outros estudos revelam que atitudes otimistas estão associadas à diminuição da depressão e felicidade aumentada e que esta relação varia relativamente à perceção de saúde dos indivíduos (Lu, Nie, & Qian, 2020).

No entanto, outro estudo realizado em Portugal refere que cumprir o período de quarentena pode levar a estratégias de adaptação ineficaz, caracterizadas por “uma constelação de sintomas psicopatológicos” (Afonso, p. 356), tais como, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, levando a repercussões a longo prazo na saúde mental dos indivíduos. Deste modo, tendo em conta os aspetos referidos anteriormente, prevê-se que, num prazo de três anos após vivência de situação de quarentena, se verifique o aumento de risco para o aparecimento de problemáticas relacionadas com abuso de substâncias, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e depressão (Afonso, 2020).

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2020) afirma que a pandemia Covid-19 criou uma enorme crise de saúde pública, causando alterações com impacto negativo na economia e na sociedade. Desencadeou mudanças rápidas que ocasionaram um maior risco de doenças no âmbito da saúde mental das pessoas, afetando o bem-estar e qualidade de vida das mesmas (Direção Geral da Saúde, 2020).

Autores de vários estudos neste âmbito consideram necessária a produção de evidência científica que estude a medição do impacto psicológico da pandemia a nível mundial, tal como, o impacto da mesma não só em pessoas saudáveis, como também, em pessoas que tenham diagnóstico de doença mental e/ou perturbações do foro psiquiátrico (Jing, Jing, Yeo, & al, 2020).

Neste sentido, o tema desta dissertação – **Stress Pós-Traumático e Estratégias de Ajustamento Psicológico em pessoas devido à Infeção pelo SARS-CoV-2** - demonstra-se pertinente face à situação vivenciada atualmente, sendo que o estudo apresenta como finalidades principais: a) Contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria junto de pessoas que vivenciaram uma situação de infeção por SARS-CoV-2; - b) Contribuir para a definição de estratégias e intervenções assistenciais no âmbito da enfermagem de saúde mental, no sentido de melhorar a intervenção do enfermeiro especialista, na gestão de sinais e sintomas psicopatológicos e/ou de Stress Pós-traumático (SPT) neste tipo de população.

O presente estudo assumiu uma abordagem quantitativa, não experimental, do tipo descritivo/correlacional, tendo como questão de investigação: “Qual a associação entre a sintomatologia de Covid-19, os sintomas de Stress Pós-traumático e o Crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2?”. Desta forma, tendo em conta a existência de literatura nesta área, o estudo visou no estabelecimento de relações entre as variáveis, de forma a descrever as variações e relações existentes entre as mesmas.

Em concordância com o problema de investigação, foram definidos para o presente estudo, tendo em conta o espaço temporal pré-definido para o mesmo, os seguintes objetivos específicos: a) Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; b) Avaliar sinais e sintomas de Stress Pós-Traumático após infecção pelo SARS-CoV-2; c) Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de Stress Pós-Traumático; d) Analisar o papel das relações interpessoais na forma como as pessoas lidam com a doença; e) Avaliar o crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico e *coping* para lidar com a doença; f) Identificar focos de atenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas com Stress Pós-Traumático infetadas pelo SARS-CoV-2.

No que toca à amostra do estudo, esta consistiu num conjunto de pessoas acessíveis, passíveis de serem contactadas entre as datas de 3 de janeiro e 28 de março do ano 2021, sendo seleccionadas através da técnica de amostragem não probabilística accidental. Obteve-se uma amostra final de 337 participantes de ambos os sexos, maiores de idade, que estiveram em isolamento por infecção devido ao SARS-CoV-2 e que aceitaram colaborar no estudo.

Em relação à estrutura deste trabalho, o estudo está dividido em três capítulos centrais: O enquadramento teórico, o estudo empírico e a conclusão. O primeiro capítulo corresponde à operacionalização dos conceitos utilizados e aborda a literatura existente acerca das temáticas: Infecção por SARS-CoV-2 - sintomatologia física e psicológica e Infecção por SARS-Cov-2 - vivências de traumas. No segundo capítulo são abordadas as questões relativas ao processo de investigação: procedimentos e métodos utilizados para a recolha de dados, construção da questão de investigação, operacionalização de variáveis, análise e tratamento de dados e discussão dos dados obtidos. Por último, no terceiro capítulo é apresentada a conclusão, incluindo algumas considerações finais do estudo.



## CAPÍTULO 1 - INFECÇÃO POR SARS-CoV-2 e SAÚDE MENTAL

A doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) foi identificada no ano 2019. Deste modo, ao ser uma patologia recente, existem ainda características desconhecidas que fomentam a descoberta por parte da investigação científica. Neste capítulo iremos apresentar os aspetos relacionados com a infeção por SARS-CoV-2 e o impacto da mesma na saúde mental da população.

### 1. Infeção por SARS-CoV-2: Sintomatologia Física e Psicológica

Nas passadas décadas, nos anos 2002 e 2012, surgiram, respetivamente, a Síndrome Respiratória Aguda e a Síndrome Respiratória do Médio Oriente, condições médicas causadas por coronavírus denominados por *SARS-CoV* e *MERS-CoV*. Estes agentes infecciosos fazem parte de um conjunto de coronavírus conhecidos pela comunidade científica e estão associados a epidemias que ocorreram, nos últimos vinte anos, nas cidades de Hong Kong e Arábia Saudita e cuja taxa de letalidade variou entre os 10% e 30%, respetivamente (Rahman & al., 2020). Desta forma, após a descoberta da ocorrência de infeção por estes agentes patogénicos, não só em aves e mamíferos como também em seres humanos, as várias estirpes de coronavírus começaram a ser vistas, pela primeira vez, como um problema prioritário de saúde pública, a nível mundial (Hu & al., 2020).

#### 1.1. Epidemiologia da infeção pelo SARS-CoV-2

O novo SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, surgiu na cidade de Wuhan na China em dezembro de 2019, causando um surto de pneumonia viral com origem desconhecida. A sua disseminação foi de carácter rápido e incontrolável, sendo confirmada a circulação do mesmo, em janeiro de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A 16 de janeiro

verificou-se a primeira exportação do vírus para território japonês, seguindo-se do surgimento de novos casos positivos nos Estados Unidos da América (Hu & al., 2020).

No final do mesmo mês, tendo em conta o aumento do número de casos registados, a OMS declarou a ocorrência de epidemia e, apesar dos esforços das autoridades de saúde pública dos diversos países afetados, em fevereiro do mesmo ano, já se tinham confirmado casos positivos para SARS-CoV-2 no Canadá, Austrália e Brasil, surgindo, conseqüentemente, de forma progressiva, noutros países do mundo. Assim, com o aumento exponencial de casos nos diferentes continentes, a OMS declarou, algumas semanas mais tarde, em março de 2020, Pandemia por Covid-19 – “um surto que se dissemina mundialmente, num curto intervalo de tempo e com transmissão sustentada de pessoa para pessoa” (Adhanom, 2020).

O SARS-CoV-2 representa uma estirpe de coronavírus cujo genoma teve origem em 79% do genoma do SARS-CoV e 50% do genoma do MERS-CoV. A análise filogénica integral do genoma desta variante permitiu identificar uma relação direta com estirpes de coronavírus encontrados em morcegos ferradura e pangolins, classificando-o como um subgénero de *Sarbecovirus* – os *Betacoronavirus* (Hu & al., 2020). Desta forma, admite-se a existência de uma nova linhagem do vírus, uma vez que o SARS-CoV-2 apresenta, na sua constituição, a proteína *Spike* (proteína S), uma glicoproteína com 1.273 aminoácidos de comprimento, quando comparada com a proteína existente na estirpe SARS-CoV, com apenas 1.255 aminoácidos (Rahman & al., 2020).

À semelhança de outros coronavírus, o SARS-CoV-2 é um vírus constituído por uma única molécula de ácido ribonucleico positiva (RNA+) que contém no seu genoma nucleótidos formados por quatro bases azotadas (Adenina, Uracilo, Guanina e Citosina), uma molécula ribose e um grupo fosfato. Este vírus classifica-se como RNA+, uma vez que é traduzido pelos ribossomas celulares no sentido 5'-3', facto que facilita a indução da produção fácil, rápida e eficaz de proteínas virais, considerando-se, assim, um tipo de RNA mensageiro. No entanto, necessita que ocorra processamento da proteína S, na via endocítica, para permitir a sua entrada no organismo hospedeiro e assim causar debilidade do sistema imunitário; ocorre a ligação da proteína S com os recetores das membranas das células epiteliais do trato respiratório, permitindo o início da replicação a nível dos alvéolos pulmonares (Uzunian, 2020).

A rápida replicação do vírus pode causar uma forte resposta do sistema imunitário do organismo do hospedeiro, levando ao aumento célere dos níveis de citocinas a nível

pulmonar, o que causa dificuldade e/ou insuficiência respiratória, podendo até levar à morte do hospedeiro (Rahman & al., 2020).

Embora maior parte dos indivíduos infetados apresentem sinais e sintomas de doença leve (mais de 80% dos casos), registaram-se, aproximadamente, 14% dos casos com sintomatologia sugestiva de doença grave e, ainda, 5% de doença muito grave. Neste sentido, prevê-se que 10% dos casos registados necessitará de cuidados hospitalares diferenciados e outros 10% de cuidados hospitalares especializados (Unidades de Cuidados Intensivos), com necessidade de ventilação invasiva por síndrome de dificuldade respiratória severa (Bhimraj, et al., 2020). Porém, apesar da taxa de mortalidade ser mais elevada em indivíduos pertencentes a faixas etárias mais avançadas e com antecedentes de doenças crónicas (hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras), também se verificou probabilidade de falência multiorgânica e até mesmo morte nas camadas mais jovens e saudáveis da população (Bhimraj, et al., 2020).

#### **1.1.1. Epidemiologia em Portugal**

Em Portugal, o atual crescimento da população não tem acompanhado o progressivo envelhecimento da mesma, verificando-se que a cada 100 jovens da população portuguesa correspondem, aproximadamente, 161,3 idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

No ano 2019, tendo em conta os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, existiam, cerca de 10,28 milhões de habitantes, aproximadamente 4,8 milhões de indivíduos do sexo masculino e 5,4 milhões do sexo feminino. Este facto, visto como um problema de saúde pública, económico e social, exigiu a rápida mobilização de recursos humanos e materiais para o combate à pandemia, tendo como objetivos principais a diminuição da disseminação do vírus na população portuguesa, como também, o aumento da capacidade de assistência a todos os indivíduos infetados, tendo em vista o controlo da taxa de mortalidade causada pela Covid-19 (Oliveira & Fernandes, 2020).

No dia 2 de março de 2020 surgiu o primeiro caso positivo de Covid-19 no país, verificando-se, uma semana após a notificação do mesmo, 39 novos casos. O número de infeções por Sars-CoV-2 aumentou exponencialmente no espaço de um mês, registando-se em abril de 2020, 9.034 casos positivos. Atualmente, apesar do número de novos casos ter estabilizado

temporariamente nos últimos meses do ano 2020, os números registados no presente ano, evidenciam um aumento radical do número de novas infeções por dia, bem como, o aumento de casos com necessidade de cuidados de saúde especializados. Este facto reflete-se no aumento da taxa de mortalidade, verificando-se em janeiro de 2021, cerca de 9.000 óbitos (Oliveira & Fernandes, 2020; Shaaban, Peleteiro, & Martins, 2020).

Portugal foi identificado, pela OMS, como um dos países europeus com melhor capacidade de resposta à pandemia, não só devido à breve aplicação de medidas restritivas aquando da confirmação de novos casos positivos, como também, pela adoção de medidas de teletrabalho, cancelamento de eventos públicos, promoção de pagamento através de cartão bancário, transportes públicos gratuitos e encerramento de estabelecimentos comerciais propícios a juntar um grande número de pessoas (Oliveira & Fernandes, 2020). O estado de emergência nacional foi decretado a 18 de março de 2020 e terminou a 2 de maio do mesmo ano.

Para além das medidas anteriormente referidas, também foram restringidos os acessos a praias, parques, ginásios, pavilhões desportivos, entre outros. Os aeroportos do país passaram a funcionar apenas para voos prioritários, sendo que todos os outros foram suspensos; os passageiros que entravam em Portugal teriam de cumprir 14 dias de isolamento profilático. O funcionamento das fronteiras terrestres entre Portugal e Espanha foram mantidas apenas em nove pontos estratégicos do território nacional, sendo fiscalizadas pelas forças policiais e militares do país (Shaaban, Peleteiro, & Martins, 2020).

Portugal, de acordo com a nomenclatura territorial, está dividido em sete regiões: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa (Lisboa e Vale do Tejo), Alentejo, Algarve, Regiões autónomas da Madeira e dos Açores. A zona Norte do país registou um maior número de casos, em junho de 2020, contendo cerca de 50,5% dos casos confirmados a nível nacional e, por consequência, 50% dos óbitos registados nessa mesma data, incidindo, maioritariamente, em indivíduos de faixas etárias pertencentes aos 80 anos, seguidos dos indivíduos com idades compreendidas entre os 60-70 anos (Júnior, et al., 2020). Assim, verificou-se que, em 50 concelhos da região norte, o número de infetados, principalmente, na zona Metropolitana do Porto, atingiu os 50 casos positivos por 10 000 habitantes. No entanto, também se confirmou, em 11 concelhos da zona Centro do país e na zona metropolitana de Lisboa, um elevado número de casos por 10 000 habitantes, tendo em conta os casos registados nas restantes regiões de Portugal. Deste modo, o número de casos

em 3 de junho de 2020, a nível nacional, tingou os 32.6 infetados por cada 10 000 habitantes (Oliveira & Fernandes, 2020).

Em suma, das características atuais da pandemia Covid-19 em Portugal destaca-se o predomínio do aumento de casos positivos nas grandes áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, sendo a maioria dos indivíduos infetados no grupo etário dos 40-60 anos. No entanto, também se tem notado um aumento do número de casos com doença moderada a grave nas camadas mais jovens da população (20-40 anos), indo ao encontro da tendência verificada noutros países europeus (Direção Geral da Saúde, 2021).

## **1.2. Fatores de risco e sintomatologia física e psicológica**

As consequências clínicas da infeção por SARS-CoV-2 têm dado origem a quadros com evolução assintomática, bem como, quadros clínicos com evolução para doença grave e muito grave nas primeiras duas a três semanas após o surgimento dos primeiros sintomas, sendo que grande parte dos indivíduos infetados apresentam apenas, sinais e sintomas, de infeção respiratória das vias aéreas superiores. Porém, há indivíduos que desenvolvem sintomatologia característica de pneumonia intersticial com síndrome de dificuldade respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica invasiva, podendo apresentar falência multiorgânica.

As características dos sintomas apresentados e a gravidade dos mesmos estão diretamente relacionados com as características do indivíduo infetado, tendo em conta, os fatores de risco associados ao mesmo. Assim, vários estudos a escala mundial abordaram a relação dos fatores de risco a nível do estado de saúde e contextos socioeconómicos dos indivíduos infetados com SARS-CoV-2, identificando uma série de fatores predominantes nos casos abordados.

### **1.2.1. Fatores de Risco para Covid-19**

- **Idade e Comorbilidades**

Contrariamente às causas de internamento verificados, nos serviços hospitalares nos meses prévios à pandemia, atualmente, verificou-se que a infeção por SARS-CoV-2 e a consequente hospitalização por doença Covid-19 tem como fatores de risco predominantes a idade avançada e/ou a existência de doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, patologias coronárias, patologias arteriais), doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome respiratório agudo), doenças renais (doença renal crónica, infeção aguda renal), hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, doenças oncológicas e/ou obesidade. Dada a fragilidade e suscetibilidade à doença de indivíduos com estas características, estes fatores influenciam a necessidade de cuidados médicos especializados, estando na base dos internamentos hospitalares de média e longa duração, bem como, em alguns casos, dos internamentos em unidades de cuidados intensivos (Harrison, Docherty, & Semple, 2020; Williamson, et al., 2020).

Um estudo desenvolvido, no Reino Unido por Harrison *et al* (2020), averiguou que os casos mais graves de doença, com evolução para pneumonia, ocorreram maioritariamente em utentes idosos, do sexo masculino, com comorbilidades prévias à infeção, quando comparado com os utentes que contraíram casos mais leves da doença. De igual forma, também se verificou que os utentes que apresentaram síndrome respiratória aguda grave foram aqueles que tinham idade avançada e comorbilidades prévias à doença (Harrison, Docherty, & Semple, 2020).

No que toca à faixa etária e a sua relação com a probabilidade de óbito, observaram que utentes com idade igual ou superior a 80 anos apresentaram um risco 8,06 vezes maior de morrer por Covid-19, quando comparado com utentes com idades compreendidas entre os 60-79 anos (risco de 3,87) (Harrison, Docherty, & Semple, 2020). Deste modo, também se confirmou uma forte associação entre a idade avançada e a presença de sintomatologia grave/severa da doença, denotando-se valores mais acentuados de taxa de mortalidade em indivíduos com estas características. A elevada probabilidade para a ocorrência de óbito em doentes infetados com Covid-19 apresenta-se, predominantemente, em indivíduos com patologias associadas ao sistema cardiovascular e cerebrovascular, tendo um risco 10 vezes mais elevado de óbito quando comparado com indivíduos que não apresentem este tipo de patologias (Williamson, et al., 2020).

A taxa de mortalidade por Covid-19 na população como um todo é mais baixa quando comparada com a taxa de mortalidade registada na epidemia por SARS-CoV ou MERS-CoV, observando-se, assim, que o vírus SARS-CoV-2 apresenta maior taxa de mortalidade em

grupos específicos da população, nomeadamente, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (Harrison, Docherty, & Semple, 2020).

- **Género**

Após a análise de estudos realizados nos Estados Unidos da América, Reino Unido e Brasil, Teixeira averiguou que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma esperança de vida menor quando comparado com os indivíduos do sexo feminino. Este facto deve-se à prevalência de doenças crónicas, patologias cardíacas, cerebrovasculares e oncológicas, bem como, taxas mais elevadas de suicídio e problemas de saúde mental (Abdelzaher, et al., 2020). Em concordância com aspetos anteriormente referidos, estes estudos também referiram que os homens adotam estilos de vida menos saudáveis que as mulheres, ficando mais suscetíveis de adoecer. No entanto, quando adoecem apresentam maior dificuldade em reconhecer necessidades de saúde e, conseqüentemente, apresentam mais comorbidades (Teixeira, 2016).

Segundo Quan et al. (2020), os homens apresentam menor probabilidade de sobrevivência quando comparados com as mulheres, tendo um risco de óbito 45% maior. O estudo demonstrou também que o sexo masculino representa 60% dos casos registados de infeção por SARS-CoV-2, sugerindo uma maior suscetibilidade à infeção e uma maior taxa de mortalidade, que poderá ser justificada pela procura de cuidados de saúde apenas em casos mais graves da doença (Quan, Huang, Wang, & al, 2020).

Deste modo, ser do sexo masculino representa um fator de risco para a infeção por SARS-CoV-2, bem como, para morte devido à mesma.

- **Etnia**

No seu estudo, Harrison *et al.* (2020) observaram que na admissão hospitalar, a maioria dos casos registados foram indivíduos de cor não branca e de grupos étnicos minoritários, quando comparado com o número de indivíduos brancos (Harrison, Docherty, & Semple, 2020; Abdelzaher, et al., 2020).

De acordo com o estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América por Rentsch *et al.* (2020), a análise dos dados sugeriu que as minorias raciais e étnicas apresentavam maior propensão a habitar áreas com maior densidade populacional, com condições sanitárias precárias, existindo famílias multigeracionais a habitarem num mesmo local, dificultando o distanciamento físico. A caracterização deste tipo de população demonstrou que uma grande parte dos indivíduos tinha como atividade laboral o setor industrial, exigindo a deslocação

dos operários, facto que aumentou a suscetibilidade para a infeção, pelas condições laborais e a precariedade de condições de segurança e saúde nos locais de trabalho (Rentsch, et al., 2020).

Por um lado, Rentsch et al. (2020) ao realizarem a avaliação da taxa de sobrevivência destes indivíduos após trinta dias da infeção, verificaram que estes apresentam uma probabilidade de sobrevivência maior ou igual à dos indivíduos brancos, não se observando uma relação direta entre a etnia e taxa de sobrevivência à infeção por SARS-CoV-2 (Rentsch, et al., 2020).

Por outro lado, no que toca à taxa de mortalidade, ter cor de pele não branca aumenta o risco de mortalidade em 13%, sendo esta taxa duas vezes maior do que em indivíduos de pele branca. Neste sentido, os investigadores associaram este facto às características dos grupos étnicos minoritários, tendo em conta variáveis de sexo, idade, pobreza, região, condições socioeconómicas e cultura (Harrison, Docherty, & Semple, 2020).

- **Tabaco**

A OMS estima, através de um estudo realizado em 2015, que existem, aproximadamente, 1,1 biliões de fumadores ativos a nível mundial, número que projeta um aumento progressivo de casos até ao ano 2025, atingindo-se cerca de 1,3 biliões de consumidores diários (Bilano, et al., 2015).

O tabaco é constituído por uma mistura complexa de 500 componentes químicos, que representam uma ameaça para o organismo, pelo seu carácter tóxico e cancerígeno para as células do mesmo. Assim, representa um dos principais responsáveis pelas doenças provocadas por exposição a substâncias químicas, sendo um fator de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento de doenças do trato respiratório, nomeadamente, infeções das vias aéreas superiores e inferiores, doença pulmonar obstrutiva crónica e carcinoma do pulmão (Shastri, et al., 2021; Bilano, et al., 2015).

O ato de fumar cigarros de forma ativa ou passiva representa um importante fator de risco para as vias aéreas superiores e inferiores, pelo impacto adverso no funcionamento pulmonar. Os fumadores ativos encontram-se mais suscetíveis a infeções respiratórias, pela diminuição da resposta imunitária causada pelo fumo do tabaco, apresentando uma maior suscetibilidade a agentes patogénicos nocivos (Shastri, et al., 2021; Vardavas & Nikitara, 2020).

No estudo de Park et al. (2018), o tabagismo foi identificado como um dos fatores de risco associados à taxa de infecção e de mortalidade por MERS-CoV, verificando-se um aumento da taxa de mortalidade em indivíduos fumadores infetados com o vírus, quando comparado com os não-fumadores (Park, Jung, Kim, & Park, 2018). Este facto, sugere o consumo de tabaco como um potencial fator de risco para a infecção por SARS-CoV-2, bem como, para um mau prognóstico devido à mesma, tendo em conta as semelhanças entre MERS-CoV e o SARS-CoV-2, uma vez que pertencem à mesma família de coronavírus (Shastri, et al., 2021).

Na revisão sistemática da literatura desenvolvida por Vardavas e Nikitara no ano 2020, que incluiu cinco estudos coorte prospetivos e retrospectivos, verificaram que os dados recolhidos apontaram que uma grande percentagem de doentes com progressão para doença grave ou severa, com necessidade de ventilação mecânica eram fumadores ativos ou ex-fumadores (Vardavas & Nikitara, 2020).

Neste sentido, com base nos dados publicados em ambos os estudos, ser fumador representa um risco 1,4 maior de ter sintomatologia grave e, conseqüentemente, 2,4 maior risco de necessitar ventilação mecânica ou morrer por Covid-19, quando comparado com não-fumadores (Vardavas & Nikitara, 2020; Shastri, et al., 2021).

Em suma, embora os resultados apresentados pelos estudos anteriormente referidos sugiram uma ligação direta entre o tabagismo e a doença Covid-19, bem como, o tabagismo como um fator de risco para a progressão negativa da doença, ambos os investigadores consideraram necessário a realização de estudos mais aprofundados e com maior peso a nível de evidência científica, no sentido de estudar quais os mecanismos subjacentes à sintomatologia grave/severa de Covid-19 em indivíduos fumadores.

- **Défice em Vitamina D**

A Vitamina D ou Calciferol caracteriza-se por “um conjunto de moléculas lipossolúveis que têm como base a estrutura de quatro anéis de colesterol” (Catarino, Claro, & Viana, 2016, p. 345) e que pode ser obtida através da alimentação, sob a forma de colecalciferol/vitamina D3 de origem animal ou sob a forma de ergocalciferol/vitamina D2 de origem vegetal. A alimentação representa uma fonte *minor* de obtenção deste tipo de vitamina, dada a sua baixa concentração nos alimentos mais comuns, sendo maioritariamente obtida através da exposição solar e conseqüente penetração da radiação ultravioleta na pele (Pinheiro, 2015).

O défice em vitamina D representa, atualmente, um importante problema de saúde pública, uma vez que acarreta um leque de implicações para o desenvolvimento de outras patologias. Este défice representa uma condição vulgar, particularmente na população idosa, que por vezes não é diagnosticada, existindo cerca de um bilião de indivíduos no mundo e, em Portugal, cerca de 60% da população com este tipo de hipovitaminose (Pinheiro, 2015; Henriques, Cebola, & Mendes, 2020).

Segundo *Grant et al. (2020)*, a vitamina D encontra-se associada à redução do nível de citocinas pró-inflamatórias verificadas nas infeções virais, potenciando o sistema imunitário através da sua ação antioxidante (Grant, et al., 2020) .

A infeção por SARS-CoV-2 está intimamente relacionada com a ativação das citocinas pró-inflamatórias, facto que desenvolve uma forte resposta do sistema imunitário do infetado, podendo a vitamina D ter um papel determinante na modulação da resposta inflamatória, de forma a reduzir e impedir a libertação das mesmas (Grant, et al., 2020). Paralelamente, *Chang et al. (2020)* verificaram que os países com latitudes mais altas apresentaram maior taxa de infeção, sugerindo, também, o défice de vitamina D como um fator de risco para a infeção. Aliado a este facto, averiguaram igualmente que os utentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos apresentavam níveis séricos mais baixos de 25-hidroxicolecalciferol, quando comparado com utentes internados em unidades menos especializadas (Chang, et al., 2020).

Por um lado, no que toca ao tratamento da Covid-19, o estudo desenvolvido por *Jakovac (2020)* aponta diversos benefícios acerca da relação entre o calciferol e os efeitos sobre as doenças virais, de acordo com o mecanismo de ação anteriormente referido, indicando a vitamina D como fator protetor para a doença Covid-19 (Jakovac, 2020). Assim, apontam também a presença de níveis elevados de vitamina D como um fator protetor para a suscetibilidade de infeção, bem como, uma forma de tratamento para doentes infetados com SARS-CoV-2.

No entanto, no estudo de *Ilie et al. (2019)*, os investigadores referem não terem encontrado uma relação direta entre as concentrações séricas de vitamina D e a probabilidade de contrair a doença (Ilie, Stefanescu, & Smith, 2019). Deste modo, existe uma disparidade de resultados, não havendo um consenso na sua atuação e, por isso, os investigadores consideram relevante realizar uma maior quantidade de estudos que comprovem ou refutem a relação da vitamina D e a doença Covid-19.

- **Ambiente e Profissão**

De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos da América por Baker et al. (2020), o ambiente e a profissão/ocupação representam fatores de risco para a infeção por SARS-CoV-2, bem como, para a propagação do vírus através de cadeias de transmissão (Baker, Peckham, & Seixas, 2020).

Por um lado, este estudo revelou que os profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que se encontram na linha da frente no combate à pandemia, são aqueles que representam um maior risco de contágio, sendo este tipo de profissões um fator de risco significativo para a infeção (Abdelzaher, et al., 2020).

O elevado risco de contágio está diretamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde a um elevado número de indivíduos infetados, estando frequentemente expostos a altas cargas virais. Este facto denota-se no aumento de profissionais infetados, levando à sobrecarga dos profissionais saudáveis, repercutindo-se, assim, na saúde mental dos mesmos, pelo elevado stress a que estão submetidos, levando-os a ter medo de contrair a doença e, conseqüentemente, medo de a transmitir a familiares e/ou entes queridos (Baker, Peckham, & Seixas, 2020).

Por outro lado, Beker et al. (2020) perceberam, também, que os trabalhadores do âmbito das forças de proteção e dos serviços lazer e bem-estar foram os que apresentaram um risco mais elevado de exposição, seguidos dos trabalhadores nas áreas dos serviços sociais e comunitários. Deste modo, os dados do estudo sugerem que os funcionários com funções de atendimento ao público, tais como, polícias, bombeiros, professores e motoristas de transportes públicos têm maior probabilidade de infeção. À luz do mesmo estudo, perceberam igualmente que o risco de infeção se apresenta ainda mais elevado, quando a função que o trabalhador desempenha está intimamente relacionada com o atendimento que implica o contacto direto com o público (funcionários de lojas, supermercados e restaurantes), tal como, com trabalhos que impliquem proximidade física (terapeutas, cabeleireiros, esteticistas, dentistas, etc.) (Baker, Peckham, & Seixas, 2020).

### **1.2.2. Sintomatologia Física e Psicológica**

A doença Covid-19 caracteriza-se por uma infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2, sendo diagnosticada através do teste de transcrição reversa da reação em cadeia da polimerase (RT-PCR), juntamente com a análise de sinais e sintomas clínicos e exames complementares de diagnóstico. O teste RT-PCR realiza-se através da colheita de secreções da nasofaringe e, após submeter a amostra à técnica laboratorial da proteína reativa C em tempo real, identificam-se partes/totalidade do genoma do vírus. Para confirmação fidedigna realizam-se exames de biologia molecular, com o intuito de identificar o RNA vírico (Lima, 2020).

Os sinais e sintomas são utilizados no diagnóstico inicial, surgindo como fatores clínicos importantes para a deteção precoce da infecção por SARS-CoV-2 e, simultaneamente, podem “auxiliar a estabelecer o fluxo de atendimento e indicar a realização de exames confirmatórios” (Moehlecke, et al., p. 2).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), os sintomas caracterizam-se por “fenómenos: alteração no corpo; experiência subjetiva de alteração na sensação corporal; função ou aparência” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019), sendo estes vivenciados pelos doentes, dependendo da avaliação subjetiva pelo relato da pessoa. Por outro lado, à luz da mesma linguagem classificada, os sinais representam fenómenos ou manifestações clínicas, passíveis de ser monitorizadas e avaliadas, recorrendo à avaliação física e exames específicos de diagnóstico (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

Segundo a OMS, a sintomatologia da infecção por SARS-CoV-2 é semelhante a um quadro gripal comum, que varia de indivíduo para indivíduo, manifestando-se sob a forma de infecção assintomática ou com manifestação de sintomatologia leve, moderada ou grave (Moehlecke, et al., 2020).

Na revisão sistemática da literatura de Struyf et al. (2020), que englobou dezasseis estudos de meta-análise internacionais, observaram que grande parte dos infetados apresentam sinais e sintomas leves, incluindo mal-estar, febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ), fadiga, mialgias, tosse seca, rinorreia, dispneia leve, cefaleias, odinofagia e, em alguns casos, diarreia, dor abdominal, náuseas e/ou vômitos. No entanto, na minoria dos casos, também se verificou a presença de sintomas, menos frequentes e objetivos, tais como a anosmia, hiposmia e ageusia (Struyf, et al., 2020).

Nos casos mais graves da doença, como por exemplo, na pneumonia por Covid-19, verificaram-se sinais e sintomas como febre (> 38°C), falta de apetite, alterações do estado de consciência, dispneia, síndrome respiratória aguda, taquipneia, cianose, hipotensão, dor torácica, saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente, linfopenia, falência multiorgânica e, simultaneamente, descompensação de patologias de base (Menni, et al., 2020; Struyf, et al., 2020).

No que toca aos sinais e sintomas a nível psicológico, na análise de artigos de Rahman et al. (2020), perceberam que os doentes apresentavam, maioritariamente, ansiedade, sentimentos de pânico, depressão, stress pós-traumático, abuso de substâncias (tabaco, álcool e substâncias psicoativas), comportamentos agressivos, violência com pares, angústia e perturbações do sono, nomeadamente, insónia (Rahman & al., 2020). Do mesmo modo, na análise de Röhr et al. (2020), a sintomatologia encontrada foi ao encontro do estudo anteriormente referido, acrescentando também sentimentos de raiva, isolamento, solidão e estigmatização (Röhr, et al., 2020).

Na revisão da literatura de Semo & Frissa (2020), ao analisarem estudos coorte sobre a pandemia Covid-19 e a vivência da mesma, relativos aos Estados Unidos da América, Reino Unido e Itália, os autores identificaram que na população americana, 45% dos inquiridos apresentavam sintomas de ansiedade, stress e preocupação por ficar doente; na população inglesa 33% da amostra referiu, igualmente, níveis elevados de ansiedade; na amostra italiana, foram apontados sinais e sintomas de stress pós-traumático (37%), stress (21%), ansiedade elevada (20%), sintomas depressivos (17%) e insónia (7%) entre os entrevistados (Semo & Frissa, 2020).

### **1.3. Evidências sobre problemas de saúde mental devido à infeção e ao isolamento**

A palavra quarentena surgiu, pela primeira vez, em Veneza no ano 1127, sendo um termo utilizado durante os surtos de Lepra e Peste Negra em Itália. O termo quarentena/confinamento significa separação e restrição do movimento de pessoas saudáveis, que apresentem potencial de exposição a uma doença contagiosa, reduzindo o risco latente de infeção de outros indivíduos. Esta definição difere de isolamento, sendo este

termo caracterizado por medidas de separação de pessoas que foram efetivamente diagnosticadas com uma doença contagiosa, de forma a evitar a transmissão em cadeia para outros indivíduos (Brooks, et al., 2020; Henssler, et al., 2020).

Atualmente, a pandemia Covid-19 tem um grande impacto na vida de milhões de pessoas a escala mundial, podendo resultar em problemas de saúde mental, não só em indivíduos com distúrbios/transtornos mentais, como também, em indivíduos saudáveis sem problemas de saúde mental (Winkler, Formanek, Mlada, Kagstrom, & Mohrova, 2020). Este facto sugere que os sintomas associados à vivência da atual pandemia terão um forte impacto a curto prazo, mas também a longo prazo, após o final da mesma, repercutindo-se num leque de consequências a nível da saúde mental das populações. As fortes e rápidas mudanças na dinâmica funcional e social de muitos países, que para controlo da disseminação do vírus introduziram restrições que diminuíram a livre circulação da população, tiveram impacto na limitação de deslocações, bem como, nos contactos sociais e relacionais entre familiares, amigos e entes queridos (Rossi, et al., 2020; Hossain, Sultana, & Purohit, 2020).

As medidas de isolamento e confinamento podem ter consequências direitas na saúde mental e nos comportamentos adjacentes à mesma, sendo essenciais para o controlo de doenças contagiosas (Shaban, et al., 2020) . A vivência de uma situação de quarentena e/ou de isolamento está fortemente associada a sensações de raiva, inquietação psicológica, incerteza, frustração, irritabilidade, ideação suicida e alteração de hábitos de sono, relacionando-se, simultaneamente, com problemas existentes de saúde mental, sendo um fator de risco para o surgimento de doenças psiquiátricas, exacerbação de condições psiquiátricas pré-existentes e sinais e sintomas de stress pós-traumático (Capuzzi, et al., 2020; Hossain, Sultana, & Purohit, 2020).

No que toca aos distúrbios do sono, Idrissi et al. (2020) estudaram a prevalência de alterações nesta e verificaram que, devido ao confinamento/isolamento, existiu uma grande prevalência de casos que referiram insónia (56%) e sonolência noturna intensa (9,9%), sendo que cerca de 29,5% dos entrevistados sofriam de ansiedade e, após aplicação do Inventário de Beck, 35,6% dos mesmos revelaram ter sintomas depressivos (depressão leve: 21,5%, depressão moderada: 12,4% e depressão grave: 1,6%). Desta forma, provou-se existir uma relação forte entre a prevalência de distúrbios de sono, ansiedade e/ou sintomas depressivos e a realização de quarentena/confinamento, sendo que os primeiros sintomas enunciados estão diretamente associados ao aumento da ansiedade (Idrissi, et al., 2020).

Num estudo longitudinal desenvolvido por Niedzwiedz et al. (2020), verificou que os participantes referiram a redução do prazer nas atividades usuais do quotidiano como um fator negativo do confinamento, denotando-se no aumento do sofrimento psicológico dos mesmos, logo após o primeiro mês de confinamento. Por outro lado, também o aumento da dificuldade de concentração, dificuldade em conciliar o sono e sensação constante de infelicidade foram outros aspetos referidos com maior frequência. Neste mesmo estudo, os dados sociodemográficos demonstram que as pessoas com um maior grau académico apresentaram maior sofrimento psicológico, facto explicado pela adoção de medidas de teletrabalho, sendo obrigados a manter um equilíbrio constante entre a vida familiar e a atividade laboral, num mesmo espaço físico, facto que suscitou “sobrecarga” e sentimentos de “medo e ansiedade”. (Niedzwiedz, et al., 2020; Williams, Armitage, Tampe, & Dienes, 2020).

Tendo em conta o fenómeno anteriormente referido, Mukherjee et al. (2020) averiguaram que o número de casos de violência doméstica e de casos com dinâmica familiar disfuncional aumentou durante o período de confinamento, verificando-se uma relação direta entre a convivência dentro de um mesmo entorno físico e o abuso de álcool e/ou substâncias psicoativas; verificaram também que muitos dos casos registados não foram denunciados precocemente devido à convivência permanente do abusado com o abusador durante o confinamento (Mukherjee, Bandopadhyay, & Chatterjee, 2020; Henssler, et al., 2020).

Por um lado, no estudo qualitativo desenvolvido por Williams et al. (2020), a vivência de uma situação de isolamento/confinamento e perda de interação social foi comparada, pelos participantes, como uma experiência de perda ou “luto”, abarcada por sentimentos de perda da interação social/pessoal, perda de uma rotina, bem como, pela perda de motivação, significado e autoestima. Outros participantes do estudo referiram a perda de interação social e o contacto cara-a-cara após uma semana de confinamento, como um facto que despoletou sentimentos de “alienação”, sentindo-se emocionalmente “claustrofóbicos” e “presos”, perdendo o sentido para a vida. A perda de uma rotina para o quotidiano foi relatada como uma forma de perda de proatividade e produtividade, refletindo-se na incapacidade de desempenhar corretamente as tarefas laborais e a realização de tarefas básicas do dia-a-dia, como por exemplo, a higiene pessoal, exercício físico e tarefas domésticas (Williams, Armitage, Tampe, & Dienes, 2020).

No mesmo estudo, os participantes referiram a perda de emprego, diminuição do salário, instabilidade financeira do país e a “politização” da pandemia pelos media, como fatores

diretamente relacionados com sentimentos de depressão, ansiedade e frustração (Williams, Armitage, Tampe, & Dienes, 2020). Segundo Massad et al. (2020), aqueles que têm rendimentos mais baixos e são responsáveis pelo sustento de um maior número de membros da família, apresentaram níveis de stress e ansiedade mais elevados, tendo como efeito adverso a insegurança de não receber um salário, facto que teve impacto psicológico negativo e viu-se repercutindo em atitudes de incumprimento e falta de adesão às medidas de quarentena no domicílio, pela necessidade emergente de suprimir as necessidades básicas familiares (Massad, et al., 2020).

O isolamento pela infeção por SARS-CoV-2 é uma experiência psicológica e social difícil para a maior parte das pessoas, sendo exacerbada pela possível hospitalização em unidades de internamento.

Num estudo qualitativo desenvolvido por Shaba et al. (2020), no âmbito da perceção da vivência de uma situação de infeção e isolamento associado à mesma em contexto hospitalar, os resultados obtidos incidiram em relatos de experiências positivas e negativas, tendo como aspetos principais: o conhecimento acerca da Covid-19, planeamento pessoal para resposta à infeção, vivência do isolamento e a vida pós-alta (Shaban, et al., 2020).

Por um lado, os participantes referiram que a fiabilidade das informações acerca da Covid-19 foram essenciais para a vivência de uma experiência positiva e, conseqüentemente, para o planeamento da resposta à infeção. Deste modo, referem que a realização de um planeamento pessoal em resposta à infeção incidiu em quatro níveis distintos: individual, familiar, comunitário e social; a adoção de medidas de precaução para diminuir o risco de disseminação do vírus e o isolamento domiciliar prévio à hospitalização foram medidas consideradas, pela maior parte dos participantes, como eficazes para garantir a saúde e segurança dos membros da família e entes queridos. No entanto, também foram relatadas, por uma maioria da amostra, a adoção de medidas de preparação cognitiva face à possibilidade de adoecer e ter sintomas graves/severos da doença, bem como, a ocultação do diagnóstico de forma a evitar angústia e ansiedade de membros da família mais afastados. Em relação ao planeamento de respostas à Covid-19 em termos sociais, algumas narrações realçaram o impacto dos média como “negativo e destrutivo” devido às notícias e relatos de mau diagnóstico, despontando sentimentos medo e ansiedade por “estar infetado”.

O diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 suscitou emoções e sentimentos negativos em muitos intervenientes, sendo maioritariamente referidos sentimentos de preocupação como entes queridos, bem como, preocupação com o estigma social e/ou no círculo íntimo.

Algumas pessoas referiram ainda sentimentos de culpa por recorrer a recursos hospitalares, tanto materiais como recursos humanos, demonstrando preocupação por serem um potencial foco de infeção para os profissionais de saúde. Desta forma, todos os participantes expressaram, aquando do resultado positivo, que experienciaram sentimentos de choque, incerteza e ansiedade devido ao diagnóstico, caracterizando a situação vivida como “surreal”. Porém, a maioria referiu não ter “medo de ter Covid-19”, pela sintomatologia leve/moderada que apresentavam e pela projeção de uma recuperação “completa e rápida” que idealizaram aquando do diagnóstico positivo, apesar da incerteza de um prognóstico, resultando numa experiência com preocupações fortemente associadas a características ambientais e sociais (Shaban, et al., 2020).

Por outro lado, a experiência de ser um paciente com Covid-19 em contexto hospitalar trouxe aspetos positivos e negativos. Para alguns participantes, as práticas de isolamento representaram um aspeto positivo para o aumento da confiança e diminuição das preocupações iniciais com a infeção, pelo contexto em que estavam inseridos e pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Contudo, para outros, a experiência de estar sob isolamento representou um leque de efeitos negativos, devido à falta de interações sociais, à perda de noção temporal e às restrições de mobilidade.

Desta forma, também relataram que as características físicas do quarto de hospital e os equipamentos de proteção individual usados pelos profissionais suscitaram sensações de “alienação” e “estar desconetado do mundo exterior”, dificultando a interação e comunicação com a equipa de saúde. Tendo em conta os factos anteriormente referidos, os investigadores verificaram que as consequências a nível psicológico se demonstram cada vez mais significativas, à medida que a duração do tempo de isolamento e consequente hospitalização aumenta.

A vivência positiva da projeção da vida pós-alta foi associada à antecipação de uma recuperação plena da Covid-19 pelos participantes, levando a que projetassem mudanças no estilo de vida, focada, principalmente, na adoção de novos comportamentos, em prol de melhorar o seu bem-estar geral. Não obstante, algumas pessoas referiram sentimentos de preocupação e medo por permanecer infetados e/ou serem reinfetados na vida pós-alta, demonstrado receio de reviver a mesma experiência (Shaban, et al., 2020).

Na revisão sistemática da literatura e meta-análise desenvolvida por Henssler et al. (2020), os estudos analisados focaram-se em indivíduos que vivenciaram situações de quarentena ou isolamento, denotando-se que estes apresentam um maior risco de ter sinais e sintomas

de depressão, ansiedade, stress e raiva em comparação com os indivíduos que não estiveram confinados ou isolados; também se verificou que pessoas com maior vulnerabilidade psicossocial são aquelas que estão submetidas a um maior risco de sofrer efeitos psicológicos negativos quando submetidas a medidas de confinamento/isolamento.

Deste modo, existe uma associação entre o stress e os problemas de saúde mental, sendo estes determinados por um leque de fatores psicológicos, comportamentais, biológicos e psicossociais, bem como, pelas estratégias de *coping* e comorbilidades apresentadas pelos indivíduos. No entanto, existem ainda outros fatores que influenciam o impacto da quarentena/isolamento na saúde mental da pessoa, tais como, nível baixo de educação/habilitações académicas, baixo nível económico, condições de habitação precárias e falta de suporte familiar e/ou redes sociais (Henssler, et al., 2020).

Em Portugal, Almeida e colaboradores (2021) desenvolveram um estudo no âmbito da pandemia Covid-19 e a saúde mental, obtendo como principais resultados, problemas de saúde mental em grande parte dos participantes. Deste modo, verificaram que cerca de 25% da amostra apresentou sintomas moderados e graves de ansiedade, depressão e stress pós-traumático, bem como, cerca de 43% dos doentes Covid-19 apresentam ansiedade moderada a grave, apresentando, na maioria dos casos, elevados níveis de *burnout* (Almeida, et al., 2021).

## **2. Infecção por SARS-CoV-2 e Vivências de Traumas**

A infecção por SARS-CoV-2 tem impacto negativo na saúde mental e bem-estar psicológico das pessoas, não só pelas consequências diretas da infecção, como também, pelas alterações sociais e económicas que esta acarreta. O medo e a incerteza percebidos pelas pessoas e as medidas de saúde pública adotadas, como por exemplo, o confinamento ou isolamento, são fatores major que têm consequências na saúde mental da pessoa a curto e a longo prazo, tendo impacto negativo na vivência do processo saúde-doença (Almeida, et al., 2021).

### **2.1. Vivência do trauma: importância das interações sociais**

### 2.1.1. – Trauma

A palavra trauma provém do termo grego “*traûma*” e significa “ferida ou lesão”, também definida por “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p. 161), sendo o resultado de um acontecimento com impacto negativo a nível físico e/ou mental. O termo também é definido por outros autores como uma “experiência assustadora, limite, desencadeada por um acontecimento externo, inesperado intenso (...) provocando descontinuidade, rutura, em relação às crenças e padrões de segurança anteriores” (Sales, 2020).

À luz de estudos epidemiológicos já realizados, cerca de dois terços da população mundial já vivenciaram ou presenciaram, pelo menos um evento traumático ao longo da sua vida, denotando-se uma elevada probabilidade destes indivíduos terem consequências negativas futuras. Assim, considera-se a exposição a este tipo de eventos uma experiência universal, não existindo “indivíduos-padrão”, admitindo-se a vulnerabilidade um fator variável, influenciado pelas características biopsicossociais do indivíduo que vivência o evento traumático.

A Associação Americana de Psiquiatria caracteriza o evento traumático como uma resposta emocional a um episódio concreto (acidente, violação, ameaça de morte, lesão/doença grave), surgindo imediatamente, após o evento, choque e negação e, a longo prazo, sintomas físicos e psicológicos. Este tipo de episódio poderá ser vivenciado das seguintes formas: presenciar diretamente o evento, testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a terceiros, ter conhecimento do evento por ocorrer a alguém próximo ou familiar e/ou ser exposto repetidamente a detalhes acerca do evento traumático (American Psychological Association, 2021).

Esta definição de trauma difere-se de trauma psicológico, que resulta de uma experiência de um evento traumático, definindo-se como uma vivência que causa sofrimento físico, emocional e/ou psicológico, sendo uma ameaça à percepção de segurança e estabilidade do indivíduo. Porém, Vaz Serra afirma também que o trauma é percecionado como mais grave quando este é provocado por outro ser humano, bem como, quando se apresenta de forma imprevisível e sem capacidade de ser controlado pela pessoa, em termos de duração e características do mesmo (Arriaga, 2013).

Atualmente, os eventos traumáticos são comuns na vida das pessoas, realçando-se pelo seu carácter imprevisível e repentino, bem como, pelo impacto direto ou indireto que tem no indivíduo, podendo ou não, desencadear o desenvolvimento de sintomas como a anedonia,

disforia e/ou pensamentos distorcidos. Segundo o modelo teórico de Fischer e Riedesser acerca da forma como ocorre o evento traumático, os autores preconizam a existência de experiências de vida como a situação pré-trauma, seguido de componentes situacionais como condições subjetivas e objetivas que ocorrem simultaneamente ao trauma (peri); após o trauma verifica-se o choque, dando origem à última fase (pós-evento), realçando-se a existência de fatores de proteção e fatores de risco que influenciam a reação ao trauma vivenciado e ditam a recuperação ou o desenvolvimento de um processo traumático (figura 1) (Arriaga, 2013).

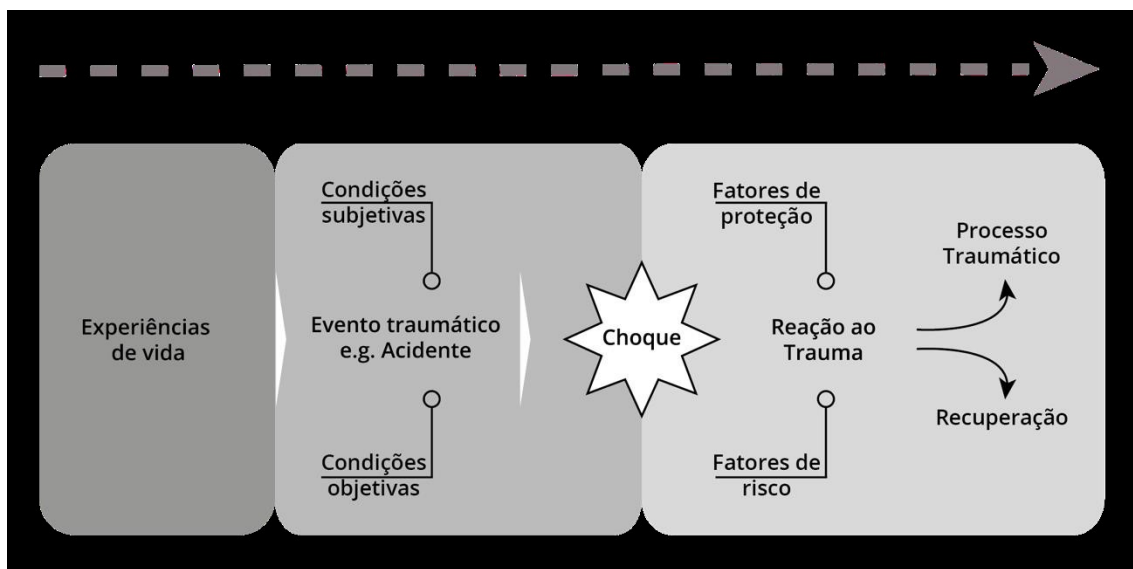


Figura 1- Modelo teórico do processo do evento traumático

Relativamente aos fatores de risco face à vivência do trauma e consequente reação ao mesmo, destacam-se, maioritariamente, o sexo, idade e os fatores sociodemográficos. Os fatores sociodemográficos remetem-nos para as características do indivíduo que sofre o trauma, bem como, para as características do meio ambiente e o nível socioeconómico do mesmo, sendo que assumem um papel importante na recuperação do trauma e possível desenvolvimento de sinais e sintomas.

No que toca ao sexo, ser do sexo feminino representa duas vezes maior predisposição de desenvolver sinais e sintomas de stress pós-traumático após o acontecimento traumático, uma vez que as mulheres apresentam maior risco de vivenciar acontecimentos graves e de grandes dimensões, tais como, violações, abuso sexual e físico. No entanto, comparativamente, os homens encontram-se mais expostos a eventos traumáticos, relacionados, principalmente, com agressões físicas, ameaças ou rapto. Associado a este tipo de fator, também se verifica que a idade a que se vive o trauma influencia o desenvolvimento de sintomas, nomeadamente quando ocorrem uma idade jovem, como por exemplo em

crianças, tendo em conta a fase de desenvolvimento em que a mesma se encontra. Por outro lado, Vaz Serra acrescenta ainda que o impacto de um acontecimento traumático, pode ter ainda como fatores de risco, a percepção do indivíduo sobre as perdas reais e simbólicas, bem como, o facto de este vivenciar/testemunhar a ocorrência de morte e/ou situações médicas irreversíveis (Oliveira S. , 2008; Arriaga, 2013).

O evento traumático e o desenvolvimento do trauma surgem através de um conjunto de dimensões pré, peri e pós evento, assumindo-se como um contínuo, em que cada indivíduo tem a sua forma de ajustamento psicológico, não sendo a resposta ao evento e/ou o possível desenvolvimento do trauma genéricos e com reações generalizadas. Desta forma, muitas das vezes, respostas adaptativas percebidas como patogénicas, poderão não o ser. No entanto, a eficácia, ao longo do tempo, destas mesmas respostas poderá ser avaliado pela possível apresentação e manutenção de sinais e sintomas não adaptativos, sugerindo psicopatologias como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Arriaga, 2013).

Vaz Serra aborda um conjunto de características que caracterizam o episódio traumático, tais como, a diminuição do equilíbrio da pessoa que o viveu e o sofrimento causado pelo mesmo; sentimento contante de segurança e autossuficiência diminuídos; a presença de mecanismo de adaptação ineficazes; alteração da percepção acerca de pressupostos de vida (noção de justiça, previsibilidade, etc.); alterações emocionais, cognitivas e comportamentais; sentimento constante de vulnerabilidade; falta de predição e controlo de situações e, por último, baixa autoestima (Arriaga, 2013).

Simultaneamente, Neller et al. (2008) acrescentam ainda que, após o evento traumático, o indivíduo pode apresentar efeitos adversos a nível cognitivo e comportamental, incluindo: alteração do processo de pensamento ou pensamentos disfuncionais; ansiedade; hostilidade; desconfiança e dificuldade em estabelecer relações íntimas; competências verbais pobres; dificuldade em interpretar reações emocionais de outros indivíduos; baixo nível de competência social; rejeição por parte dos pares; adoção de comportamentos de risco; alterações da personalidade e dificuldade em planear e orientar o futuro. No que toca às consequências afetivas, os autores referem ainda, a dificuldade em manter o equilíbrio emocional; controlo de impulsos; dificuldade em reconhecer e exprimir sentimentos e emoções, nomeadamente, emoções negativas; percepção aumentada de perigo e sinais e sintomas de depressão (Oliveira S. , 2008).

Neste sentido, os desastres naturais e/ou catástrofes naturais, principalmente, os biológicos, caracterizados pelo "perigo causado pela exposição a organismos vivos e (...) ou doenças

causadas por vetores” (Arriaga, 2013, p. 44), tais como, a Pandemia Covid-19. Este tipo de desastre biológico apresenta uma grande capacidade de afetar um elevado número de indivíduos em simultâneo, pela exposição direta ao organismo patogénico. Desta forma, dá origem a uma grande vulnerabilidade da população, nomeadamente, de estratos da população com baixo nível económico e desigualdades sociais. A exposição a desastres naturais tem implicações psicológicas negativas, incluindo o desenvolvimento de sinais e sintomas de perturbação de stress, depressão, ansiedade generalizada, medo, fobias e perturbações de pânico (Arriaga, 2013).

### **2.1.2. Papel das Interações Sociais**

O suporte social (SS) caracteriza-se por “uma complexa construção de diferentes dimensões onde as relações interpessoais apresentam um papel fundamental na proteção aos efeitos do stress na saúde e qualidade de vida” (Arriaga, 2013, p. 59) e baseia-se na satisfação das necessidades sociais de um indivíduo, através da interação, apoio emocional e instrumental que estabelece com outros.

Desta forma, o SS é um sentimento subjetivo, avaliado pelo conteúdo funcional das relações sociais estabelecidas e engloba dimensões como o suporte social instrumental, emocional e cognitivo, em que o primeiro se caracteriza pela ajuda prestada ao indivíduo na resolução de problemas práticos/materiais, enquanto o segundo, está diretamente relacionado com a perceção de segurança emocional pelo indivíduo, tendo em conta os elementos que transmitem segurança ao mesmo. Desta forma, a dimensão instrumental assume um papel preditor de uma melhor qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Arriaga, 2013).

A perceção do bem-estar baseia-se na existência de um leque de dimensões de SS, como por exemplo, a dimensão da rede social, a existência de relações sociais, a frequência dos contactos estabelecidos entre o indivíduo e a rede social de suporte, a necessidade de suporte e o tipo e qualidade do mesmo, a congruência, a utilização da rede, o nível de dependência, a reciprocidade e, por último, a proximidade e satisfação do indivíduo com a rede.

Segundo Kaniasty (2005) existem três pilares centrais no apoio social: receber ajuda efetiva (receber apoio), qualidade e tipo de relações estabelecidas (enraizamento social) e, por último, o mais relevante de todos, que se refere a ter percepção que o apoio se encontra disponível sempre que necessário (apoio percebido) (Kaniasty, 2005). No entanto, Dunst et al. (2013) acrescentam ainda a frequência dos contactos, necessidade de suporte, a congruência da rede, o grau de utilização e proximidade, a dependência, reciprocidade e satisfação com a rede de apoio como características essenciais na avaliação da eficácia do suporte social (Dunst et al. citado por Arriaga, 2013). Ainda estes autores realçam a importância de existir uma distinção entre as fontes de apoio formal e informal, nomeadamente, entre familiares e entidades profissionais, referindo que a variável SS está diretamente relacionada com a distinção anteriormente referida (Arriaga, 2013; Robinaugh, et al., 2011).

A percepção positiva de SS pode ser adotada como uma estratégia de *coping*, uma vez que assume um papel importante na diminuição do impacto das situações stressantes/traumáticas, quando é utilizada eficazmente pelo indivíduo, representando um fator altamente preditivo de saúde e bem-estar físico, psicológico e mental. Assim, a percepção de uma rede de apoio social forte tem impacto positivo na forma como a pessoa lida e ultrapassa acontecimentos stressantes, ajudando-a a sentir de forma menos intensa o stress causado por esses mesmos acontecimentos (Robinaugh, et al., 2011).

Segundo o modelo psicossocial para a Perturbação Stress Pós-traumático (PSPT) proposto por Joseph, Williams e Yule em 1997, o apoio social tem influência direta nos sintomas de PSPT, sendo que a percepção de apoio por parte do indivíduo, tem influência, não só nos elementos internos como as emoções, cognições e sintomas, como também, afeta formas de lidar e gerir situações de stress, nomeadamente, nas estratégias de *coping* utilizadas pelo mesmo (pensamentos e ações) (GUAY, et al., 2011).

Num estudo desenvolvido por Santini e colaboradores, ao avaliarem indivíduos que vivenciaram um evento traumático e apresentavam pensamentos ruminantes acerca do mesmo, os investigadores verificaram que aqueles que apresentavam uma boa rede de suporte social e partilhavam esses pensamentos com as pessoas integrantes da mesma, apresentaram uma melhor evolução no processo pós-traumático e, simultaneamente, um alívio dos sinais e sintomas de stress pós-traumático (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015). De acordo com os resultados obtidos no estudo anterior, também Kaniasty e Norris (2005), ao estudarem vítimas de um desastre natural, perceberam que a forma como

é percebido o suporte e a disponibilidade do mesmo face às necessidades do indivíduo tem impacto direto no nível de sofrimento psicológico da pessoa, denotando-se que quanto maior o suporte e disponibilidade do mesmo, menor é o sofrimento psicológico demonstrado pela vítima (GUAY, et al., 2011).

No entanto, no estudo de Lepore acerca das restrições sociais, o autor refere alguns tipos de interações negativas, como por exemplo, receber críticas ou a evasão física de outro indivíduo com um elevado grau de importância para a pessoa afetada, podem diminuir a abertura do indivíduo que sofreu o trauma para expressar emoções, sentimentos, bem como, pedir ajuda, aumentando a probabilidade de evitarem lidar com o sofrimento e angústia causado pelo trauma vivenciado. Desta forma, os comportamentos de evitação podem influenciar negativamente a capacidade de recuperação pós-traumática, limitando o processo de recuperação da pessoa (GUAY, et al., 2011).

## **2.2. Caracterização do Stress pós-traumático**

A pandemia COVID-19 encontra-se associada a uma elevada taxa de mortalidade da população, sendo o stress e o seu impacto a nível de saúde e economia fatores de aumento dos sintomas de ansiedade, prevendo-se um aumento futuro do número de indivíduos com casos de perturbações de ansiedade e stress pós-traumático (Nascimento, et al., 2020).

### **2.2.1. Stress**

O stress pode ser visto como uma reação do indivíduo a uma mudança que exija uma adaptação ou resposta a nível físico, mental e/ou emocional, sendo definido, também por Richard Lazarus como “uma condição ou sensação vivida quando a pessoa percebe que as exigências ou as ameaças ao seu bem-estar excedem os recursos pessoais e individuais que este pode mobilizar”(Lazarus, 1999).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o stress encontra-se classificado como um foco de atenção para os cuidados de enfermagem e, simultaneamente, define-se como “status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao

ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

No ano 1956, Hans Selye realizou um estudo acerca da resposta fisiológica de um sistema biológico a uma mudança, através da análise de ratos de laboratório que tinham sido expostos a agentes nocivos. Deste modo, provou a existência de uma “reação não específica a agressões de qualquer tipo”, dando-lhe o nome de síndrome geral de adaptação ou síndrome de stress, sendo este “um estado miniestado por uma síndrome específica que consiste em todas as alterações não especificamente induzidas dentro de um sistema biológico” (Townsend, 2011). Este tipo de síndrome seria constituído por três fases distintas:

- **Fase de Alarme** – perante uma ameaça, têm início as respostas fisiológicas de luta ou fuga, ativando-se, no indivíduo, todos os mecanismos fisiológicos através da intensa estimulação neuroendócrina;
- **Fase de Adaptação** – o indivíduo recorre a respostas fisiológicas da fase anterior como defesa, desenvolvendo resistência ao stress através do reequilíbrio neuroendócrino. No caso de se adaptar ao agente stressor, a terceira fase deixa de ser considerada ou é atrasada e os sintomas fisiológicos cessam;
- **Fase de Exaustão** – a duração prolongada da ação do agente stressor leva ao esgotamento da energia adaptativa do indivíduo, não conseguindo utilizar os recursos de adaptação anteriormente utilizados. Assim, podem ocorrer doenças adaptativas, com consequências negativas para o mesmo, devido à ativação neuroendócrina constante, podendo até levar à morte caso não haja intervenção.

No ano 1984 Lazarus e Folkman propuseram o Modelo Transicional de stress/adaptação, no qual definiram o stress como a percepção da relação entre o indivíduo e o ambiente, sendo entendida como excessiva para os recursos existentes, representando uma sobrecarga que põe em risco o bem-estar da pessoa. Assim, um evento precipitante caracteriza-se por um estímulo proveniente do ambiente externo ou interno e é entendido pelo indivíduo como nocivo, através da avaliação cognitiva que é realizada pelo mesmo, tendo em conta o significado atribuído ao evento ou ocorrência (Townsend, 2011).

Neste modelo proposto por Lazarus e Folkman, a percepção do acontecimento pela pessoa e a avaliação cognitiva da mesma, passa por uma apreciação primária, seguida de uma apreciação secundária. A avaliação primária pode classificar-se como irrelevante quando o resultado não tem significado para a pessoa; benigna-positiva quando dá prazer ao indivíduo; ou stressante, quando a pessoa identifica situações de prejuízo/perda (situações já vivenciadas pela pessoa), ameaça (danos ou perdas antecipadas) e desafio (entusiasmo e excitação). Os sentimentos de desafio e ameaça podem surgir em simultâneo; quando culminam da avaliação primária sentimentos de stress, o indivíduo passa para a avaliação secundária (Townsend, 2011).

No processo de avaliação secundária, a pessoa avalia as capacidades, recursos e conhecimento que possui para lidar com a situação, considerando as seguintes questões:

- Quais as estratégias de *coping* disponíveis?
- Qual a eficácia da opção que vou escolher nesta situação?
- Que capacidade tenho para utilizar essa estratégia de forma eficaz?

Desta forma, a articulação existente entre a avaliação primária e a avaliação secundária permite que o indivíduo determine a qualidade da resposta de adaptação que vai desenvolver face ao agente stressor, surgindo no final uma resposta adaptativa ou mal-adaptativa à situação vivenciada (Townsend, 2011).

Uma pessoa sujeita a um evento potencialmente traumático responde de forma condicionada, tendo em conta as suas aprendizagens, personalidade, contexto e características. No entanto, determinadas capacidades/estruturas a nível psicológico e neurológico encontram-se diretamente relacionadas com o processamento de um evento traumático, sendo que estas sofrem influência do comportamento da pessoa e da evolução da mesma, ao longo do tempo (Townsend, 2011).

No quotidiano, o ser humano, não estando sujeito a uma elevada intensidade emocional ou stress, realiza uma constante avaliação cognitiva do contexto físico e inter-relacional em que se insere, orientando-se para a realização de tarefas – funcionamento racional. Por outro lado, simultaneamente, também se considera um leque de desejos, emoções, sentimentos, preocupações e instintos – funcionamento emocional - que influenciam, de forma indireta, o funcionamento racional (Nascimento, et al., 2020; Townsend, 2011).

Face a situações de elevado stress e sobrecarga emocional, o funcionamento racional tende a ser substituído pelo funcionamento emocional, denotando-se no comportamento do indivíduo, desorientação temporal e espacial, incapacidade de articular um discurso coerente e complexo, choro, labilidade emocional, sobressaindo respostas psicológicas e comportamentais orientadas, principalmente, para luta ou fuga no sentido de garantir a sobrevivência da pessoa, dada a percepção sentida de ameaça por parte da mesma. Neste sentido, quanto mais intensa for a percepção de ameaça, maior é a resposta emocional desencadeada e mais recursos instintivos são utilizados, observando-se resposta de luta, fuga ou imobilização (Teoria *Fight, Flight, Freeze*). Segundo esta teoria, as respostas de solução como a luta ou fuga são consideradas mais adaptativas e adequadas do que as de não-solução, como a imobilização, representando uma resposta de defesa e de proteção à dor física e psicológica (real ou percebida) pelo indivíduo, estando associada com a possibilidade de desenvolver sinais e sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Townsend, 2011; Nascimento, et al., 2020).

Após a ocorrência de um evento crítico, a memória corporal vê-se recuperada progressivamente e o funcionamento racional volta a prevalecer sob o emocional, sendo que o indivíduo recupera a consciência da dor e inicia-se a recuperação de lesões físicas e psicológicas decorrentes do evento vivenciado, conseguindo organizar pensamentos complexos. Tendo em conta o processamento do indivíduo face à situação vivida, se este atribui um significado positivo à situação vivenciada, esta fica armazenada na memória evocativa, existindo estímulos que despontam sentimentos, sensações e pensamentos que recordam apenas o evento. Porém, se o significado atribuído for negativo e se for processado como evento traumático, a memória do evento será associada a sentimentos e emoções negativas e quando o indivíduo é exposto a estímulos associados ao indecente, estes desencadeiam sensações semelhantes às sentidas no mesmo e, simultaneamente, evocam sentimentos e pensamentos intrusivos, denominados por *flashbacks* (Nascimento, et al., 2020; Townsend, 2011).

### **2.2.2. Perturbação de Stress Pós-Traumático**

A Perturbação de Stress Pós-Traumático foi descrita pela primeira vez, na Primeira Guerra Mundial e referia-se a quadros clínicos psiquiátricos verificados em alguns soldados, após

vivenciarem uma situação traumática num ambiente adverso. Inicialmente foi denominada como *Shell Shock*, mas no ano 1952, após o surgimento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I (DSM)*, passou a ser diagnosticada pelo nome de *Gross Stress Reaction*. A definição atual de PSPT surgiu posteriormente, sendo caracterizada pelo DSM-V como um síndrome clínico cujos principais sintomas ocorrem após a exposição a um evento traumático (Moreira, 2017). Este tipo de perturbação caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas pós-exposição ao trauma, salientando-se a reexperiência contínua do episódio traumático, quer através de pensamentos, imagens, pesadelos, quer no próprio estado de vigília (Socci, et al., 2020).

Apesar dos sintomas anteriormente referidos, a PSPT envolve um leque de emoções que provoca experiências emocionais intensas, aumentando o medo e ansiedade no indivíduo e, conseqüentemente a ideia e intuição que o mundo não é um local seguro, pelos pensamentos intrusivos que lhe são provocados. Assim, as memórias intrusivas derivam de um conjunto de informações sobre o trauma que ficam gravadas na memória da pessoa, sendo imagens mentais pormenorizadas de sensações que foram vivenciadas no evento traumático e que não podem ser controladas pela pessoa, assumindo um carácter involuntário e espontâneo. No entanto, podem surgir como imagens distorcidas através de flashbacks, fazendo com que a pessoa perca a noção da realidade (Paulito, 2021).

Aliado a esta sintomatologia, também se verifica a persistência de reações intensas e angustiantes, surgindo alterações de humor, cognição e perturbações de sono, bem como, uma sensação constante de ameaça, levando a hipervigilância por parte do indivíduo (Cervantes, Schuelter-Trevisol, & Jornada, 2013). Desta forma, os sintomas mais característicos da PSPT são:

- Evitamento – situações ou pessoas relacionadas com o trauma;
- Embotamento afetivo;
- Intrusões – pesadelos e flashbacks;
- Amnésia;
- Afeto negativo;
- Hiperexcitação – reações de alarme/hiperatividade;
- Alterações do sono;
- Dificuldade de concentração;
- Irritabilidade;

- Raiva (Shalev, Liberzon, & Marmar, 2017; Cervantes, Schuelter-Trevisol, & Jornada, 2013; American Psychiatric Association, 2013).

A nível mundial, os dados epidemiológicos revelam, que cerca de 70-91% dos utentes diagnosticados com PSPT apresentam sintomatologia associada a perturbações de sono, sendo mais prevalente a dificuldade em inicial ou manter o sono. Porém, cerca de 19%-71% dos utentes indicam ter pesadelos, salientando, também ser frequente terem, por vezes, comportamentos violentos durante o sono, paralisia, sonambulismo e/ou alucinações hipnagógicas/hipnopômnicas (Moreira, 2017).

O diagnóstico deste tipo de perturbação preconiza a prevalência de sintomas durante, pelo menos, um mês e que estes apresentem impacto negativo na vida do indivíduo. A PSPT surge após o trauma e, em grande parte dos casos, prolonga-se para uma fase crónica que pode durar anos ou até a vida toda, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo (Shalev, Liberzon, & Marmar, 2017; American Psychiatric Association, 2013). Segundo o DSM-V, os critérios de diagnóstico são:

Nota: Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade.

**A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual (ou mais) das seguintes formas:**

1. Vivenciar diretamente o evento traumático;
2. Presenciar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas;
3. Saber que o evento traumático ocorreu com um familiar ou amigo próximo. Nos casos em que o episódio concreto ou ameaça de morte envolve um familiar ou amigo, é necessário que o evento tenha sido violento ou acidental;
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático. Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de média, televisão, filmes ou fotografias.

**B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, após a sua ocorrência:**

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático;
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático;

3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer novamente. (Essas reações podem ocorrer num continuum, levando, no extremo, a perda completa de percepção do ambiente envolvente);
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado perante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático;
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

**C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, com início após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:**

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do evento traumático;
2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do evento traumático.

**D. Alterações negativas na cognição e no humor, associadas ao evento traumático que iniciam ou pioram após a do evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:**

1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido à amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas);
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo;
3. Crenças distorcidas persistentes acerca da causa ou das consequências do evento traumático, levando o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros;
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha);
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas;
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros;
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

**E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, iniciando-se ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:**

1. Comportamento irritado e/ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos;

2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo;
3. Hipervigilância;
4. Resposta de sobressalto exagerada;
5. Problemas de concentração;
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado);
7. A perturbação (Critérios B, C, D e E) tem duração à mais de um mês.

**G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional e noutras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.**

***Determinar o subtipo:***

- A. **Com sintomas dissociativos:** Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de stress pós-traumático, e, além disso, em resposta ao stressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:
  1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo;
  2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente.

Nota: Para classificar o subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica

***Especificar se:***

- B. **Com expressão tardia:** Se todos os critérios diagnósticos não se manifestarem até, pelo menos, seis meses após o evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas) (American Psychiatric Association, 2013, p. 312).

O desenvolvimento desta perturbação está diretamente relacionado com fatores genéticos e sociais, como também, com as características inerentes a cada indivíduo: a idade, género, habilitações literárias, religião, traços de personalidade, histórico de perturbações mentais, gestão de emoções e as estratégias de *coping* que cada um utiliza na resolução de problemas. Desta forma, no estudo de Shalev et al. (2017), verificaram que existe uma maior prevalência de casos de PSPT em indivíduos socialmente desfavorecidos, pertencentes às faixas etárias

mais jovens da população, do gênero feminino e com empregos/profissões consideradas de risco ou alto risco (Shalev, Liberzon, & Marmar, 2017).

### **2.2.2.1. Fatores de Risco para o desenvolvimento de PSPT**

Os fatores de risco a caracterizam-se por variáveis que influenciam a ocorrência de sinais e sintomas da PSPT e estão intimamente relacionados com a vulnerabilidade do indivíduo e a sua suscetibilidade para desenvolver PSPT:

#### **A. Fatores relativos ao Indivíduo**

Os acontecimentos traumáticos influenciam a forma como o indivíduo se comporta, nomeadamente, no ambiente social, emocional e relacional com o círculo íntimo e/ou seio familiar. Acontecimentos traumáticos vivenciados na infância e a história familiar/pessoal de transtornos de ansiedade têm impacto negativo na capacidade do de resistência do mesmo, acarretando riscos, principalmente, quando se depara com situações de stress elevado, tornando-o mais suscetível e sensível a situações negativas. Desta forma, qualquer ameaça percebida como traumática ou não irá ser vivenciada como uma situação de elevado stress (Dias, 2019).

Por outro lado, o ambiente familiar e o apoio dado pelo mesmo aquando do desenvolvimento do indivíduo, também representam um fator de risco para o desenvolvimento de PSPT. A presença de transtornos psicopatológicos dos pais, a falta de apoio por parte da família, ambiente familiar conflituoso e o consumo de substâncias originam no indivíduo uma maior suscetibilidade a vivenciar situações de violência no futuro e aumenta o risco de ser vítima de violência ou testemunhe qualquer tipo de violência dirigida a outra pessoa (Dias, 2019; Paulito, 2021).

A genética e a existência prévia de transtornos psiquiátricos na própria pessoa caracterizam-se como fatores facilitadores do desenvolvimento desta perturbação, sendo o impacto da genética sentido na sensibilidade e resiliência do indivíduo. No entanto, a personalidade também representa um fator significativo para o possível desenvolvimento de PSPT, uma vez que cada indivíduo constrói um papel moderador na resposta ao trauma, sendo mediado pela personalidade e reação imediata ao acontecimento traumático, bem como, a forma como este processa cognitivamente o acontecimento e o apoio social percebido (Dias, 2019).

#### **B. Fatores Sociodemográficos**

Relativamente aos fatores sociodemográficos, estudos referem que existem três fatores que representam um maior risco de desenvolver PSPT, sendo estes o estatuto sociodemográfico, o grau de instrução e o género do indivíduo (Dias, 2019).

O estatuto socioeconómico e o grau de instrução encontram-se intimamente relacionados com uma maior predisposição para o desenvolvimento de sintomas, uma vez que indivíduos com menor grau de instrução e com baixos rendimentos estão mais expostos a acontecimentos traumáticos, pela dificuldade de acesso a recursos. Desta forma, estes indivíduos apresentam um número mais elevado de sintomas, bem como, uma maior gravidade dos mesmos quando comparado a indivíduos com características opostas (Serra, 2003; Dias, 2019).

No que toca ao género da pessoa, estudos revelam que indivíduos do sexo feminino têm maior predisposição para o desenvolvimento desta perturbação, podendo estar associado a uma maior probabilidade de as mulheres serem vítimas de qualquer tipo de abuso (Serra, 2003).

### **C. Fatores relacionados com o acontecimento**

Os fatores relacionados com o acontecimento estão intimamente relacionados com o impacto causado pelo acontecimento traumático no bem-estar no indivíduo. Desta forma, destacam-se fatores como o tipo de experiência traumática, a magnitude do impacto causado, o conhecimento acerca do trauma vivido e a ocorrência de dissociação peri-traumática (Dias, 2019).

No que se refere ao tipo de trauma e a magnitude do mesmo, estes fatores encontram-se fortemente relacionados com a probabilidade de desenvolver sinais e sintomas de PSPT, uma vez que quanto maior for a agressão vivenciada maior será a probabilidade de desenvolver este tipo de perturbação, verificando-se um risco mais elevado nos casos de violação sexual e agressão física violenta, do que nos casos de presenciar ou ter conhecimento de ocorrências traumáticas de outros indivíduos (Wimalawansa, 2014).

O impacto negativo causado pela vivência de um evento traumático pode predispor o indivíduo a desenvolver PSPT, no sentido em que o indivíduo fica vulnerável às repercussões do trauma. Quando expostos a acontecimentos severos e longos, os indivíduos tendem a desenvolver a perceção de aniquilação mental, surgindo, simultaneamente, sentimentos de

perda de autonomia, identidade e vontade própria, bem como, a sensação de se sentir como um objeto, aumentando a vulnerabilidade da pessoa.

A dissociação peri-traumática caracteriza-se por um sentimento constante de irrealidade, manifestando-se através da perda de noção do tempo, presença de um comportamento automatizado, desligamento da mente e do corpo fazendo com que a pessoa se sinta a “flutuar” por cima do acontecimento. Este tipo de dissociação é considerado um fator risco com forte impacto no indivíduo e manifesta-se, maior parte das vezes, em indivíduos que vivenciaram uma experiência caracterizada por sensações de medo e horror elevadas (Wimalawansa, 2014).

#### **D. Fatores de risco após o acontecimento traumático**

Após o evento traumático, os indivíduos tendem a atribuir causas internas negativas, salientando-se atribuições causais negativas, de carácter punitivo e depressivo. Desta forma, surgem sentimentos de fracasso e expressões pejorativas, como por exemplo, “a culpa é minha”, “acontece-me tudo”, dificultando, assim, o processo de tratamento da PSPT (Serra, 2003).

No que toca ao ambiente encontrado após o evento, torna-se relevante a não ocorrência de experiências negativas, no sentido de não prejudicar e/ou agravar a evolução e prognóstico da perturbação. Neste sentido, a ocorrência de comentários críticos e hostilidade representam fatores que evidenciam uma repercussão negativa na evolução do indivíduo. O apoio familiar e/ou social inadequado, aliado a este facto, podem levar ao desenvolvimento de sinais e sintomas de PSPT (Wimalawansa, 2014).

Por outro lado, o tipo de trauma, a presença de comorbidades, o grau de reatividade relativamente a situações que relembrem o trauma, dificuldade no desenvolvimento de relações interpessoais, história familiar de comportamentos antissociais e a presença de sentimentos de culpa, humilhação e rejeição, são fatores que representam um maior risco para desenvolver cronicidade da PSPT (Serra, 2003; Wimalawansa, 2014).

#### **2.2.2.2. Fatores de Proteção para a PSPT**

## **A. Apoio Social**

As relações sociais e a proximidade e de ligação estabelecidas com outros membros do seio familiar e/ou entes queridos representam, no caso da PSPT, um fator de proteção para o desenvolvimento desta perturbação, uma vez que os elos afetivos se revelam uma ação protetora contra a traumatização (Wimalawansa, 2014).

O apoio social envolve três componentes que se encontram interligadas e que oferecem apoio e auxílio ao indivíduo, sendo estas: os recursos da rede social, a disponibilidade da mesma e a avaliação subjetiva do indivíduo face à ajuda oferecida. Ao pertencer a uma rede social forte, os indivíduos sujeitos a um evento traumático, tendem a sentir de forma menos acentuada situações de stress vivenciadas no cotidiano, uma vez que os indivíduos que pertencem, por sua vez, à rede de apoio, apresentam uma personalidade combativa, com um bom autoconceito e, simultaneamente, um bom locus de contro interno. Desta forma, o comportamento de apoio e a ajuda percebida assumem-se essenciais no processo, para que o indivíduo se sinta parte da rede e, por outro lado, se verifique existência de uma dinâmica de proximidade entre recetor e dador, no sentido do dador amplificar o bem-estar, bem como, aumentar o sentimento de confiança e proteção do recetor (Serra, 2003; Wimalawansa, 2014).

## **B. Resiliência**

A resiliência define-se como a capacidade que um indivíduo tem para recuperar a sua forma original após sofrer um choque ou deformação, bem como, a sua capacidade para superar e recuperar das adversidades (Serra, 2003). Assim, a pessoa mantém a sua funcionalidade, sendo que o evento não interfere, significativamente, com o equilíbrio e o quotidiano da mesma (Fonseca, 2011).

A personalidade resiliente representa outro fator protetor para o desenvolvimento de PSPT, uma vez que nem todos os indivíduos que vivenciam um acontecimento traumático apresentam sinais e sintomas de perturbação. Desta forma, recuperar facilmente de um evento adverso representa um fator positivo na proteção, aliando atributos da personalidade como: “abertura de espírito, flexibilidade, competência para lidar com a experiência, tolerância ao stress, coragem, criatividade, disciplina, integridade de consciência, sentido de humor e gosto por arquitetar sonhos” (Dias, p. 15). No entanto, pessoas com personalidade não resiliente e com menos atributos individuais, apresentam um maior risco de desenvolver PSPT (Wimalawansa, 2014).

### **2.3. Coping e dinâmica da reconstrução pós-traumática**

A regulação emocional caracteriza-se pela capacidade de lidar com níveis elevados de emoções positivas e negativas, envolvendo os processos e/ou estratégias conscientes ou inconscientes que um indivíduo adota para preservar, aumentar ou diminuir um ou mais componentes emocionais, bem como, regular a intensidade e duração de uma experiência emocional intensa. Desta forma, abarca a consciência e compreensão que a pessoa possui acerca das suas emoções, tal como, a aceitação e a capacidade de controlo das mesmas; a ação dirigida face a objetivos definidos e a capacidade de regulação emocional são componentes essenciais para que exista uma resposta eficaz relativamente a um leque de situações (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

As estratégias de regulação emocional encontram-se diretamente relacionadas com a reavaliação cognitiva. Deste modo, o indivíduo procede a uma modificação do significado da situação e, por isso, altera o impacto emocional que a mesma lhe causa, permitindo um melhor funcionamento a nível emocional e interpessoal (maior positivismo, autoestima, bem-estar), o que leva a um maior crescimento pessoal e uma atitude de maior autoaceitação e autonomia. Por outro lado, a supressão emocional, que envolve a inibição do comportamento emocional, leva a uma maior carga de emoções negativas, levando, por isso, a atitudes de isolamento social e, por consequência, a sinais e sintomas de depressão, pelos níveis reduzidos de autoestima e positivismo (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

O processo de regulação de emoções considera-se uma forma de motivação, pois inclui a herança cultural devido à cultura que o indivíduo pertence, as consequências e as intervenções ditadas pelas estratégias e mobilização de recursos por parte do mesmo (Paulito, 2021).

#### **2.3.1. Coping**

Nos dias de hoje, o *coping* define-se como um conjunto de estratégias utilizadas pela pessoa para lidar com situações causadoras de stress ou situações adversas, focando-se na forma como esta lida com o problema, quer a nível cognitivo como comportamental. Assim, o indivíduo mobiliza estratégias que o permitam diminuir e/ou suportar as condições impostas pelo evento, bem como, estabelecer um equilíbrio físico e psicológico. Este termo foi utilizado, inicialmente no século XX, por Freud, e referia-se aos mecanismos de defesa que a pessoa apresentava inconscientemente face a ameaças internas ou conflitos, de modo a preservar o seu ego (Paulito, 2021).

O *International Council of Nurses* considera o *coping* como um foco relevante para a prática de enfermagem e encontra-se definido, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como uma "Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, os estilos de *coping* encontram-se relacionados com as características da personalidade, podendo influenciar o tipo e a extensão das estratégias. Por sua vez, as estratégias de *coping* referem-se às ações cognitivas ou comportamentais realizadas pelo indivíduo para lidar com o evento gerador de stress. Relativamente às estratégias, estas dividem-se em cinco categorias: a reestruturação cognitiva positiva, a resolução do problema, a procura de apoio, o evitamento e o confronto direto ou indireto. Porém, quando se recorre às duas últimas categorias, estas apenas aliviam o stress momentaneamente e não promovem a adaptação efetiva do indivíduo, sendo, principalmente, o evitamento uma estratégia inadequada (Allen & Leary, 2010).

Deste modo, existem dois tipos: o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. O primeiro refere-se ao esforço que a pessoa faz para regular o seu estado emocional, tendo como objetivo principal diminuir a sensação física negativa causada stress; o segundo caracteriza-se pela vontade que o indivíduo demonstra em atuar sobre o evento gerador de stress, na tentativa de alterá-lo pela reestruturação cognitiva, através, por exemplo, da procura de apoio social, levando, por sua vez, a uma maior eficácia de *coping*. No entanto, verifica-se que a pessoa apresenta uma maior tendência a recorrer a estratégias de *coping* focadas na emoção face às focadas no problema (Khamis, 2015; Guo, Feng, Wang, & IJzendoorn, 2020).

Num estudo realizado por Guo et. al. (2020) relativamente às estratégias de *coping* utilizadas por pessoas infetadas com SARS-CoV-2, os autores verificaram que comportamentos de enfrentamento mais focalizados para a emoção, tais como, chorar, ficar com raiva, gritar,

beber ou fumar, apresentam-se fortemente associados a um maior risco de desenvolver problemas de saúde mental, aliando-se também a estratégias como rezar, cumprir a medicação prescrita ou avaliar a temperatura corporal. No entanto, estratégias focadas em atitudes positivas, aumento do conhecimento acerca da Covid-19, utilização de máscara, etiqueta respiratória, lavagem frequente das mãos e o cumprimento de isolamento e/ou distanciamento social apresentam uma redução significativa do risco de desenvolver problemas de saúde mental. Desta forma, o enfrentamento focado no problema representa uma estratégia positiva e que envolve métodos ativos para a descoberta de estratégias de resolução do problema. Assim, por outro lado, o enfrentamento de carácter emocional, apenas tende a enfatizar a passividade e impotência do indivíduo face ao acontecimento, potenciando os sintomas de ansiedade e depressão (Guo, Feng, Wang, & IJzendoorn, 2020).

Em concordância com o estudo anteriormente referido, o autor *Agha* (2021), no seu estudo no âmbito do bem-estar psicológico e o isolamento por infeção, também verificou que as estratégias direcionadas para o problema foram positivas, sendo que as focalizadas para a emoção, nomeadamente, a evitação ativa e as estratégias religiosas, demonstram uma associação significativa com problemas de saúde mental (Agha, 2021).

### **2.3.2. Crescimento Pós-Traumático**

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) caracteriza-se por uma mudança positiva face a uma experiência traumática, levando a uma transformação associada a um processo de luta prévio, como resposta ao sofrimento causado pela mesma. Neste sentido, apesar de, em muitos dos casos, se verificar CPT, nem todos os indivíduos têm a capacidade de encontrar benefícios positivos na vivência de eventos adversos (Fonseca, 2011).

O termo CPT foi abordado, inicialmente, por doutrinas religiosas, como o cristianismo e budismo, tendo como ideia principal de que os acontecimentos adversos podem causar mudanças positivas na pessoa. No entanto, mais tarde, na literatura e investigação no âmbito das ciências da saúde, também Caplan, Frankl, Maslow e outros autores, demonstravam nos seus estudos esta possibilidade (Calhoun & Tedeschi, 2013).

No ano 1996, face aos estudos realizados e a necessidade de introduzir um conceito específico de CPT ou *Posttraumatic Growth*, os autores Calhoun e Tedeschi propuseram a melhor forma de descrever este fenómeno. Desta forma, o CPT refere-se, então, à percepção que a pessoa tem das mudanças psicológicas positivas que apresenta, tendo em conta o impacto dos esforços psicológicos positivos que mobilizou para confrontar o evento traumático. (Calhoun & Tedeschi, 2013). A descrição deste tipo de fenómeno baseia-se em dois termos: o “crescimento”, destacando-se a forma como a pessoa funciona atualmente, relativamente ao seu “eu” anterior e o “traumático”, verificando-se que o crescimento provém da vivência de uma experiência traumática e não de pequenos eventos stressores e/ou do processo de desenvolvimento pessoal normal.

Ao longo da vida, um indivíduo pode experienciar um leque de eventos traumáticos, como por exemplo, situações de violência física ou sexual, o diagnóstico de doenças crónicas ou oncológicas, acidentes rodoviários e a vivência de catástrofes naturais. No entanto, após sofrer um destes eventos, apesar do trauma causado, estes identificam aspetos positivos relevantes para atenuar o impacto negativo deste mesmo evento, salientando os seguintes benefícios e aprendizagens: maior valorização da vida (desfrutar melhor cada momento e reajuste de valores); redefinição de prioridades; maior sensação de força pessoal (melhor percepção de si mesmo e das suas capacidades) e melhoria das relações interpessoais (maior intimidade e melhor comunicação) (Vázquez, Castilla, & Hervás, 2008). Porém, o facto de um indivíduo ter a capacidade de apontar aspetos positivos após o trauma e de apresentar um melhor nível de funcionamento relativamente ao “eu” prévio, a experiência de crescimento não anula o sofrimento causado pelo trauma, não significando que a pessoa deixa de sofrer, mais ou menos, apesar das reações positivas que apresenta (Hervás, 2009).

É de salientar que os indivíduos que experimentam uma situação de crescimento pós-traumático também podem vivenciar emoções negativas e stress, pelo impacto do acontecimento na vida dos mesmos, coexistindo os dois tipos de emoções. Neste sentido, sem a presença de emoções negativas no estágio inicial, o CPT não se verifica, uma vez que é necessário que se produza uma mudança significativa na pessoa, pelo que, terá de existir um impacto significativo e a presença de sintomatologia, para que a pessoa possa iniciar um processo de recuperação e crescimento, encontrando mais eficazmente, os benefícios da sua experiência, apesar de poderem continuar a apresentar emoções negativas (Calhoun & Tedeschi, 2004).

O conceito de CPT é um construto multidimensional pois “o indivíduo pode experimentar mudanças positivas em determinados domínios e não experimentar mudanças ou mesmo experimentar mudanças negativas noutros domínios” (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 1998).

### 2.3.2.1. Modelo de CPT

No ano 1996, Calhoun e Tedeschi propuseram um modelo que permitisse compreender o fenómeno de CPT como um processo multidimensional complexo, sendo revisto mais tarde, no ano 2018, por Tedeschi et al. (2018), envolvendo, assim, um conjunto de fatores que comunicam entre si, ao longo de um espaço temporal. O modelo mais atual encontra-se retratado na figura seguinte (figura 2):

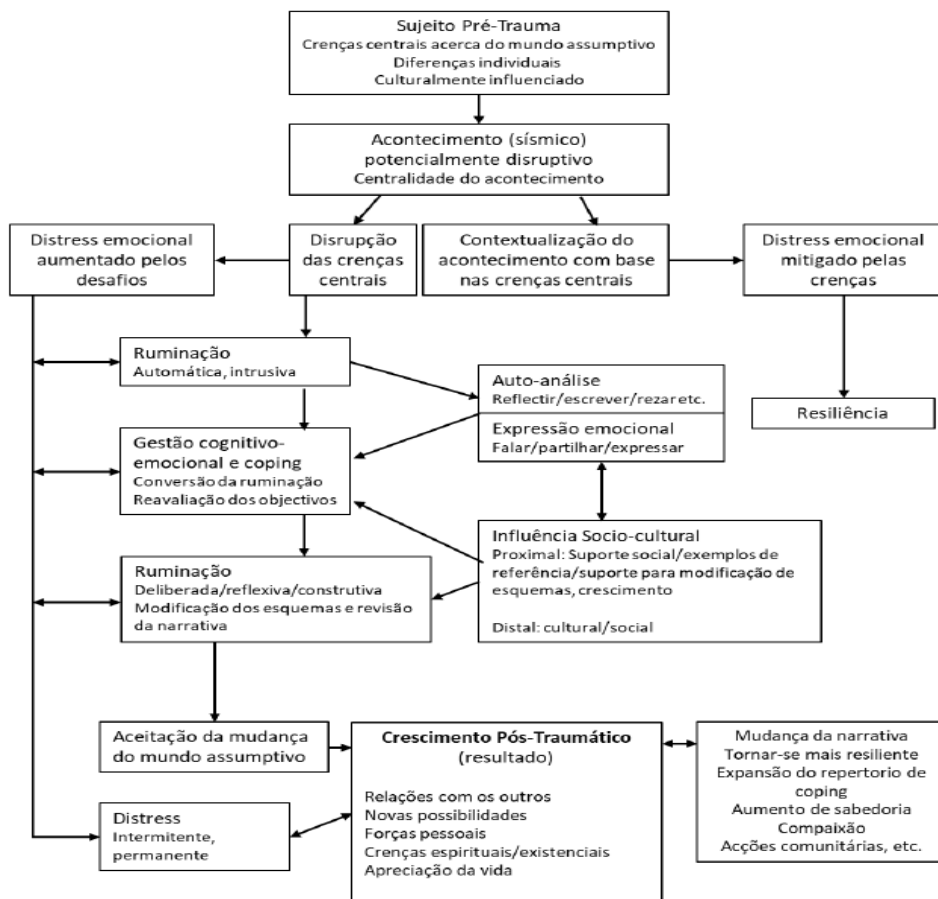


Figura 2- Modelo de Crescimento Pós-traumático (CPT) adaptado, A Revised Model of Posttraumatic Growth by R. G. Tedeschi, J. Shakespeare-Finch, K. Taku, & L. G. Calhoun. (2018) Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, NY: Routledge, p.44.

À luz do presente Modelo, o CPT encontra-se retratado como um fenômeno pessoal, pois está diretamente relacionado com a perspectiva do sujeito acerca do acontecimento traumático, sendo, por isso, influenciado pelas características pessoais prévias/personalidade e pelas características adjacentes ao evento (severidade/intensidade). Desta forma, os fatores sujeito pré-trauma e acontecimento sofrem também influência das características da cultura em que o indivíduo se insere, tendo em conta as crenças e valores que o sujeito possui. O papel da cultura revela-se fundamental para a compreensão do tipo de crescimento que o indivíduo apresenta, pois, dependendo da cultura, o evento poderá ser interpretado de diferentes formas, sendo a família e/ou os entes queridos uma fonte de apoio ou desprezo/desvalorização que podem facilitar ou dificultar o processo de CPT (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018).

As crenças centrais caracterizam-se por esquemas cognitivos que permitem ao indivíduo construir teorias, através da vivência de diferentes experiências ao longo da vida. Desta forma, estas teorias permitem que o sujeito se oriente no ambiente que o rodeia, surgindo como um guia cognitivo-emocional que traz sentido e significado ao mesmo. Estes esquemas cognitivos revelam-se importantes para a compreensão de acontecimentos, dando forma à realidade e previsibilidade aos mesmos, o que transmite uma sensação de segurança e proteção face às adversidades. Ao longo da vida, as crenças tornam-se, cada vez mais sólidas e coesas, sendo difícil alterar ou adicionar novas crenças, tendo tendência a ser ignoradas quando não fazem parte do indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 2013).

A disrupção de crenças centrais após um acontecimento traumático ocorre quando o indivíduo mobiliza recursos cognitivos e emocionais para lidar com o evento traumático para o qual não está preparado e realiza uma tentativa de compreender o mesmo. Ao ser um acontecimento novo que condiciona a ação e pensamento do indivíduo, este evento é capaz de abalar as crenças e esquemas cognitivos que o indivíduo possui, uma vez que experienciou uma situação de stress. Assim, inicia-se um processo de questionamento e reavaliação das suas crenças, sendo um ponto essencial e determinante para o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2004).

No que toca ao processamento cognitivo, este é considerado como um fator preditor e determinante para o processo de CPT, uma vez que perante um evento adverso, o processamento assume um papel central devido à disrupção que ocorre nas crenças centrais. Inicialmente, apresenta-se como um fenômeno automático, manifestando-se pela ruminação intrusiva. A ruminação intrusiva caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos

e/ou imagens negativas, intrusivas que ocorrem de forma automática, estando, por isso, fora de controlo por parte do indivíduo. Posteriormente, ao longo do tempo, estes tipos de pensamentos começam a ser um processamento cognitivo voluntário, da vontade do sujeito, com o objetivo principal de confrontar intencionalmente o evento traumático. A ruminação deliberada surge como uma prática cognitiva reflexiva, levando ao surgimento de pensamentos positivos e focados na atribuição de significado real ao acontecimento, de forma que a pessoa possa reconstruir e reparar as suas crenças centrais. Assim, quanto maior for o envolvimento que o sujeito apresenta face aos pensamentos que dão sentido ao evento, maior é a sua capacidade para lidar com as consequências do mesmo e mais provável será o processo de CPT. A expressão emocional e o suporte social representam fatores importantes e, por vezes, determinantes para este processo. No entanto, este processo revela-se doloroso e desconfortável para a pessoa e nem todas são capazes de o fazer, levando ao prolongamento dos pensamentos de ruminação intrusiva e, conseqüentemente, ao aparecimento de sintomas depressivos e ansiedade/stress (Calhoun & Tedeschi, 2013).

Relativamente ao fator resiliência, este implica que a pessoa retorne ao seu “eu” anterior, mantendo o funcionamento normal após o evento traumático, sendo esperado que após saber lidar com o stress emocional adjacente ao mesmo, exista a recuperação desse funcionamento (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018).

O CPT como resultado baseia-se nas alterações cognitivas e reestruturação de crenças por parte do indivíduo, tendo em conta o evento traumático e, por isso, caracteriza-se por um fenómeno que não é universal, nem leva à supressão de emoções negativas, tais como, a ansiedade; indivíduos que se encontram num processo de CPT podem experimentar sensações de desilusão, imprevisibilidade e vulnerabilidade, como também, de apreciação, preparação e resistência (Calhoun & Tedeschi, 2013).

Em relação ao fator “mudança da narrativa”, este encontra-se diretamente relacionado com a aprendizagem cognitiva que é progressivamente contruída após o evento e, por isso, vai sendo integrada a narrativa de vida da pessoa. O facto desta integração ocorrer, leva a que o evento traumático possa ser um acontecimento central na identidade do indivíduo, o que provoca consequências com impacto positivo ou negativo no mesmo, dependendo da avaliação que é feita desse mesmo evento; quando considerada como confrontação ao evento, este aspeto torna-se positivo e um ponto de viragem para o CPT, enquanto o contrário promove a insatisfação e frustração com a vida (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018).

A narrativa mostra-se importante na avaliação de um processo de CPT pois constitui um verdadeiro indicador de desenvolvimento pessoal, pela compreensão qualitativa e quantitativa que é feita da narrativa da pessoa e, não, pelo desejo social inerente ao meio envolvente da mesma. Simultaneamente, também demonstra o desenvolvimento de um maior grau de sabedoria e, conseqüentemente, a demolição de esquemas cognitivos prévios e a integração de novos esquemas face à vivência do trauma e a aprendizagem que a mesma acarreta. Deste modo, o indivíduo torna-se mais complexo, menos rígido e simplista, o que leva a ser mais resistente a futuros eventos (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018).

Em suma, a avaliação do CPT realiza-se através de instrumentos desenvolvidos por vários autores e avaliam o fenómeno de percepção de mudanças positivas no indivíduo. Assim, são exemplos destas escalas: *The Stress-Related Growth Scale*, *Benefit Finding Scale*, *The Psychological Well-Being-Posttraumatic Changes Questionnaire*, *The Changes in Outlook Questionnaire*, entre outros (Fonseca, 2011).

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. Considerações Metodológicas**

A investigação científica caracteriza-se por um processo sistemático “que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos” (Fortin, 1999, p. 13). Desta forma, representa um método de aquisição de novos conhecimentos, de forma ordenada e sistemática para encontrar respostas a um problema ou questão de investigação.

A fase metodológica permite orientar a forma de construir uma investigação científica. Assim, a questão de investigação, a formulação de objetivos do estudo, a definição de variáveis e criação de hipóteses “estabelece a ponte entre o problema de investigação (...) o desenho, métodos de colheita de dados e as análises” dos mesmos (Fortin, 1999, p. 103).

#### **1.1. Questão de investigação**

A etapa de revisão da literatura assume como objetivos principais: a delimitação do domínio da investigação, através da leitura de diversos artigos científicos, corretos conceptuais e teóricas, como também, distinguir o que é conhecido do que necessita ser investigado, de forma a explicar novas vias de investigação, no sentido de aumentar o corpus de conhecimento de uma disciplina. Assim, a revisão da literatura visa num “processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes, sobre um domínio de investigação” (Fortin, 1999, p. 70).

O tema da revisão da literatura realizada na primeira parte desta dissertação demonstra a evidência científica existente acerca da problemática central deste trabalho, bem como, permite perceber qual o ponto de partida para a investigação realizada. Neste sentido, ao identificarmos um problema atual e pertinente para a prática de enfermagem, neste caso no âmbito da Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica, urge a necessidade de formular uma questão/problema de investigação que oriente a construção do processo de investigação necessário para dar respostas ao problema identificado.

Desta forma, como ponto de partida deste estudo e de acordo com as normas de formulação de um problema de investigação, obtemos a seguinte premissa: “ A infeção pelo SARS-CoV-2 e a sintomatologia associada podem estar na origem de sintomas de stress pós-traumático e condicionar o ajustamento e as estratégias de crescimento psicológico pós-trauma”. Neste sentido, surge a seguinte questão de investigação: “Qual a associação entre a sintomatologia de Covid-19, os sintomas de Stress Pós-Traumático e o Crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2?”

## **1.2. Objetivos do Estudo**

Um objetivo caracteriza-se por “um enunciado, que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (Fortin, 1999, p. 39). Desta forma, pode assumir termos com explorar, identificar, descrever, explicitar e/ou predizer, tendo em conta o tipo de investigação que irá ser desenvolvida.

Em concordância com o problema de investigação, foram definidos para o presente estudo, tendo em conta o espaço temporal pré-definido para o mesmo, os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- b) Avaliar sinais e sintomas de Stress Pós-Traumático após infeção pelo SARS-CoV-2;
- c) Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de Stress Pós-Traumático;
- d) Analisar o papel das relações interpessoais na forma como as pessoas lidam com a doença;
- e) Avaliar o crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico e *coping* para lidar com a doença;
- f) Identificar focos de atenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas com Stress Pós-Traumático infetadas pelo SARS-CoV-2.

### **1.3. Hipóteses de investigação**

À luz da obra de Fortin (1999), as hipóteses de investigação representam “um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis (...) é uma perdição baseada na teoria ou numa proporção desta (preposição)” (Fortin, 1999, p. 102). Desta forma, uma hipótese relaciona o problema em estudo com os objetivos do mesmo, com a finalidade de proporcionar uma explicação ou predição objetiva dos resultados esperados para o estudo (Fortin, 1999).

Com o intuito de dar resposta aos objetivos anteriormente referidos, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

1. Existe relação entre o suporte social e os sintomas de SPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2;
2. Existe evidência de sintomatologia psiquiátrica em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2;
3. Existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e os sintomas de SPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2;
4. Existe relação entre a sintomatologia de Covid-19 e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2;
5. Existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2;
6. Existe relação entre o suporte social e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2.

As hipóteses anteriormente referidas tiveram origem nos pressupostos definidos ao longo do enquadramento teórico, tendo em conta os estudos que já foram realizados acerca do tema em estudo. Neste sentido, todas as hipóteses de investigação supõem um potencial de relação entre as diferentes dimensões abordadas no estudo.

### **1.4. Variáveis do Estudo**

As variáveis representam conceitos utilizados no âmbito de uma investigação, sendo o termo privilegiado para a aplicação de medidas. Assim, as variáveis definem-se como “qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 1999, p. 36). Segundo Polit e Hungler (1999), a investigação visa na

compreensão das alterações que uma variável sofre, bem como, o porquê dessas alterações (Fortin, 1999).

Assim, tendo em conta a existência de bibliografia que suporte a problemática investigada, o objetivo do presente estudo visa no estabelecimento de relações entre as variáveis do objeto de estudo, descrevendo também o efeito produzido no fenómeno estudado. Deste modo, pretende-se perceber em que medida as variáveis estudadas podem alterar face às relações estabelecidas entre as mesmas, de forma a compreender a sua relação e importância para os resultados da investigação.

No que toca às variáveis do estudo, tendo em consideração os objetivos, questão de investigação e hipóteses já formulados, foram definidas as seguintes variáveis:

- Variáveis Dependentes - Sintomatologia de SPT e Crescimento Pós-Traumático;
- Variáveis Independentes - Suporte Social, Sintomatologia de Covid-19 e Sintomatologia Psiquiátrica.

A variável dependente “sintomatologia de SPT” define-se como a presença de sintomas psicopatológicos após a vivência de um evento traumático e, em termos operacionais, avaliada segundo a pontuação obtida na escala PCL-C, correspondente a um conjunto de 17 questões (17 sintomas de PSPT). Por sua vez, a variável “crescimento pós-traumático” caracteriza-se pela mudança positiva face à vivência de um acontecimento traumático; operacionalmente, avaliada pela esta PTGI através de 21 itens.

No que toca às variáveis independentes, a variável “suporte social” caracteriza-se pelas relações interpessoais e os efeitos que essa relação tem no indivíduo; avaliada segundo uma escala de *likert* que varia entre “péssima” e “muito boa”. A variável “sintomatologia de covid-19” relativa aos sintomas vivenciados devido à infeção por SARS-CoV-2, sendo operacionalizada através de uma lista de sintomas da doença Covid-19. Por último, a variável sintomatologia psiquiátrica refere-se aos sintomas de *distress* e operacionaliza-se através da escala BSI, tendo em conta 53 itens relativos à presença e intensidade de sintomas psicopatológicos.

### **1.5. Tipo de Estudo**

O presente estudo debruçou-se numa abordagem quantitativa, não experimental, com o objetivo de perceber a relação existente entre as variáveis em estudo. Ainda, de acordo com a abordagem quantitativa, o estudo é de carácter descritivo e correlacional, isto é, foi realizada a descrição de todos os dados colhidos e estudadas a covariação entre as variáveis em estudo (Fortin, 1999). Relativamente à estrutura deste estudo, este caracteriza-se como um estudo transversal, uma vez que todas as medições foram realizadas num único momento, sem existir seguimento dos participantes num determinado intervalo de tempo (Fortin, 1999). Os dados colhidos através do questionário são de carácter individual e dizem respeito apenas a cada participante do estudo e ao ambiente em que se insere no momento do preenchimento do mesmo.

Deste modo, a seleção do desenho deste estudo teve como objetivo permitir a verificação da existência de relações entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes, anteriormente referidas. O estudo é parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Wilson Abreu: *“Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”*.

### **1.6. População e Amostra**

A amostragem caracteriza-se pelo processo de seleção de um grupo de pessoas, de forma a obter informações relacionadas com o fenómeno em estudo. Desta forma, pretende-se que a população total seja representada por um subconjunto da mesma, assumindo-se como principais conceitos do processo de amostragem: a população, a amostra, o plano de amostragem, a caracterização da população, a representatividade e o erro de amostragem (Fortin, 1999).

A população-alvo caracteriza-se por um conjunto de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo, por isso, necessário definir um plano de amostragem, segundo as características da população a estudar e os dados pretendidos para a realização do estudo (Fortin, 1999).

Por sua vez, a amostra representa um subconjunto de uma população, sendo “uma réplica em miniatura da população-alvo” (Fortin, 1999, p. 202). Por isso, assume um carácter representativo da população, ou seja, as características da população-alvo devem estar

presentes na amostra selecionada. Este processo assume um papel central no desenvolvimento de um trabalho de investigação científica pelas características anteriormente referidas.

Deste modo, no presente estudo consideramos como população-alvo, todas as pessoas com mais de 18 anos pertencentes à região Norte de Portugal. A amostra consistirá no conjunto de pessoas acessíveis, passíveis de serem contactadas entre as datas de 3 de janeiro e 28 de março do ano 2021.

O grupo de participantes foi selecionado através da técnica de amostragem não probabilística acidental, ou seja, “os sujeitos são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) e são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado” (Fortin, 1999, p. 208). Foram escolhidos para pertencer à amostra em estudo, apenas os participantes que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ter estado em isolamento por infeção devido ao SARS-CoV-2, estar em situação de remissão (teste negativo) pelo menos há trinta dias e concordar colaborar no estudo, segundo aceitação expressa do consentimento informado presente na parte inicial do questionário aplicado.

No que toca aos critérios de exclusão da amostra, foram determinados os seguintes critérios: idade inferior a 18 anos, pertencer à região Centro, Sul ou Comunidades Autónomas de Portugal, não ter sido infetado por SARS-CoV-2 e, por último, não aceitar participar no estudo. Obteve-se uma amostra final de 337 participantes que vão ao encontro dos critérios de inclusão definidos.

### **1.7. Instrumentos de Recolha de Dados**

O processo de colheita de dados caracteriza-se pela recolha sistemática da informação desejada através da utilização de instrumentos de colheita de dados. Segundo Fortin (1999), num estudo descritivo deverá ser utilizado um método de colheita de dados estruturado, tais como, o questionário, a entrevista semiestruturada ou estruturada (Fortin, 1999).

Para a recolha dos dados será utilizado o Protocolo do Projeto major, que é composto por um conjunto de questionários já validados para a realidade portuguesa e cuja utilização foi permitida pelos autores (anexo 1). Assim, utilizamos neste estudo, dados provenientes do

questionário sociodemográfico (com questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica), o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)* (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) (versão portuguesa), o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), (Tedeschi & Calhoun, 1996) (versão portuguesa) e, por fim, o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983) (versão portuguesa).

A estratégia de recolha de dados foi adequada à situação epidemiológica vivida na altura da recolha de dados, visando num questionário *online* realizado através do programa *Google Forms* que possibilita a realização de questionários e posterior realização de uma base de dados, à medida que os participantes respondem às questões colocadas. Este instrumento foi divulgado através de redes sociais, *e-mail* e *links* para amigos, familiares, colegas de trabalho, entre outros, que posteriormente reenviaram para outras pessoa/contactos, constituindo-se, assim, uma amostra em bola de neve, como anteriormente referido. O espaço temporal definido para o preenchimento do questionário foi entre 3 de janeiro e 28 de março do ano 2021.

O foi testado previamente num conjunto de 30 de forma a perceber a dinâmica e operacionalidade dos instrumentos.

Relativamente aos instrumentos incluídos no questionário, apresentamos uma breve síntese sobre a sua aplicabilidade:

#### **A. Questionário Sociodemográfico**

Este tipo de questionário permite-nos colher dados acerca dos dados sociológicos da população em estudo, realizando uma caracterização sociodemográfica através de dados relativos ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão, rendimento anual familiar e existência de filhos. Por outro lado, permite-nos, também, caracterizar a população segundo as características clínicas, através de dados relativos à situação de isolamento profilático ou isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2, presença de sintomatologia e sintomatologia predominante. Por último, relativamente ao suporte social, também nos possibilita obter dados respeitantes à qualidade do suporte social de familiares e amigos, bem como, do apoio dos serviços de saúde.

## **B. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)**

A *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C) foi desenvolvida por Weathers e colaboradores, no ano 1993 (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) e representa uma escala que permite avaliar a experiência/vivência de um evento potencialmente traumático, com o objetivo de diagnosticar a PSPT. Neste sentido, a PCL-C foi utilizada num leque de contextos, como por exemplo, em veteranos de guerra, vítimas de violação, vítimas de acidentes rodoviários, entre outros. Em Portugal, esta escala encontra-se validada para a população portuguesa por Marcelino e Gonçalves. As autoras recorreram ao método de tradução-retroversão para realizar a tradução e adaptação da escala, mantendo os índices de consistência interna e dos *clusters* de diagnóstico da estrutura fatorial original (Marcelino & Gonçalves, 2012).

A PCL-C é um instrumento de autopreenchimento que consiste num conjunto de 17 questões que correspondem a 17 sintomas da PSPT. Relativamente aos sintomas descritos, estes vão ao encontro do DSM-VI-TR, nomeadamente, no critério B (reexperimentar), critério C (evitamento) e critério D (hiper-ativação). As respostas às questões são pontuadas de 1 (“Nada”) a 5 (“Extremamente”), segundo uma escala de *Likert*, sendo que *scores* iguais superiores a 3 em cada item, indicam a presença de sintomas de PSPT. No entanto, para realizar a avaliação do diagnóstico de PSPT através da cotação do instrumento, existem três formas de interpretação do mesmo segundo os autores originais:

1. Avaliação da severidade dos sintomas de PPST: *Score* obtido pelo somatório das respostas dos 17 itens, tendo-se uma pontuação final entre 17 e 85 pontos, sendo que quanto mais alto o valor maior será a severidade da sintomatologia;
2. Cálculo dos *scores* dos três clusters (B,C,D): *Score* obtido através do cálculo da média aritmética de cada cluster, considerando-se para o critério B (reexperenciado) as questões 1 a 5; para o critério C (evitamento) as questões de 6 a 12 e, por último, para o critério D (hiper-ativação) as questões 13 a 17;
3. Presença de diagnóstico de PSPT: *Score* obtido a partir da inclusão dos itens com pontuação igual ou superior a 3, isto é, aqueles que são considerados como um

sintoma de PSPT e, seguidamente, verificar com apoio das regras de diagnóstico do DSM-IV-TR, se existe pelo menos um sintoma do critério B (reexperienciar), pelo menos 3 sintomas do critério C (evitamento) e pelo menos 2 sintomas do critério D (hiper-ativação) (Marcelino & Gonçalves, 2012).

### C. *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*

O Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) foi elaborado por Tedeschi & Calhoun, no ano 1996 e caracteriza-se por um questionário de autopreenchimento, com o objetivo de avaliar a percepção de mudanças positivas após a vivência de um evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Em Portugal, o Inventário de Crescimento Pós-Traumático foi validado por Resende et al. (2008) e contempla a adaptação do instrumento à realidade da população portuguesa. Assim, relativamente aos fatores existentes no inventário original, na realidade portuguesa, o fator “novas possibilidades” e “relações interpessoais” assume um novo fator, resultante da fusão dos mesmos, denominado “maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais”. Da mesma forma, o fator “valorização da vida” e “competências pessoais” assume um só fator - “mudança na percepção do *self* e da vida em geral”. Porém, o fator original “desenvolvimento espiritual” conserva a sua denominação e singularidade face ao instrumento inicial (Resende, Sendas, & Maia, 2008). Desta forma, o CPT após o evento encontra-se descrito segundo cinco dimensões:

1. **Competências Pessoais** – Percepção que o indivíduo tem acerca de si e das suas experiências de vida, competências e recursos. Permite avaliar a percepção da autocompetência e autossuficiência na condução de vida, força pessoal, resistência face a adversidades e aceitação de resultados negativos.
2. **Relações Interpessoais** – Demonstra as mudanças que se traduzem na revalorização e reaproximação de familiares e/ou entes queridos. Permite consciencializar para a necessidade de apoio e maior disponibilidade para a expressão emocional, através da partilha de emoções e afetos.

3. **Novas Possibilidades** – Traduz as mudanças ocorridas após uma nova conceptualização de vida. Enfatiza a abertura à mudança, aos novos interesses e atividades, bem como, às novas oportunidades da vida.
4. **Valorização da Vida** – Destaca a importância de apreciar a vida. Enfatiza a valorização e apreciação da vida, tal como, a redefinição de prioridades e valores.
5. **Desenvolvimento Espiritual** – Revela a mudança de percepção acerca de questões religiosas e espirituais. Fortalece a sensação de controlo e sentido para a vida, mesmo quando o indivíduo é ateu ou agnóstico.

O PTGI é constituído por 21 itens, cada um com uma pontuação correspondente a uma escala de *Likert* que varia entre os 0 (“Eu não experienciei esta mudança”) e 5 (“Eu experienciei completamente”), avaliando as mudanças psicológicas positivas resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos adversos. A interpretação do instrumento realiza-se através do somatório dos seus itens, tendo-se como resultado o CPT percebido pela pessoa. O score final varia entre 0 e 105 pontos, sendo que uma pontuação elevada representa uma elevada percepção de mudanças positivas após o evento (Tedeschi & Calhoun, 1996).

#### **D. *Brief Symptom Inventory (BSI)***

A avaliação quantitativa da sintomatologia psiquiátrica dos participantes foi realizada através do Breve Inventário de Sintomas (BSI). Este instrumento constitui uma adaptação realizada por Canavarro, em 1999, para a população portuguesa do instrumento original *Brief Symptom Inventory* desenvolvido por Derogatis (1983) a partir do *Symptom Check-List – SCL-90-R* (Derogatis & Melisaratos, 1983).

O presente instrumento encontra-se validado para a população portuguesa e representa um questionário de autorresposta, constituído por 53 itens que avaliam a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos, em pessoas com idade igual ou superior a 13 anos. Neste sentido, está dividido em 9 dimensões básicas de psicossintomatologia: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e, por último, psicoticismo. A cotação deste instrumento é realizada através da soma dos valores dos itens que, por sua vez, dão origem

a 3 Índices Globais que avaliam sumariamente a perturbação emocional: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (IPS) e Total de Sintomas Positivos (TSP).

O BSI apresenta, segundo vários autores que testaram a fiabilidade do instrumento na população portuguesa, uma estrutura fatorial na população geral e clínica indicadora de consistência do ponto de vista conceptual. Assim, também apresenta uma boa validade discriminativa, conseguindo realizar a diferenciação entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população em geral, oferecendo segurança para a utilização.

O tempo de resposta ao questionário, normalmente, demora entre 8 e 10 minutos, obtendo-se a pontuação de cada dimensão através da soma dos valores obtidos em cada item, de acordo com o número de itens pertencentes a cada dimensão. O cálculo dos Índices Globais obtém-se da seguinte forma:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) – Resulta do somatório das pontuações de todos os itens e posterior divisão pelo número total de respostas válidas. Avalia a intensidade do mal-estar experienciado;
- Total de Sintomas Positivos (TSP) – Resulta da contagem do número de itens assinalados com resposta positiva (maior que zero). Avalia a intensidade média experienciada dos sintomas assinalados;
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) – Resulta da divisão da soma de todos os itens pelo TSP. Avalia o número de queixas somáticas referidas.

As dimensões avaliadas pelo BSI encontram-se descritas na tabela 1. A pontuação atribuída a cada item é efetuada através de uma escala de *Likert*, com valores entre o 0 (“nunca”) e 4 (“muitas vezes”), na qual os participantes classificam como o grau de determinado sintoma o afetou durante os últimos sete dias.

Tabela 1- Descrição das Dimensões de BSI (Canavarro, 2007)

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
<b>SOMATIZAÇÃO</b> <i>Itens: 2,7,23,29,30,33,37</i>	Reflete mal-estar através da percepção do funcionamento somático (alterações do sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro sistema com mediação autonómica). Dores musculares localizadas e/ou equivalentes somáticos de ansiedade.

<p align="center"><b>OBSESSÕES- COMPULSÕES</b></p>	<p>Sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Inclui as cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes, aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora egodistônicos e indesejados. Consideram-se também os comportamentos que indicam dificuldade cognitiva geral.</p>
<p align="center"><i>Itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36</i></p>	
<p align="center"><b>SENSIBILIDADE INTERPESSOAL</b></p>	<p>Sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade quando comparado com os pares, como por exemplo, a autodepreciação, hesitação, desconforto e timidez durante as interações sociais.</p>
<p align="center"><i>Itens: 20, 21, 22 e 42</i></p>	
<p align="center"><b>DEPRESSÃO</b></p>	<p>Presença de sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, desmotivação e falta de interesse pela vida. Esta dimensão reflete os indicadores de depressão clínica.</p>
<p align="center"><i>Itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50</i></p>	
<p align="center"><b>ANSIEDADE</b></p>	<p>Presença de sintomas de ansiedade generalizada, ataques de pânico, nervosismo e tensão, bem como, de apreensão e correlatos somáticos de ansiedade.</p>
<p align="center"><i>Itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49</i></p>	
<p align="center"><b>HOSTILIDADE</b></p>	<p>Presença de pensamentos, emoções e comportamentos específicos do estado afetivo negativo da cólera.</p>
<p align="center"><i>Itens: 6, 13, 40, 41 e 46</i></p>	
<p align="center"><b>ANSIEDADE FÓBICA</b></p>	<p>Presença de comportamento fóbico disruptivo, desencadeado pelo medo persistente, irracional e desproporcionado a um estímulo (pessoa, objeto ou situação).</p>
<p align="center"><i>Itens: 8, 28, 31, 43 e 47</i></p>	
<p align="center"><b>IDEAÇÃO PARANOIDE</b></p>	<p>Presença de comportamento paranoide, caracterizado por pensamentos projetivos, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo e delírios.</p>
<p align="center"><i>Itens: 4, 10, 24, 48 e 51</i></p>	
<p align="center"><b>PSICOTICISMO</b></p>	<p>Indica itens sugestivos de isolamento, estilos de vida esquizóide, alucinações e alterações do pensamento. Indica também situações desde isolamento interpessoal ligeiro a presença de psicose.</p>
<p align="center"><i>Itens: 3, 14, 34, 44 e 53</i></p>	

Os itens 11,25,39 e 52 não se encontram associados a uma dimensão, sendo apenas um contributo para a relevância clínica e para as pontuações dos três índices globais. O BSI não permite a formulação de diagnósticos clínicos, no entanto, os valores das nove dimensões

avaliadas representam uma mais-valia para a identificação de elemos de psicopatologia, por isso, quanto maior o valor obtido nas dimensões e, conseqüentemente, nos índices globais, maior será a perturbação emocional e a probabilidade de psicopatologia.

Os valores de referência para a população portuguesa foram descritos por Canavarro, determinando para o Índice Geral de Sintomas (IGS) 0,83, Total de Sintomas Positivos (TSP) 26,99 e Índice de Sintomas Positivos (ISP) 1,56. Relativamente ao *score* final dos índices globais, para indivíduos emocionalmente perturbados, preconizou os seguintes valores: 1.403 para o IGS, 37.349 para o TSP e 2.111 para o ISP. A autora considera ainda, como ponto de corte para a população portuguesa, indicação de sintomatologia grave quando o valor de IGS é igual ou superior a 1.7.

### **1.8. Procedimentos Legais e Éticos**

A ética na investigação científica abrange todas as etapas do processo de investigação, no que diz respeito às finalidades do estudo, pertinência do problema, validade dos resultados para a produção de novo conhecimento científico, escolha da metodologia e instrumentos/processo de recolha de dados. O “olhar ético” preconiza a avaliação ética de um projeto de investigação, considerando-se a relevância do estudo, a relação benefício-risco, o consentimento informado, livre e esclarecido, bem como, a garantia do respeito pelos direitos dos participantes em todo o decurso do estudo. Neste sentido, independentemente das características do estudo a desenvolver, a investigação científica rege-se pelo princípio de “o primado do ser humano” sobre o interesse da sociedade e da ciência” (Nunes, 2013, p. 6).

O *International Council of Nurses* (ICN) concretizou um conjunto de diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, dando enfoque à integridade da investigação, no que toca a questões direcionadas à vulnerabilidade da pessoa e respeito pelos direitos humanos, salientando que “ quanto menor for o grau em que alguém possa participar na decisão, mais vulnerável se considera” (Nunes, 2013, p. 6).

O presente estudo encontra-se integrado num projeto de investigação major, denominado “*Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery*”, alocado ao CINTESIS / ESEP e coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu. As autorizações para a utilização dos

instrumentos de recolha de dados validados para a população portuguesa encontram-se inseridas no projeto anteriormente referido, existindo consentimento dos seus autores, bem como, a autorização para o desenvolvimento deste estudo foi conferida através de parecer à comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Após obtermos aprovação da comissão de ética da ESEP, procedemos à divulgação do questionário utilizado, garantindo o respeito da privacidade e proteção de dados dos participantes, bem como, a aceitação de participação através do consentimento livre e esclarecido presente na parte inicial do questionário, o qual se assumiu como procedimento obrigatório para a continuidade do preenchimento.

Durante todo o estudo foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica, nomeadamente, o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade e, sobretudo, o direito contra o prejuízo, salvaguardando-se de danos ou ameaças à integridade física e psicológica da pessoa.

### **1.9. Análise de Dados**

A forma de proceder à análise de dados de um estudo encontra-se diretamente relacionada com a natureza e objetivos da investigação. Deste modo, tendo em conta a natureza deste estudo, a análise quantitativa teve como objetivos principais, a operacionalização de conceitos e o estabelecimento de relações entre as variáveis, de forma a chegar aos resultados e conclusões pretendidas para o mesmo (Silvestre & Araújo, 2011).

No presente estudo, o protocolo de colheitas de dados encontra-se estruturado segundo as ferramentas do programa *Google Form*, possibilitando a realização de uma base de dados com todas as respostas obtidas a cada questão. Para a realização do tratamento dos dados colhidos, recorreremos ao programa estatístico SPSS 24 (*Statistical Package for Social Sciences*), efetuando-se a análise estatística, de acordo com o projeto major em que este estudo se insere. Os dados obtidos são apresentados através de gráficos e tabelas realizando-se a análise descritiva dos mesmos e, posteriormente, a análise inferencial dos resultados.

Por um lado, na análise estatística utilizaram-se testes estatísticos que possibilitaram analisar uma possível relação entre variáveis, através do teste qui-quadrado e do coeficiente de correlação de *Pearson*, no que toca a variáveis como o suporte social e o crescimento pós-

traumático. Ao realizar estes testes, conseguimos perceber a relação existente entre as variáveis e aceitar ou não as hipóteses de investigação associadas.

O teste não paramétrico – Coeficiente de Correlação de *Pearson* – permite-nos analisar a associação entre duas variáveis, com o objetivo de compreender a intensidade da relação e a forma como estas variam quando há alteração da intensidade de uma ou outra no mesmo sentido ou em sentido inverso (Graça Martins, 2014). Deste modo, o valor do teste ( $r$ ) representa a força e direção da associação, variando entre valores de -1 e +1, isto é, correlação negativa perfeita e correlação positiva perfeita, respetivamente, verificando-se, também, que quanto mais afastado de 0 for o valor de  $r$ , maior é a força de associação entre as variáveis. Simultaneamente ao valor de  $r$ , obtemos o valor do nível de significância ( $p$ ) permitindo-nos verificar se este valor é menor ou igual 0.05 (5% constitui o valor de segurança para a probabilidade de erro) e afirmar se a relação é estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Desta forma, podemos aceitar a hipótese de investigação (existe relação entre as variáveis) e refutar a hipótese nula ( $H_0$ ), não existindo relação entre as variáveis, uma vez que o valor de  $p$  é inferior a 0.05 (Graça Martins, 2014).

Relativamente ao teste Qui-quadrado, também constitui um teste não paramétrico de hipóteses, que nos permite verificar a existência de diferenças significativas entre o número de indivíduos, objetos ou respostas, numa determinada categoria, e o respetivo número esperado para a hipótese nula, ou seja, duas variáveis comportam-se de forma semelhante quando as diferenças entre as frequências observadas e esperadas são mais próximas de zero. Neste sentido, não depende de parâmetros populacionais, tais como, o valor médio e a variância para poder ser utilizado. O resultado do teste surge da comparação entre as diferenças, uma vez que se existir diferenças ( $p < 0.05$ ) aceitamos a hipótese de investigação ( $H$ ) e, se não existirem,  $H_0$  não é rejeitada ( $p > 0.05$ ) (Firmino, 2015).

Para realizar a análise das diferenças entre variáveis recorreremos ao teste paramétrico *Oneway ANOVA* (F), de forma a conseguir fazer a comparação de duas ou mais médias, verificando se existem diferenças significativas entre as diferentes variáveis em estudo. Neste estudo, o teste F incidiu na procura de uma possível relação linear entre a variável dependente e as variáveis independentes, optando-se pela utilização deste, uma vez que apresenta robustez perante a análise de amostras não normais. Os resultados do teste F são avaliados segundo o nível de significância, ou seja, para existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos, o valor de  $p$  terá de ser inferior a 0.05. No entanto, a interpretação do resultado do teste também pode ser realizada segundo a análise da

variância dentro e entre os grupos, isto é, se o valor de F for superior ao valor de F tabelado, rejeitamos a  $H_0$  e aceitamos que existe uma diferença significativa entre, pelo menos, algumas médias ao nível do valor de  $p$  escolhido no estudo (neste caso  $p < 0.05$ ).

## **2. Caracterização dos Participantes**

### **2.1. Apresentação de Resultados**

Este capítulo tem como intuito apresentar os dados recolhidos através de 337 questionários. Inicialmente será realizada a apresentação descritiva dos dados obtidos, caracterizando-se a amostra escolhida para o estudo, no que toca a sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, filhos e rendimento anual familiar, bem como, as respostas obtidas nos instrumentos aplicados relevantes para este estudo. Por outro lado, no subcapítulo seguinte serão apresentados os dados e a análise estatística dos mesmos, tendo em conta a relação entre a variável dependente e independente do presente estudo, tal como, os objetivos propostos para o mesmo. Todos os resultados serão apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, de forma a facilitar a análise dos mesmos após o processamento realizado no programa *SPSS*.

#### **2.1.1. Análise Descritiva**

##### **A. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas**

Neste ponto serão apresentados os valores obtidos das variáveis sociodemográficas do estudo, com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo.

A amostra em estudo é constituída por 337 participantes, sendo que 282 são do sexo feminino (84%) e 55 do sexo masculino (16%). No que toca ao estado civil dos participantes (figura 3), podemos observar que na sua maioria são solteiros (62%), seguidos dos casados ou em união de facto (37%), sendo uma minoria aquelas que se encontram divorciados (1%). Observamos também, que 59% da amostra tem filhos, comparativamente com 41% de

indivíduos que refere não ter. Relativamente à idade da amostra, verificamos que as idades dos participantes variam entre os 19 e os 73 anos, tendo uma média de idade de 37 anos (DP=10,2) – figura 4.

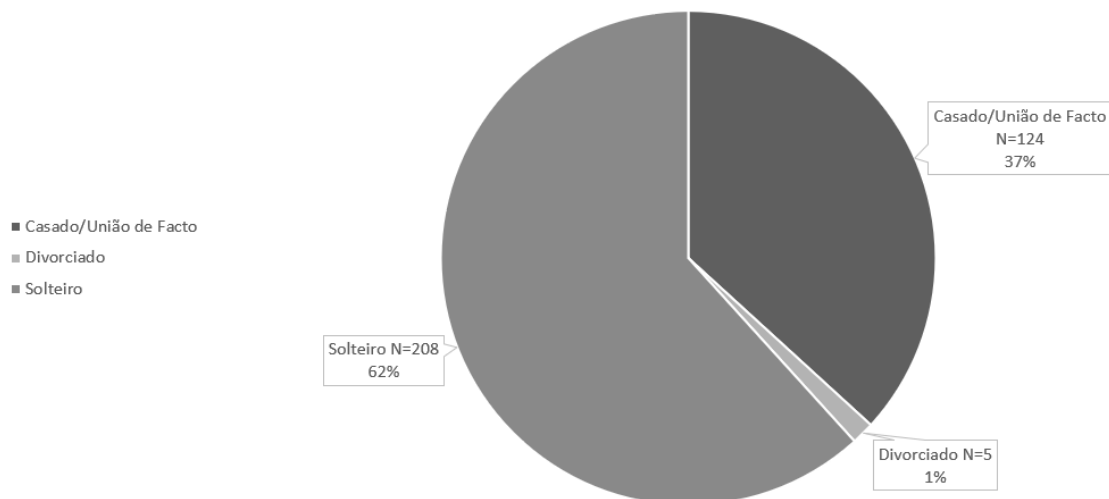


Figura 3 - Estado Civil dos Participantes

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Idade	337	19	73	36,73	10,175
N válido (de lista)	337				

Figura 4 - Estatísticas Descritivas relativas à idade dos participantes

Relativamente às habilitações literárias completas (figura 5), constatamos que 64% da amostra refere ter frequentado o Ensino Superior, seguido de 17% dos participantes que realizaram o 12º ano ou equivalente. Apenas 12% da amostra frequentou outro tipo de escolaridade e 25 participantes referiram ter o 9º ano ou equivalente.

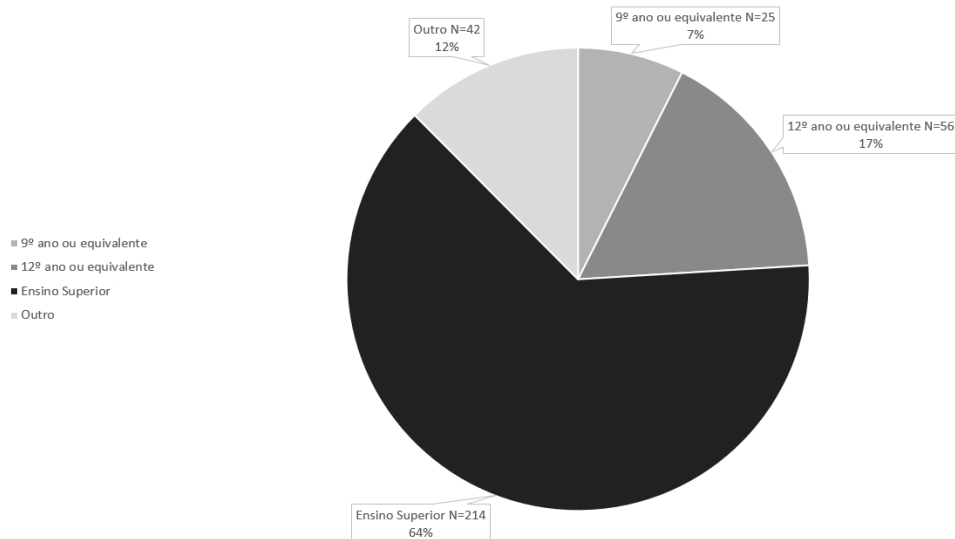


Figura 5 - Habilitações Literárias dos Participantes

No que toca à situação profissional (figura 6) e profissão exercida (figura 7), podemos verificar que 88% da amostra se encontra em situação ativa, 6% são estudantes, 4 % encontram-se desempregados e apenas 2% são reformados. Neste sentido, podemos observar que as profissões predominantes dos indivíduos ativos são aquelas que se enquadram na área da saúde, nomeadamente, enfermeiros (n=196), assistentes operacionais (n=15), médicos (n=6) e farmacêuticos (n=5). No entanto, a profissão segurança (n=17), professor (n=8) e administrador (n=4) também se destacam da variedade de profissões apresentadas. O número de indivíduos que referiu ser estudante também se revela predominante na amostra escolhida (n=29). As restantes profissões encontram-se descritas na mesma tabela, não apresentando frequência superior a 1. Porém, 12 participantes optaram por não responder à questão.

Relativamente à profissão podemos observar 6 participantes referiram estarem exclusivamente reformados, denotando-se na descrição das profissões surgem participantes que, apesar de serem reformados, concluímos que se encontram no ativo através de um segundo emprego, pelas respostas obtidas no tipo de profissão.

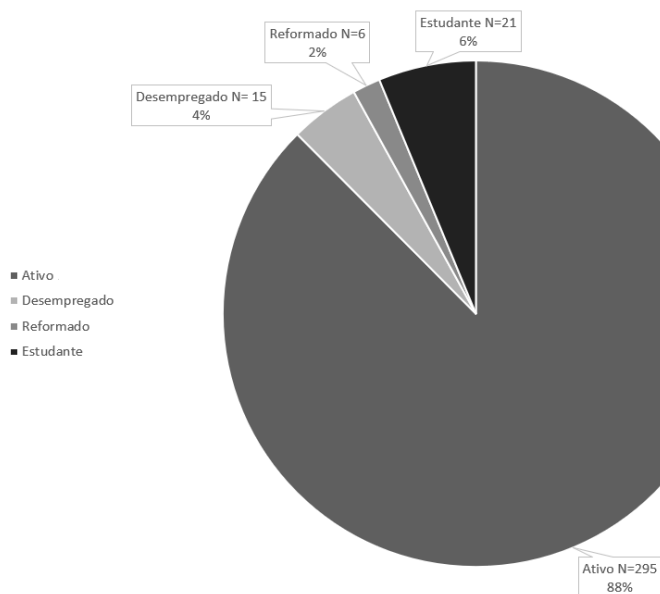


Figura 6 - Situação Profissional dos Participantes

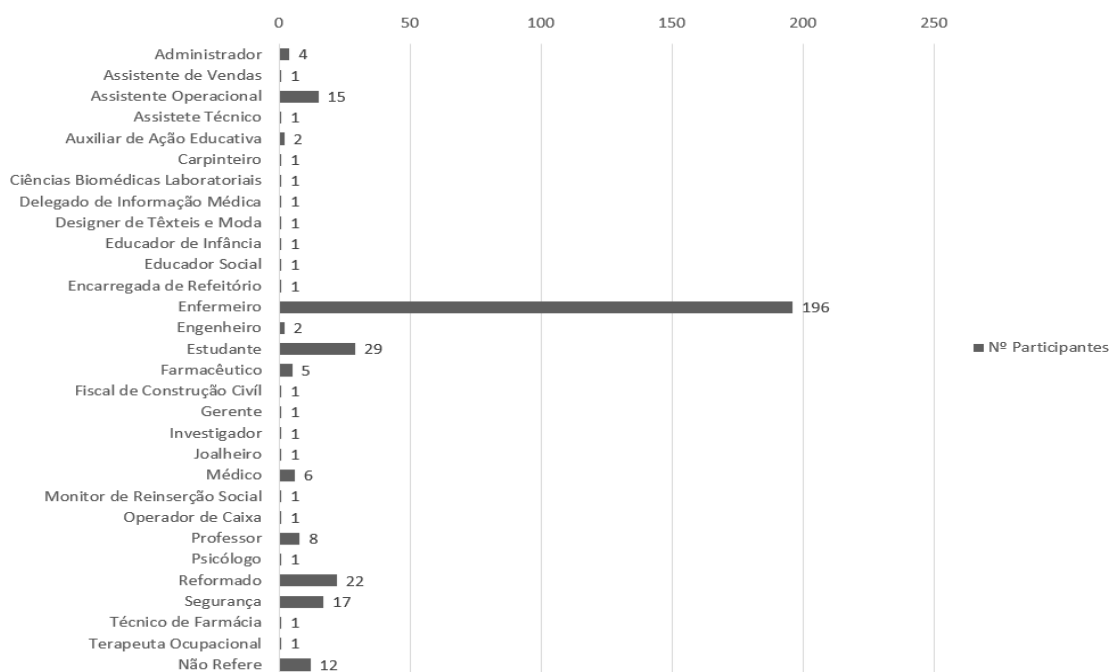


Figura 7 - Profissão dos Participantes

Em relação ao rendimento anual familiar notamos que grande parte da amostra refere ter rendimentos entre os 10.000€ e os 20.000€ (75%), seguidos de 11% que refere estar no patamar dos 20.000€ a 37.500%. Podemos observar que apenas 10% da amostra refere rendimentos inferiores a 10.000€. No que toca a rendimentos superiores, 3% assinalou a opção entre 37.501 a 70.001€ e, finalmente, 1% apontou rendimentos superiores a 70.001€. Neste sentido, podemos observar o leque de *status* económicos presentes na amostra,

existindo uma grande variedade de profissões, desde trabalhadores qualificados a não qualificados, quadros superiores e técnicos, denotando-se uma variância nos valores de rendimento anual.

### B. Resultados descritivos sobre a sintomatologia de Covid-19

Relativamente à sintomatologia de Covid-19, podemos observar que 88% da amostra teve sintomas, comparativamente a 12% que não refere ter tido nenhum sintoma. Dos participantes que referiram ter sintomas, verificou-se que o sintoma predominante foram as mialgias (41,8%), seguido da astenia (20,5%), tosse/dispneia (8%), disgeusia/ageusia (6,6%) e febre (5,3%). No que se refere aos restantes sintomas, tais como, as cefaleias (2,7%), vertigens (0,9%) e frio (0,6%), foram pouco referidas pelas participantes (figura 8). No entanto, 13,4% da amostra respondeu “não aplicável”, não se identificando com os sintomas apresentados.

<i>Item</i>	<i>Sintoma Predominante</i>	
	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<i>Astenia</i>	69	20,5%
<i>Cefaleias</i>	9	2,7%
<i>Disgeusia/ageusia</i>	23	6,8%
<i>Febre</i>	18	5,3%
<i>Frio</i>	2	0,6%
<i>Mialgias</i>	141	41,8%
<i>Tosse/dispneia</i>	27	8%
<i>Vertigens</i>	3	0,9%
<i>Não aplicável</i>	45	13,4%
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

Figura 8 - Sintomas Predominantes

### C. Resultados descritivos sobre o suporte social

Os resultados descritivos obtidos acerca do suporte social serão apresentados em duas tabelas, a primeira relativa ao suporte social de familiares e amigos (tabela 2) e a segunda, sobre o suporte dos serviços de saúde (tabela 3).

No que toca aos dados obtidos acerca do suporte social de familiares e amigos, pela análise da tabela 2, verificamos que a maior parte dos participantes refere ter, durante o isolamento, um suporte “muito bom” (63,5%) e “bom” (13,6%). Relativamente a 20% da amostra, refere que o suporte social oferecido foi “regular”, observando-se que 2,1% referiu que foi “má” e 6% assinalou como “péssima”. Assim, verificamos a predominância de respostas positivas face à questão colocada, ressaltando-se uma boa perceção geral sobre este tipo de suporte social.

Tabela 2 - Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao Suporte Social de Familiares e Amigos

Item	Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos?	
	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Péssima</i>	2	6%
<i>Má</i>	7	2,1%
<i>Regular</i>	68	20,2%
<i>Boa</i>	46	13,6%
<i>Muito Boa</i>	214	63,5%
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

Da análise da tabela 3, relativamente ao suporte das instituições de saúde, podemos observar que 43,9% da amostra considera que teve um suporte “muito bom” e 13,6% “bom”. Neste sentido, notamos que 13,4% dos participantes consideraram “regular” e, finalmente, as respostas negativas como “má” e “péssima” incidiram sobre 27% e 2,1% dos participantes, respetivamente. Podemos confirmar a predominância da resposta “péssima” em relação às afirmações como “bom” e “regular”, ressaltando-se uma perceção menos positiva acerca do suporte oferecido pelos serviços de saúde.

Tabela 3 - Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao Suporte Social dos Serviços de Saúde

Item	Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde?	
	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Péssima</i>	7	2,1%
<i>Má</i>	91	27%
<i>Regular</i>	45	13,4%
<i>Boa</i>	46	13,6%
<i>Muito Boa</i>	148	43,9%
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

#### D. Resultados obtidos sobre os sintomas psicopatológicos - BSI

Os resultados obtidos foram analisados segundo as nove dimensões do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e em relação ao Índice Geral de Sintomas (IGS). Este instrumento avalia, quantitativamente, a sintomatologia psiquiátrica dos participantes. Desta forma, a análise baseia-se em médias e desvios relativamente às dimensões dos instrumentos anteriormente referidos. A análise descritiva dos sintomas psicopatológicos encontra-se na tabela 4.

*Tabela 4 - Estatísticas Descritivas dos Sintomas Psicopatológicos*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Somatização</b>	337	0.00	3.43	0.83	0.661
<b>Obsessão-compulsão</b>	337	0.00	3.67	0.96	0.677
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	337	0.00	4.00	0.60	0.873
<b>Depressão</b>	337	0.33	4.00	1.59	0.709
<b>Ansiedade</b>	337	0.00	3.83	1.45	0.761
<b>Hostilidade</b>	337	0.00	3.60	0.80	0.667
<b>Ansiedade Fóbica</b>	337	0.00	4.00	1.44	0.784
<b>Ideação Paranoide</b>	337	0.00	3.40	0.56	0.759
<b>Psicoticismo</b>	337	0.00	4.00	1.07	0.696
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	337	0.25	3.38	1.03	0.585

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos observar que existem dimensões que se encontram com médias superiores a outras, nomeadamente: Depressão com valor de 1.59 (DP=0.709); Ansiedade com valor de 1.45 (DP=0.761); Ansiedade Fóbica com 1.44 (DP=0.784) e, por último, Psicoticismo com valor médio de 1.07 (DP=0.696). Porém, as restantes dimensões exibiram valores inferiores não significativos, sendo o item “Ideação Paranoide” o que apresentou o valor médio mais baixo – 0.56 (DP=0.759).

#### **E. Resultados descritivos sobre os sintomas de PSPT – PCL-C**

Relativamente aos sintomas de SPT, os resultados obtidos foram analisados segundo a aplicação da versão portuguesa do instrumento *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*. Neste sentido, as perguntas integrantes neste questionário são classificadas de 1 a 5 pontos (nunca a sempre), verificando-se que uma resposta entre a cotação 3 e 5 representa um sintoma clinicamente significativo de PSPT. Para se validar o diagnóstico, a pessoa terá de apresentar, pelo menos, um *score* final de 17, com um máximo de 85 pontos.

Os resultados obtidos evidenciam que na amostra total de 337 participantes, 39% apresentam sintomas de PSPT, face a 61% que não apresenta, considerando-se significativo na dimensão e contexto da amostra estudada.

#### F. Resultados descritivos sobre o Crescimento Pós-traumático - PTGI

No que toca aos resultados descritivos acerca do Crescimento Pós-traumático, os dados colhidos segundo o *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)* encontram-se discriminados no anexo 5. As respostas a cada item encontram-se numeradas de 0 (“Eu não experienciei esta mudança”) a 5 (“Eu experienciei completamente esta mudança”). No entanto, para fácil leitura e compreensão, apresentamos a tabela 5 com um resumo dos dados colhidos.

Tabela 5 - Resumo das Estatísticas Descritivas relativas ao PTGI

ITEM		RESPOSTA					
		0	1	2	3	4	5
<b>1- Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida</b>	N	19	17	23	<b>219</b>	<b>30</b>	29
	%	5,6	5,0	6,8	<b>65,0</b>	<b>8,9</b>	8,6
<b>2- Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida</b>	N	14	19	19	<b>216</b>	<b>39</b>	30
	%	4,2	5,6	5,6	<b>64,1</b>	<b>11,6</b>	8,9
<b>3- Desenvolvi novos interesses</b>	N	29	21	<b>86</b>	<b>159</b>	31	11
	%	8,6	6,2	<b>25,5</b>	<b>47,2</b>	9,2	3,3
<b>4- Sinto que posso contar mais comigo próprio</b>	N	23	21	21	25	<b>167</b>	<b>80</b>
	%	6,8	6,2	6,2	7,4	<b>49,6</b>	<b>23,7</b>
<b>5 - Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais</b>	N	<b>100</b>	<b>149</b>	26	22	28	12
	%	<b>29,7</b>	<b>44,2</b>	7,7	6,5	8,3	3,6

<b>6- Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade</b>	N	13	16	19	31	<b>168</b>	<b>90</b>
	%	3,9	4,7	5,6	9,2	<b>49,9</b>	<b>26,7</b>
<b>7- Estabeleci um novo rumo para a minha vida</b>	N	40	17	<b>87</b>	<b>152</b>	21	20
	%	11,9	5,0	<b>25,8</b>	<b>45,1</b>	6,2	5,9
<b>8- Sinto-me mais próximo das outras pessoas</b>	N	34	23	86	24	<b>155</b>	15
	%	10,1	6,8	25,5	7,1	<b>46,0</b>	4,5
<b>9- Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções</b>	N	38	32	<b>84</b>	<b>151</b>	22	10
	%	11,3	9,5	<b>24,9</b>	<b>44,8</b>	6,5	3,0
<b>10- Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades</b>	N	27	28	<b>88</b>	<b>152</b>	28	14
	%	8,0	8,3	<b>26,1</b>	<b>45,1</b>	8,3	4,2
<b>11 - Consigo fazer coisas melhores com a minha vida</b>	N	32	28	<b>86</b>	<b>156</b>	28	7
	%	9,5	8,3	<b>25,5</b>	<b>46,3</b>	8,3	2,1
<b>12 - Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor</b>	N	31	26	<b>89</b>	<b>162</b>	20	9
	%	9,2	7,7	<b>26,4</b>	<b>48,1</b>	5,9	2,7
<b>13 - Consigo apreciar melhor cada dia</b>	N	32	18	<b>86</b>	<b>157</b>	31	13
	%	9,5	5,3	<b>25,5</b>	<b>46,6</b>	9,2	3,9
<b>14 - Existem outras oportunidades que não teriam existido antes</b>	N	<b>112</b>	24	21	<b>148</b>	24	8
	%	<b>33,2</b>	7,1	6,2	<b>43,9</b>	7,1	2,4
<b>15 - Tenho mais compaixão para com os outros</b>	N	<b>98</b>	21	25	<b>156</b>	24	13
	%	<b>29,1</b>	6,2	7,4	<b>46,3</b>	7,1	3,9
<b>16 - Dedico-me mais às minhas relações</b>	N	25	28	<b>90</b>	<b>149</b>	30	15
	%	7,4	8,3	<b>26,7</b>	<b>44,2</b>	8,9	4,5
<b>17 - É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança</b>	N	26	22	<b>91</b>	<b>146</b>	34	18
	%	7,7	6,5	<b>27,0</b>	<b>43,3</b>	10,1	5,3
<b>18 - Tenho uma maior fé religiosa</b>	N	56	81	<b>151</b>	24	10	15
	%	16,6	24,0	<b>44,8</b>	7,1	3,0	4,5
<b>19 - Descobri que sou mais forte do que pensava ser</b>	N	23	23	26	<b>90</b>	<b>153</b>	22
	%	6,8	6,8	7,7	<b>26,7</b>	<b>45,4</b>	6,5
<b>20 - Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas</b>	N	40	18	26	89	<b>150</b>	14
	%	11,9	5,3	7,7	26,4	<b>44,5</b>	4,2
	N	32	31	81	26	<b>150</b>	17

<b>21 - Aceito melhor necessitar dos outros</b>	%	9,5	9,2	24,0	7,7	<b>44,5</b>	5,0
---	---	-----	-----	------	-----	-------------	-----

Através da análise da tabela 5, podemos observar que grande parte da amostra referiu como resposta aos diversos itens os tópicos, a pontuação 3, 4 e 5, denotando-se a consciencialização por parte dos participantes das mudanças que experienciaram após a vivência do evento adverso. No que toca aos itens com mais respostas positivas, podemos verificar que são nos itens relativos ao próprio e com a relação interpessoal com entes queridos. Relativamente às respostas com cotação entre 0 e 2, podemos observar que apresentaram uma maior incidência nos itens relacionados com a espiritualidade e compaixão pelos outros. De forma geral, os dados obtidos são sugestivos de ocorrência de crescimento pós-traumático.

## 2.2. Análise Estatística Inferencial

A análise estatística será apresentada neste subcapítulo, tendo por base as hipóteses formuladas para o presente estudo. A associação entre variáveis independentes (Suporte Social, Sintomatologia de Psiquiátrica e Sintomatologia Covid-19) e as variáveis dependentes (CPT e Sintomas de SPT) será estudada pela análise estatística, no sentido de encontrar fundamento empírico que responda aos objetivos específicos do estudo, citando-se, apenas, os dados estatisticamente significativos, relativos a cada hipótese. Posteriormente, no capítulo seguinte será realizada a discussão dos resultados obtidos.

- **Hipótese 1 - Existe relação entre o suporte social e os sintomas de PSPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2**

De acordo com os dados recolhidos acerca dos sintomas de PSPT após aplicação da versão portuguesa do instrumento PCL-C e a comparação com os dados obtidos face às questões relativas à avaliação do suporte social (familiares/amigos e serviços de saúde), durante a vivência de isolamento devido à infeção por SARS-CoV-2, obtivemos os seguintes dados:

*Tabela 6 - Avaliação da associação entre os sintomas de PSPT e o Suporte Social de Familiares/amigos*

ITEM	Resposta	PSTD - Não	PSTD - Sim	TOTAL
------	----------	------------	------------	-------

<b>Durante o</b>				
<b>isolamento, em</b>	Péssima	1	1	2
<b>geral, como</b>	Má	2	5	7
<b>classifica o</b>	Regular	55	13	68
<b>suporte social de</b>	Boa	26	20	46
<b>familiares e</b>	Muito Boa	<b>120</b>	<b>94</b>	214
<b>amigos?</b>				
	<b>TOTAL</b>	204	133	337

Tabela 7 - Avaliação da associação entre os sintomas de PSPT e o Suporte Social dos Serviços de Saúde

ITEM	Resposta	PSTD - Não	PSTD - Sim	TOTAL
<b>Durante o</b>				
<b>isolamento, em</b>	Péssima	4	3	7
<b>geral, como</b>	Má	<b>71</b>	<b>20</b>	91
<b>classifica o</b>	Regular	30	15	45
<b>suporte dos</b>	Boa	27	19	46
<b>serviços de</b>	Muito Boa	<b>72</b>	<b>76</b>	148
<b>saúde?</b>				
	<b>TOTAL</b>	204	133	337

Para avaliar a relação entre a variável suporte social e a variável sintomas de PSPT foi utilizado o teste qui-quadrado. A escolha deste método estatístico permite-nos verificar a existência de relação entre variáveis através do valor do nível de significância.

Assim, após a utilização do teste para o parâmetro “suporte social de familiares e amigos”, obtivemos os seguintes resultados:

#### Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	17,920 <sup>a</sup>	5	,003
Razão de verossimilhança	19,765	5	,001
Associação Linear por Linear	3,850	1	,050
N de Casos Válidos	337		

a. 6 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,79.

Figura 9 - Teste Qui-quadrado sobre sintomas de PSPT e Suporte Social de Familiares/amigos

Como podemos observar, pela análise da tabela 6 relativa ao suporte social de familiares e amigos, o valor do teste qui-quadrado é de 17,920 (gl=5) e o nível de significância ( $p$ ) de 0.003. Este aspeto permite-nos afirmar que existe uma associação significativa entre o suporte social de familiares e amigos e os sintomas de PSPT, já que o valor de  $p$  obtido é inferior a 0.05.

Quando realizamos a análise da figura 9 relativa à *crosstabulation*, observamos, também, que quando os participantes referem o apoio “muito bom” (n total= 214), o número de casos que não apresentam sintomas de PSPT (n=120) é superior face aos que apresentam sintomatologia (n=94). Neste sentido, podemos concluir que o suporte social de familiares e amigos representa um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas de PSPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2.

Seguidamente, após a utilização do mesmo teste para o parâmetro “suporte dos serviços de saúde”, obtivemos os seguintes resultados:

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	21,927 <sup>a</sup>	5	,001
Razão de verossimilhança	22,857	5	,000
Associação Linear por Linear	16,659	1	,000
N de Casos Válidos	337		

a. 4 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,97.

Figura 10 - Teste Qui-quadrado sobre sintomas de PSPT e Suporte Social dos Serviços de Saúde

Após a análise da tabela 7 relativa ao suporte dos serviços de saúde, o valor do teste qui-quadrado é de 21,927 (gl=5) e o nível de significância ( $p$ ) de 0.001 ( $p < 0.05$ ). De igual forma, este valor permite-nos afirmar que existe uma associação significativa entre o suporte dos serviços de saúde e os sintomas de PSPT.

Relativamente à figura 10 de *crosstabulation*, verificamos que quando os participantes referem o apoio “muito bom” (n total= 148), o número de casos que apresentam sintomas de PSPT (n=76) é superior face aos que não apresentam (n=72). No entanto, quando os

participantes referem como “má”(n=91), apenas 20 participantes apresentaram sintomas de PSPT comparativamente com 71 que não apresentaram sintomatologia. Desta forma, podemos concluir que o suporte dos serviços de saúde foi um fator facilitador para o desenvolvimento de sintomatologia de PSPT nos indivíduos em isolamento devido à infecção por SARS-CoV-2.

Neste sentido, aceitamos a hipótese de investigação, uma vez que existe relação significativa entre as variáveis em estudo.

- **Hipótese 2 - Existe evidência de sintomatologia psiquiátrica em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2**

Na tabela 8, apresentada no subcapítulo anterior, relativa à análise descritiva dos dados colhidos através do BSI, constatamos que as dimensões de psicossintomatologia “depressão”, “ansiedade”, “ansiedade fóbica” e “psicoticismo” apresentavam valores mais elevados relativamente a outras dimensões.

Na seguinte tabela (tabela 8) apresentamos os valores médios para cada dimensão da subescala e para o índice geral de sintomas da BSI, realizando uma comparação com os valores de referência para a população portuguesa calculados por Canavarro (2008) num artigo citado por Abreu et al., no ano 2018 (Abreu, Jackson, & Costa, 2018).

*Tabela 8 - Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as medias da população em geral*

<b>Itens</b>	<b>Valor Médio Observado na Amostra</b>
<b>Somatização</b>	<b>0.83 (0,77<sup>a</sup>)</b>
<b>Obsessão-compulsão</b>	0.96 (1,25 <sup>a</sup> )
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	0.60 (0,82 <sup>a</sup> )
<b>Depressão</b>	<b>1.59 (0,94<sup>a</sup>)</b>
<b>Ansiedade</b>	<b>1.45 (0,65<sup>a</sup>)</b>
<b>Hostilidade</b>	0.80 (1,00 <sup>a</sup> )
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<b>1.44 (0,55<sup>a</sup>)</b>
<b>Ideação Paranoide</b>	0.56 (0,96 <sup>a</sup> )
<b>Psicoticismo</b>	<b>1.07 (0,62<sup>a</sup>)</b>
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<b>1.03 (0,83<sup>a</sup>)</b>

<sup>a</sup> Valor de referência para a população portuguesa (Canavarro, 2007 cit. por Abreu et al., 2018)

Através da comparação dos valores médios obtidos na amostra e os valores médios de referência para a população portuguesa, podemos observar que as dimensões “somatização”, “depressão”, “ansiedade”, “ansiedade fóbica” e “psicoticismo”

apresentam valores mais elevados do que os valores médios de referência. No que toca ao BSI, pelos dados obtidos verificamos que também apresenta um valor superior a 0,83, o que denota, de forma geral, um sofrimento clinicamente significativo.

Deste modo, ao representar a média de valores de todas as dimensões avaliadas e, simultaneamente, apresentar um valor de 1,03 relativamente ao valor médio de 0,83 de referência para Portugal, indica que existe distúrbio emocional em todas as dimensões, concluindo-se que existe evidência de sintomatologia psiquiátrica em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2.

- **Hipótese 3 - Existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e os sintomas de PSPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2**

No sentido de avaliar o efeito das dimensões da sintomatologia psiquiátrica sobre o desenvolvimento de PSPT recorreremos ao teste de análise de variância *Oneway* ANOVA, de forma a perceber a relação linear entre estas variáveis, através da comparação de médias dos valores das diferentes dimensões, obtidas no grupo com diagnóstico de PSPT e no grupo sem diagnóstico de PSPT. O teste foi utilizado segundo os pressupostos de aplicação do mesmo. Desta forma, foi possível verificar se existem ou não diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos.

Seguidamente, apresentamos a tabela 9 relativa aos dados mais relevantes, sendo que a tabela original se encontra no anexo 2.

*Tabela 9 – Teste Oneway ANOVA entre dois grupos tendo em conta as dimensões do BSI*

Itens	F	Sig.
Somatização	0,050	0,822
Obsessão-compulsão	4,829	<b>0,029</b>
Sensibilidade Interpessoal	13,603	<b>0,000</b>
Depressão	1,428	0,233
Ansiedade	13,010	<b>0,000</b>
Hostilidade	1,846	0,175
Ansiedade Fóbica	6,950	<b>0,009</b>
Ideação Paranoide	14,002	0,000
Psicoticismo	8,577	<b>0,004</b>

Pela análise da tabela 9, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões da sintomatologia psiquiátrica nos dois grupos avaliados. Assim, identificamos as seguintes subescalas: “Obsessão-compulsão” ( $F=4,829$ ;  $p=0,029$ ); “Sensibilidade Interpessoal” ( $F=13,603$ ;  $p=0,000$ ); “Ansiedade” ( $F=13,010$ ;  $p=0,000$ ); “Ansiedade Fóbica” ( $F=6,950$ ;  $p=0,009$ ); “Ideação Paranoide” ( $F=14,002$ ;  $p=0,000$ ); “Psicoticismo” ( $F=8,577$ ;  $p=0,004$ ). Neste sentido, como grande parte dos valores apresentam um nível de significância ( $p$ ) inferior a 0.05, rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese de investigação colocada inicialmente.

No entanto, apesar da diferença de valores ser significativa na maior parte das subescalas, não podemos considerar que as dimensões “somatização”, “depressão” e “hostilidade” apresentem evidência de diferenças significativas entre os dois grupos analisados, uma vez que o valor de  $p$  é superior a 0.05.

De forma geral, através dos dados obtidos podemos afirmar que existem diferenças entre os grupos, verificando-se evidências significativas da existência de uma relação entre as variáveis.

- **Hipótese 4 - Existe relação entre a sintomatologia de Covid-19 e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2**

Com o intuito de avaliar a relação entre a sintomatologia de Covid-19 e o crescimento pós-traumático foi utilizado o teste de análise de variância *Oneway* ANOVA, de forma a perceber a relação linear entre estas variáveis, através da comparação de médias dos valores dos diferentes fatores da *Posttraumatc Growth Inventory* e a presença ou ausência de sintomatologia de Covid-19. O teste foi novamente utilizado, segundo os pressupostos de aplicação do mesmo. Desta forma, foi possível verificar se existem ou não diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos em estudo.

Seguidamente, apresentamos a tabela 10 relativa aos dados mais relevantes, sendo que a tabela original se encontra no anexo 3.

*Tabela 10 - Teste Oneway ANOVA entre dois grupos tendo em conta os Fatores do PTGI*

Itens	F	Sig.
-------	---	------

Fator 1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	29,634	<b>0,000</b>
Fator 2- Novas Possibilidades	13,562	<b>0,000</b>
Fator 3- Fortalecimento das Relações Interpessoais	52,265	<b>0,000</b>
Fator 4- Desenvolvimento Espiritual	2,452	0,118

Através da análise da tabela 10, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos avaliados (presença e ausência de sintomas de Covid-19) relativamente aos fatores da PTGI. Assim, podemos identificar as seguintes diferenças: “Percepção de Recursos e Competências Pessoais” ( $F=29,634$ ;  $p=0,000$ ); “Novas Possibilidades” ( $F=13,562$ ;  $p=0,000$ ); “Fortalecimento das Relações Interpessoais” ( $F=52,265$ ;  $p=0,000$ ). Neste sentido, como grande parte dos valores apresentam um nível de significância ( $p$ ) inferior a 0.05, rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese de investigação colocada inicialmente.

No entanto, apesar dos três primeiros fatores apresentarem valores médios significativos, o fator “Desenvolvimento Espiritual” não apresentou diferenças significativas entre os grupos em estudo, uma vez que o valor de  $p$  é superior a 0.05.

De forma geral, através dos dados obtidos podemos afirmar que existem diferenças entre os grupos, verificando-se evidências significativas da existência de uma relação entre as variáveis.

- **Hipótese 5 - Existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2**

Para medir a relação entre a variável sintomatologia psiquiátrica e a variável crescimento pós-traumático recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson*, com o intuito de compreender como se comportam estas variáveis face a uma variação das mesmas, isto é, como a sintomatologia psiquiátrica influencia o crescimento pós-traumático e, vice-versa. Neste sentido, a escolha deste método estatístico visa na identificação de uma possível relação entre as mesmas, bem como, na quantificação, através do grau de correlação da relação (varia de -1 a 1).

Através do coeficiente de relação de *Pearson* procedemos à análise das associações existentes entre o Índice Geral de Sintomas (GSI) e os quatro fatores pertencentes à *Posttraumatic Growth Inventory*. As correlações efetuadas encontram-se no anexo 4, sendo apresentadas na tabela 11, para uma melhor compreensão, as análises mais significativas.

Tabela 11 - Coeficientes da correlação *Pearson* entre os Fatores do PTGI e o Índice Geral de Sintomas

Itens	Índice Geral de Sintomas	
		<i>r</i>
Fator 1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais		- 0,234
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 2- Novas Possibilidades	<i>r</i>	- 0,036
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 3- Fortalecimento das Relações Interpessoais	<i>r</i>	- 0,301
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 4- Desenvolvimento Espiritual	<i>r</i>	0,099
	Sig. (bilateral)	0,068
PTGI score total	<i>r</i>	- 0,175
	Sig. (bilateral)	<b>0,001</b>

Pela análise da tabela anterior podemos afirmar, através do valor de *p*, que a variável "índice geral de sintomas" relativa à sintomatologia psiquiátrica correlaciona-se negativamente com os fatores presentes na PTGI, isto é, quando uma aumenta a outra diminui; neste caso, quanto mais sintomatologia psiquiátrica e distúrbio emocional se verificar, menor será o crescimento pós-traumático. Porém, não se verifica uma correlação entre o fator número quatro (Desenvolvimento Espiritual) e a sintomatologia psiquiátrica, não apresentando valores estatisticamente significativos ( $p=0,068$ ).

No que toca às características da correlação existente entre o BSI e os diferentes fatores da PTGI, constatamos que os valores de correlação variam entre  $r= - 0,036$  (Fator2) e  $r= - 0,301$  (Fator 3), verificando-se uma força de correlação muito fraca ou fraca negativa, em todas as associações. No entanto, podemos observar que a correlação mais forte apresentada é a do fator 3, uma vez que o valor de  $r= - 0,301$ , o que significa que a correlação é fraca negativa, sugerindo que o crescimento pós-traumático relativamente ao fator 3, fortalecimento de relações interpessoais, diminui ligeiramente quando a pessoa apresenta sintomatologia psiquiátrica e/ou distúrbio emocional. O mesmo se verifica com os outros fatores avaliados, apesar da correlação ser muito fraca ou fraca.

Relativamente à correlação existente entre o score final da PTGI e os valores de BSI podemos observar que existe uma correlação muito fraca negativa, o que denota que a influência da

sintomatologia poderá não influenciar negativamente o crescimento pós-traumático como um todo.

- **Hipótese 6 - Existe relação entre o suporte social e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2**

Com o intuito de medir a relação entre a variável suporte social e a variável crescimento pós-traumático recorreremos, novamente, ao coeficiente de relação de *Pearson*, com o intuito de compreender como se comportam estas variáveis face a uma variação das mesmas, isto é, como o suporte social influencia o crescimento pós-traumático e, vice-versa. Neste sentido, a escolha deste método estatístico visa na identificação de uma possível relação entre as mesmas, bem como, na quantificação, através do grau de correlação da relação (varia de -1 a 1).

Através do coeficiente de relação de *Pearson* procedemos à análise das associações existentes entre o suporte social (familiares/amigos e serviços de saúde) e os quatro fatores pertencentes à *Posttraumatic Growth Inventory*. As correlações efetuadas encontram-se no anexo 5, sendo apresentadas na tabela 12, para uma melhor compreensão, as análises mais significativas.

Tabela 12- Coeficientes da correlação Pearson entre os Fatores do PTGI e as dimensões de Suporte Social

Itens	<b>Suporte Social de familiares e amigos</b>		<b>Suporte dos Serviços de Saúde</b>	
	<i>r</i>		<i>r</i>	
Fator 1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais	<i>r</i>	0,286	<i>r</i>	0,377
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 2- Novas Possibilidades	<i>r</i>	0,314	<i>r</i>	0,372
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 3- Fortalecimento das Relações Interpessoais	<i>r</i>	0,336	<i>r</i>	0,473
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
Fator 4- Desenvolvimento Espiritual	<i>r</i>	0,285	<i>r</i>	0,411
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>
PTGI score total	<i>r</i>	0,339	<i>r</i>	0,452
	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>	Sig. (bilateral)	<b>0,000</b>

Através da análise da tabela anterior podemos afirmar, pelo valor de  $p$ , que todas os fatores relativos à ao PTGI correlacionam-se positivamente com ambos fatores do suporte social, isto é, quando uma aumenta a outra aumenta simultaneamente. Neste caso, quanto maior for o suporte social percebido, tanto de familiares/amigos, como dos serviços de saúde maior será o crescimento pós-traumático.

No que toca às características da correlação existente entre o suporte social de familiares e amigos face aos diferentes fatores da PTGI, constatamos que os valores de correlação variam entre  $r = 0,285$  (Fator 4) e  $r = 0,339$  (PTGI total), verificando-se uma força de correlação fraca positiva, em todas as associações. No entanto, podemos observar que a correlação mais forte apresentada é a do *score* final de PTGI, uma vez que o valor de  $r = 0,339$ , o que significa que a correlação é fraca positiva, sugerindo que o crescimento pós-traumático em geral aumenta à medida que o suporte social de familiares e amigos aumenta também.

Relativamente ao suporte dos serviços de saúde face aos diferentes fatores da PTGI, observamos que os valores de correlação variam entre  $r = 0,372$  (Fator 2) e  $r = 0,473$  (Fator 3), verificando-se uma força de correlação fraca e moderada positiva, em todas as associações. No entanto, podemos observar que a correlação mais forte apresentada é a do fator 3, Fortalecimento das Relações Interpessoais, uma vez que o valor de  $r = 0,473$ , o que significa que a correlação é moderada positiva, sugerindo que o crescimento pós-traumático deste fator aumenta à medida que o suporte social dos serviços de saúde aumenta também.

### **3. Discussão de Resultados**

Segundo Fortin (1999), a apresentação dos resultados deve ser incluída numa discussão, na qual o investigador atribui um significado aos dados obtidos. Deste modo, o investigador interpreta os resultados principais segundo o contexto do estudo, bem como, refere as implicações dos mesmos para futuras investigações. Por isso, “discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses e estabelece comparações entre os resultados do seu estudo e dos outros trabalhos de investigação” (Fortin, 1999, p. 343).

No que toca à análise descritiva das variáveis sociodemográficas, esta permitiu compreender as características sociais e demográficas das pessoas infetadas por SARS-CoV-2 pertencentes

à amostra em estudo. No entanto, apesar da compreensão do papel das características sociodemográficas e sua relação com o isolamento por Covid-19 não constituir um propósito deste estudo, a análise da amostra contribuiu para um dos objetivos do projeto maior em que o presente estudo se integra.

Perante os dados obtidos na análise sociodemográfica, através da comparação com os dados epidemiológicos verificados em Portugal e apresentados no enquadramento teórico, podemos observar que amostra estudada, dentro do possível, mostra-se representativa das características atuais da pandemia em Portugal. Deste modo, destacam-se, maioritariamente, participantes do sexo feminino e participantes com uma média de idades de aproximadamente 37 anos, confirmando-se uma maior incidência de infeção por SARS-CoV-2 nas faixas etárias entre os 20-40 e os 40-60 anos, como registado nos dados atuais do país. Relativamente à profissão, verificamos também uma predominância no número de profissionais de saúde infetados, indo ao encontro dos dados em Portugal, uma vez que os profissionais de saúde se encontraram no combate direto à pandemia, no momento de maior incidência do número de infeções da população.

No que concerne à presença de sintomatologia devido a Covid-19 e de sintomas predominantes, verificamos que maior parte da amostra teve sintomas. Os sintomas predominantes foram as mialgias, astenia, tosse/dispneia, estando de acordo com os resultados obtidos no estudo realizado por *Struyf et al. (2020)* acerca da sintomatologia de Covid-19 (*Struyf, et al., 2020*). Simultaneamente, vão também ao encontro dos dados referidos para o país, no que toca à presença de doença leve ou moderada, descritos no enquadramento teórico deste estudo.

Em relação ao suporte social de familiares/amigos e dos serviços de saúde perante uma situação de isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2, verificamos que, de forma geral, grande parte dos participantes se encontram satisfeitos com o suporte recebido em ambos os casos. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados no âmbito da perceção do suporte social e a sua relação com a vivência do trauma (*Birkeland, Blix, & Thoresen, 2021*), verificando-se a importância das relações e a partilha de experiências emocionais com outras pessoas do círculo íntimo. Assim sendo, estes dados permitem também avaliar a disponibilidade dos comportamentos de suporte, enfatizando aspetos positivos ou negativos desses mesmos comportamentos, através da resposta dada pela pessoa, face à questão colocada sobre a avaliação do suporte recebido, estando igualmente de acordo com a literatura atual (*GUAY, et al., 2011*). Os dados obtidos enfatizam que os participantes da

amostra têm uma percepção do suporte social positiva face ao isolamento por Covid-19, denotando-se a importância da disponibilidade e satisfação com o apoio social na adaptação à doença e à vulnerabilidade associada ao processo saúde-doença (Birkeland, Blix, & Thoresen, 2021).

Os estudos acerca da relação entre o suporte social e o desenvolvimento de sintomas de PSPT referidos na revisão da literatura deste estudo, evidenciam o suporte social como um fator protetor para a sintomatologia de PSPT (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015; GUAY, et al., 2011; Bell, Robinson, Katona, Fett, & Shergill, 2018; Robinaugh, et al., 2011), na medida em que quanto maior o suporte percebido e disponibilidade do mesmo, menor é o sofrimento psicológico e menor a probabilidade de desenvolver sintomas. No presente estudo foi possível verificar uma relação significativa entre o suporte social e a sintomatologia de PSPT.

Por um lado, relativamente ao suporte de familiares e amigos, através do teste qui-quadrado, podemos observar que existe uma relação estatisticamente significativa ( $p=0.03$ ), realçando este tipo de suporte como um fator protetor, uma vez que número de participantes que não desenvolveram sintomas é maior do que aqueles que desenvolveram. Porém, aqueles que desenvolveram sintomas poderão ter tido uma percepção de suporte social negativa, intensificando a sintomatologia. Este facto vai ao encontro da literatura existente, como por exemplo, no estudo de Birkeland et al. (2021) que demonstrou que, apesar da pessoa ter apoio social efetivo, se os familiares/amigos não compreenderem o que o indivíduo sente, a pessoa evita a partilha de sentimentos e experiências, instilando sentimentos de depressão, ansiedade e solidão no indivíduo (Birkeland, Blix, & Thoresen, 2021)

Por outro lado, no que concerne ao suporte social de serviços de saúde, verificamos que os dados obtidos através do mesmo teste não paramétrico referem que existe, também, uma relação significativa entre o suporte percebido e o desenvolvimento de sintomatologia de PSPT, tendo-se obtido um  $p$  de 0.001. Deste modo, observamos que grande parte da amostra descreveu ter tido um bom suporte dos serviços de saúde, apesar de que os participantes que referiram “muito bom” ou “bom” suporte são aqueles que apresentam sintomas de PSPT face aos que não desenvolveram sintomatologia. Perante estes resultados podemos observar que, provavelmente, estes foram os participantes que apresentaram mais sintomatologia devido à infeção e, por isso, necessitaram uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde, aumentando a sintomatologia psicológica associada à PSPT, como por

exemplo, a ansiedade, depressão, angústia, sentimentos de pânico, perturbações de sono, entre outros (Rahman & al., 2020).

A hipótese de investigação número 6 (“Existe relação entre o suporte social e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2”) debruça-se sobre a possibilidade de existir uma correlação entre o SS e o CPT. Dos dados obtidos, após a análise dos mesmos através do coeficiente de relação de *Pearson*, podemos observar que todos os fatores relativos à ao PTGI correlacionam-se positivamente com ambos fatores do suporte social, ou seja, quando uma aumenta a outra aumenta simultaneamente. Neste caso, quanto maior for o suporte social percebido, tanto de familiares/amigos, como dos serviços de saúde maior será o crescimento pós-traumático.

Deste modo, corroborando os resultados obtidos com a literatura atual, vários estudos evidenciam que o suporte social se encontra diretamente relacionado com o crescimento pós-traumático, uma vez que quanto maior for o envolvimento do sujeito, maior é a capacidade para lidar com as consequências do evento traumático e, conseqüentemente, maior será o sucesso do processo de CPT, sendo a expressão emocional e o suporte social fatores determinantes para o mesmo (Calhoun & Tedeschi, 2013; Chen & Bonanno, 2020). Os mesmos estudos identificam, ao nível familiar fatores centrais de resiliência relevantes para o processo de CPT, como por exemplo, a adaptabilidade, coesão familiar, boa comunicação e gestão financeira adequada. Por outro lado, relativamente à comunidade, no que toca aos serviços de saúde, os fatores identificados acerca da resiliência encontram-se focados, principalmente, na coesão social e no impacto dos cuidados saúde, relativamente ao acesso aos mesmos e o nível socioeconómico da pessoa (Chen & Bonanno, 2020).

No que diz respeito à relação entre a sintomatologia psicopatológica e a vivência de isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2, os dados obtidos são sugestivos de existir evidência de sintomatologia. Segundo um estudo realizado por Idrissi et al. (2020), as pessoas que vivenciaram uma situação de isolamento apresentaram sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e alterações do sono, tendo uma maior probabilidade de apresentar mais sintomas psicopatológicos do que os indivíduos que não foram submetidos a isolamento (Idrissi, et al., 2020). Deste modo, através dos dados colhidos e da comparação de valores do BSI com os valores de referência para a população portuguesa (Abreu, Jackson, & Costa, 2018), podemos afirmar que os valores médios dos itens “somatização”, “depressão”, “ansiedade”, “ansiedade fóbica” e “psicoticismo” apresentam valores mais elevados do que os valores médios de referência, o que denota, de forma geral, um sofrimento clinicamente

significativo em todas as suas dimensões (valor do IGS de 1,03). Os dados obtidos estão de acordo com a evidência científica, demonstrando que a vivência de isolamento devido à infecção acarreta sintomatologia psicopatológica e sofrimento emocional dos participantes (Zwielewski, et al., 2020), levando-nos a aceitar a hipótese de investigação 2 (“Existe evidência de sintomatologia psicopatológica em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2”). Porém, é de salientar que o BSI não representa um instrumento adequado para o diagnóstico psiquiátrico, mas proporciona indicações necessárias para reencaminhamento para o estudo clínico detalhado do indivíduo.

Em relação à hipótese 5 (“Existe relação entre a sintomatologia psicopatológica e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infecção por SARS-CoV-2”, observamos que a análise de resultados segundo o coeficiente de correlação de *Pearson* evidencia que a variável “índice geral de sintomas” relativa à sintomatologia psiquiátrica correlaciona-se negativamente com os fatores presentes na PTGI, isto é, quando uma aumenta a outra diminui, denotando-se que quanto mais sintomatologia psiquiátrica e distúrbio emocional se verificar, menor será o crescimento pós-traumático. À luz da literatura atual, Chen e Bonanno (2020) referem que vários estudos acerca da exposição a surtos de doenças verificaram a existência de uma elevada prevalência de psicopatologia quando comparada com as taxas de resiliência e CPT (Chen & Bonanno, 2020) corroborando os resultados obtidos no presente estudo.

No entanto, relativamente à correlação existente entre o *score* final da PTGI e os valores de BSI podemos observar que existe uma correlação muito fraca negativa, o que denota que a influência da sintomatologia poderá não influenciar negativamente o crescimento pós-traumático como um todo. O conceito de CPT é multidimensional pois “o indivíduo pode experimentar mudanças positivas em determinados domínios e não experimentar mudanças ou mesmo experimentar mudanças negativas noutros domínios” (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 1998). Neste sentido, relacionando os resultados obtidos e os estudos consultados no enquadramento teórico deste trabalho, podemos afirmar que existe corroboração dos dados, na medida em que os indivíduos que experimentam uma situação de crescimento pós-traumático também podem vivenciar emoções negativas e stress, pelo impacto do acontecimento na vida dos mesmos, coexistindo os dois tipos de emoções (Hervás, 2009). O CPT como resultado caracteriza-se por um fenómeno que não é universal e não leva à supressão de emoções negativas, tais como, desilusão, imprevisibilidade e

vulnerabilidade, como também, de apreciação, preparação e resistência (Calhoun & Tedeschi, 2013).

A hipótese 3 – “Existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e os sintomas de PSPT em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2” – foi estudada e validada segundo a comparação de médias entre a sintomatologia psiquiátrica e os sintomas de PSPT, com recurso ao teste *Oneway* ANOVA. Desta forma, através da análise dos dados, verificamos que na amostra em estudo existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis (exceto nas dimensões “somatização”, “depressão” e “hostilidade”), o que coincide com os dados encontrados na literatura acerca desta problemática, que refere os sintomas de obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo como sintomas característicos de PSPT (Nascimento, et al., 2020; Shalev, Liberzon, & Marmar, 2017; Cervantes, Schuelter-Trevisol, & Jornada, 2013). Para além deste facto, a alta prevalência de alterações nas dimensões “sensibilidade interpessoal” e “ansiedade” denotam dificuldades relativamente à adaptação da vivência de isolamento devido a infeção e, simultaneamente, a utilização inadequada de estratégias para lidar com o stress e ansiedade provenientes dessa situação. No estudo de Almeida e colaboradores, realizado com uma amostra portuguesa, verificou-se que 42% dos doentes Covid-19 apresentam sinais e sintomas de sofrimento emocional e físico (Almeida, et al., 2021). Como referido por Guo et al. (2020) e Agha (2021), as estratégias de *coping* centradas na emoção (chorar, ficar com raiva, gritar, beber ou fumar) aumentam o risco de desenvolver problemas de saúde mental, tais como, a depressão e ansiedade (Guo, Feng, Wang, & IJzendoorn, 2020; Agha, 2021).

O presente estudo enquadra-se numa abordagem quantitativa e, por isso não permitiu perceber explicitamente quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes, apesar do papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica ser de extrema importância para no âmbito do atendimento e apoio a este tipo de pessoas, prevenindo futuros problemas de saúde mental.

No que diz respeito à hipótese de investigação número 4 – “Existe relação entre a sintomatologia de Covid-19 e o crescimento pós-traumático em pessoas em isolamento devido a infeção por SARS-CoV-2” – também foi utilizado o teste *Oneway* ANOVA, com o intuito de comparar médias entre grupos, com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre os participantes com e sem sintomas de Covid-19 face ao crescimento pós-traumático. Assim, através dos dados obtidos podemos observar que existem diferenças

estatisticamente significativas entre os grupos, isto é, os fatores do instrumento PTGI: “Percepção de Recursos e Competências Pessoais” ( $F=29,634$ ;  $p=0,000$ ), “Novas Possibilidades” ( $F=13,562$ ;  $p=0,000$ ), “Fortalecimento das Relações Interpessoais” ( $F=52,265$ ;  $p=0,000$ ) apresentam  $p < 0,05$ , rejeitando-se a hipótese nula.

Relativamente ao fator 1 “Percepção de Recursos e Competências Pessoais” podemos verificar que existe uma relação significativa com a sintomatologia de Covid-19, denotando-se que a presença de sintomatologia pode potenciar a aprendizagem e as mudanças positivas na pessoa, aumentando a auto-percepção das competências da mesma, bem como, a autossuficiência na condução de vida, demonstrando maior resistência e aceitação de resultados negativos. Estes factos vêem-se refletidos na literatura, através de vários estudos que afirmam que reconhecer os fatores de proteção e os aspetos positivos da vivência da infeção e sintomatologia derivada, potenciam a recuperação física e mental da pessoa, bem como, o crescimento pós-traumático através da resiliência psicológica (Sun, et al., 2021; Chen & Bonanno, 2020; Chen, Sun, Du, Zhao, & Wang, 2020).

Acerca do fator 2 “Novas Possibilidades” que se refere às mudanças relacionadas com o conceito da vida, valorização da mesma, abertura a novos interesses/possibilidades e hierarquização de prioridades com vista à mudança, podemos observar que também existe uma relação significativa com a sintomatologia de Covid-19. No estudo de Sun et al. (2021), verificaram que os pacientes infetados por SARS-CoV-2 que apresentavam sintomatologia demonstraram atitudes de resiliência, gratidão através do pensamento reflexivo, bem como, apreciação da vida demonstrando sentimentos positivos de coragem e tenacidade, apresentaram um maior crescimento pós-traumático e menos sintomatologia de PSPT (Sun, et al., 2021; Almeida, et al., 2021). Deste modo, podemos constatar que estes resultados estão de acordo com os resultados presentes na literatura estudada.

Por último, no que toca ao fator 3 “Fortalecimento das Relações Interpessoais”, este encontra-se diretamente relacionado com a revalorização e reaproximação da relação com pessoas significativas, bem como, a consciencialização da necessidade de apoio e partilha de afetos e emoções. Através dos resultados obtidos podemos observar, novamente, que existe uma relação significativa com a sintomatologia de Covid-19. Neste sentido, também no estudo de Sun et al. (2021), os investigadores observaram que as pessoas infetadas exibiram emoções positivas graduais ao longo do tempo de infeção, demonstrando uma maior facilidade e calma após a aceitação da doença (Sun, et al., 2021). Também Chen e Bonanno (2020) observaram que o fortalecimento das relações interpessoais, apoio social e qualidade

dos vínculos estabelecidos, bem como, os comportamentos de procura de ajuda potenciavam a recuperação do indivíduo, através do aumento da resiliência e, conseqüentemente, do crescimento pós-traumático (Chen & Bonanno, 2020; Almeida, et al., 2021).

Tendo em conta os resultados obtidos nos três fatores anteriormente referidos, percebemos que existe uma relação entre a sintomatologia devido à infeção por SARS-CoV-2 e o crescimento pós-traumático. No entanto, apenas obtivemos dados quantitativos acerca deste fenómeno, não sendo possível avaliar qualitativamente os aspetos relativos ao crescimento pós-traumático, uma vez que a narrativa constitui um indicador fiável de desenvolvimento pessoal (Calhoun & Tedeschi, 2013). O conceito de CPT é um construto multidimensional, em que a pessoa pode experimentar mudanças apenas em alguns domínios (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 1998).

Como conclusão deste subcapítulo, apresentámos as limitações inerentes ao estudo, após a reflexão acerca do trabalho realizado, tendo em conta a população-alvo, materiais e recursos utilizados, bem como, o espaço temporal para concretização do estudo e as condições pandémicas do país associadas ao momento de realização do mesmo. O presente estudo recaiu sobre a população acessível através dos meios digitais devido à situação pandémica na altura da recolha de dados, o que delimitou a dimensão da amostra e a distribuição da mesma. Este facto assume-se como uma limitação do estudo, uma vez que se poderia ter tido uma amostra de maior dimensão e mais bem distribuída, se a colheita pudesse ter sido feita pessoalmente, de forma a obter melhores resultados e uma maior capacidade de generalização.

Por outro lado, o facto de o estudo ter uma abordagem quantitativa não permitiu realizar a exploração das narrativas e vivências dos participantes, em relação ao isolamento devido à infeção por SARS-CoV-2, o que teria sido uma mais-valia para a avaliação das diferentes dimensões do crescimento pós-traumático destes indivíduos. No entanto, dados os factos anteriormente referidos e o estudo ser de carácter correlacional, os dados devem ser analisados com prudência pois as relações estabelecidas foram recíprocas e não causais.

## CONCLUSÃO

Vários estudos evidenciam a presença de sintomatologia psicopatológica devido a isolamento por infecção e, dada a pertinência do estudo deste tema, este trabalho teve como finalidade contribuir para a definição de estratégias e intervenções assistenciais específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como, na gestão de sinais e sintomas psicopatológicos e/ou de Perturbação de Stress Pós-traumático.

Neste sentido, o presente estudo apresentou como objetivos específicos: a) Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; b) Avaliar sinais e sintomas de Stress Pós-Traumático após infecção pelo SARS-CoV-2; c) Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de Stress Pós-Traumático; d) Analisar o papel das relações interpessoais na forma como as pessoas lidam com a doença; e) Avaliar o crescimento pós-traumático, que inclui estratégias de ajustamento psicológico e *coping* para lidar com a doença; f) Identificar focos de atenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas com Stress Pós-Traumático infetadas pelo SARS-CoV-2. Tendo em conta todo o trabalho elaborado e os resultados apresentados, consideramos que os objetivos anteriormente referidos foram atingidos.

Como se pode verificar, identificamos na nossa população um conjunto de manifestações e respetivas conclusões que exploramos anteriormente. Os resultados deste estudo permitem constatar que existe evidência da presença de relação entre os sintomas de PSPT e o suporte social, tal como, com a sintomatologia psiquiátrica. O crescimento pós-traumático também se relaciona com a sintomatologia psiquiátrica e com o suporte social. Observamos que os participantes apresentaram valores mais elevados do que os valores médios de referência nas dimensões psicopatológicas, denotando-se um sofrimento clinicamente significativo (valor do IGS de 1,03). Identificamos ainda que o “índice geral de sintomas” se correlaciona negativamente com os fatores presentes na PTGI, quando uma aumenta a outra diminui, isto é, quanto mais sintomatologia psiquiátrica e distúrbio emocional se verificar, menor será o crescimento pós-traumático. Também observamos que, quanto maior for o suporte social percebido, tanto de familiares/amigos, como dos serviços de saúde, maior será o crescimento pós-traumático.

De forma geral, os resultados obtidos vão ao encontro da literatura consultada. O estudo evidencia a importância de se detetarem precocemente possíveis sintomas psicopatológicos nesta população, de forma a obterem tratamento atempadamente, prevenindo o impacto negativo a longo prazo, de forma a se obterem transições saúde-doença saudáveis, sendo necessária mais pesquisa e desenvolvimento científico nesta área, nomeadamente, no que toca ao planeamento da intervenção do enfermeiro especialista e na elaboração de *guidelines* para realização de projetos de intervenção após a Pandemia Covid-19 junto da população.

Ao longo deste trabalho, e face às conclusões que indicamos, podemos observar que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria poderá ter, neste tipo de contexto, um papel determinante na assistência e intervenção junto das pessoas, mobilizando competências que poderão fortalecer e ser determinantes para o futuro. A infeção por SARS-CoV-2 acarreta um processo de adaptação complexo e stressante, aumentando exponencialmente o risco de desenvolver problemas de saúde mental (Afonso, 2020), sendo o enfermeiro especialista um fator facilitador para a realização saudável da transição saúde-doença, ao detetar precocemente sintomatologia psicopatológica devido ao trauma, intervindo atempadamente na pessoa, de forma a potenciar o crescimento pós-traumático da mesma.

Por consequente, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental no desenvolvimento de ações dirigidas à vivência de processos saúde/doença, podendo definir na sua intervenção a realização de programas e intervenções específicas, dirigidas a:

- Tratamento de disfunções e readaptação funcional - através da identificação de focos e diagnósticos de enfermagem: autoconceito, autocuidado, autoestima, autocontrolo, humor, tristeza, solidão, ansiedade, interação social, stress, coping, pensamento, processo familiar, entre outros. Assim, poderão ser prescritas intervenções psicoterapêuticas que potenciem as funções psíquicas afetadas, como por exemplo, o suporte emocional, aconselhamento, intervenção na crise, reestruturação e estimulação cognitiva;
- Promoção e prevenção no âmbito da saúde mental através de ações/atividades de educação para a saúde, de saúde mental positiva e de grupos de apoio, tendo em vista fomentar mecanismos e estratégias de *coping*, a melhoria da autoestima, autocontrolo e comunicação, a realização de treinos de habilidades de gestão e resolução de problemas, potenciar a competência adaptativa aumentando os fatores

de proteção contra os efeitos negativos, aumento do suporte social, treinos de resiliência e inteligência emocional, atribuição de novos significados, entre outros;

Assim, consideramos que a atuação do enfermeiro especialista deve ser privilegiada nos diversos contextos de atuação do mesmo, nomeadamente, no que toca à promoção do bem-estar psicológico e qualidade da saúde mental das pessoas infetadas por SARS-CoV-2, diminuindo o impacto e as consequências negativas devido à infeção. Consideramos então, que este trabalho foi um contributo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista no tratamento de pessoas que vivenciaram uma situação de infeção por SARS-CoV-2.

Posto isto, consideramos que em trabalhos futuros será necessário obter uma maior representatividade da realidade nacional, destacando-se a incidência do número de casos de Covid-19. Neste sentido, mostra-se importante a realização deste tipo de estudos por parte dos profissionais de saúde e investigadores das instituições de saúde, uma vez que são aquelas que apresentam um acesso privilegiado a este tipo de população. Como sugestão de futura pesquisa apontamos a realização de estudos qualitativos nesta área, de forma a compreender integralmente as variáveis envolvidas em todo o processo da vivência da infeção por SARS-CoV-2.

Relativamente às limitações do presente estudo, este recaiu sobre a população acessível através dos meios digitais devido à situação pandémica na altura da recolha de dados, o que delimitou a dimensão da amostra e a distribuição da mesma. Este facto assume-se como uma limitação do estudo, uma vez que se poderia ter tido uma amostra de maior dimensão e mais bem distribuída, se a colheita pudesse ter sido feita pessoalmente, de forma a obter melhores resultados e uma maior capacidade de generalização. Por outro lado, o facto de o estudo ter uma abordagem quantitativa não permitiu realizar a exploração das narrativas e vivências dos participantes, em relação ao isolamento devido à infeção por SARS-CoV-2, o que teria sido uma mais-valia para a avaliação das diferentes dimensões do crescimento pós-traumático destes indivíduos. No entanto, dados os factos anteriormente referidos e o estudo ser de carácter correlacional, os dados devem ser analisados com prudência pois as relações estabelecidas foram recíprocas e não causais.

Como conclusão deste capítulo, com a elaboração desta dissertação pude aumentar o meu conhecimento acerca da problemática estudada, sendo uma mais-valia para a produção científica relacionada com a doença Covid-19. Desta forma, este percurso formativo

proporcionou-me uma grande oportunidade de crescimento pessoal, desenvolvimento acadêmico e profissional, alcançando os objetivos inicialmente propostos para este estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelzaher, H. et al. COVID-19 Genetic and Environmental Risk Factors: A Look at the Evidence. *11*, 1-19. Cairo: Frontiers in Pharmacology.
- Abreu, W.; Jackson, D. & Costa, N. (2018). A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *(0)*, 1-18. Portugal: Dementia.
- Adhanom, T. (2020). Conferência de Empresa. (O. M. S., Entrevistador)
- Afonso, P. (2020). O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. *33(5)*, 351-358. *Cartas ao Editor, Acta Medica Portuguesa*.
- Agha, S. (2021). Mental well-being and association of the four factors coping structure model: Aperspective of people living in lockdown during COVID-19. *(16)*, 1-9. Arábia Saudita: Ethics, Medicine and Public Health.
- Allen, A. B. & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *(4)*, 2, 107-118. Londres: Social Personaityl Psychology Compass.
- Almeida, T., Heitor, M., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., . . . Vicente, A. (2021). Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. 1-222. Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5). 5<sup>a</sup>. Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2021). *Trauma*. (A. P. Association, Editor) Obtido em maio de 2021, de American Psychological Association: <https://www.apa.org/topics/trauma>
- Arriaga, M. (2013). O impacto do evento na resposta ao trauma. 1-161. Covilhã, Portugal: Universidade da Beira Interior.
- Baker, M.; Peckham, T. & Seixas, N. (2020). Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing risk of COVID-19 infection. *15*, 4. Estados Unidos América: PloS One.
- Bell, V.; Robinson, B.; Katona, C.; Fett, A.-K. & Shergill, S. (2018). When trust is lost: The impact of interpersonal trauma on social interactions. 1-20. Psychological Medicine.
- Bhimraj, A., Morgan, R. L., Shumaker, A. H., Lavergne, V., Baden, L., Cheng, V. C.-C., . . . Mustafa, R. A. (2020). Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Estados Unidos da América: Infectious Diseases Society of America.

- Birkeland, M.; Blix, I. & Thoresen, S. (2021). Trauma in the third decade: Ruminative coping, social relationships and posttraumatic stress symptoms. 278, 601-606. *Journal of Affective Disorders*.
- Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. 20, 183-191. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Brooks, S. K.; Webster, R. K.; Smith, L. E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. 395, 912-920. Londres, Reino Unido: Lancet.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. (15), 93-102. *Psychological Inquiry*.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2013). The Process of Posttraumatic Growth in Clinical Practice. 1, 1-22. New York: Taylor & Francis Group.
- Calhoun, L. G.; Cann, A.; Tedeschi, R. G. & McMillan, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. (136), 6, 789-791. *The Journal of Social Psychology*.
- Cann, A.; Calhoun, L. G.; Tedeschi, R. G.; Triplett, K. N.; Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. (24), 137-156. *Anxiety, Stress and Coping*.
- Capuzzi, E.; Brita, C. D.; Caldiroli, A.; Colmegna, F.; Nava, R.; Buoli, M. & Clerici, M. (18 de setembro de 2020). \ Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. (293), 1-6. Itália: *Psychiatry Research*.
- Catarino, A. M., Claro, C. & Viana, I. (novembro de 2016). Vitamina D – Perspetivas Atuais . 74, 4, 345-353. Lisboa: *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* .
- Cervantes, G., Schuelter-Trevisol, F. & Jornada, L. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. (11), 2, 145-149. *Revista Brasileira Clínica Médica*.
- Chang, T., Ding, Y., Freund, M., Johnson, R., Schwarz, T., Yabu, J., . . . Pasa, B. (4 de julho de 2020). Prior diagnoses and medications as risk factors for COVID-19 in a Los Angeles Health System. 1-45. Los Angeles: Preprint.
- Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Chen, H., Sun, L., Du, Z., Zhao, L., & Wang, L. (agosto de 2020). A cross-sectional study of mental health status and self- psychological adjustment in nurses who supported Wuhan for fighting against the COVID-19. (29), 4161-4170. *Journal of Clinical Nursing*.

- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *(12)*, 51-54. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 1*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Correia, A., Rodrigues, A., Dias, C., & al, e. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (Covid-19). 1-80. Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *(37)*, 4, 145-151. Lisboa: *Revista Psiquiatria Clínica*.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *13*, 595-605. *Psychological Medicine*.
- Dias, D. (2019). *Perturbação de Stress Pós-Traumático: diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio*. 1-45. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação.
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Covid-19: Fase de Mitigação*. 1-10. Portugal: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Relatório de Situação. 2*. Portugal: DGS.
- Firmino, M. (2015). *Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica*. 1-107. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Fonseca, C. (2011). *Crescimento Pós-Traumático: O Impacto de Falar sobre os Aspectos Positivos de uma Experiência Traumática*. 1-162. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Graça, M. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *2*, 2, 1-2. *Revista de Ciência Elementar*.
- Grant, B., Lahore, H., McDonnell, S., Baggerly, C. A., French, C., Aliano, J., . . . Harjit, P. (2020). Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *12*, 988. *Nutrients*.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, É., Nachar, N., Marchand, A., & O'Connor, K. P. (2011). How Do Social Interactions with a Significant Other Affect PTSD Symptoms? An Empirical Investigation with a Clinical Sample. *(3)*, 20, 280–303. Canadá: *Journal Aggress Maltreat Trauma*.
- Guo, J., Feng, X. L., Wang, X. H., & IJzendoorn, M. H. (2020). Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *(17)*, 1-18. China: *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

- Harrison, E., Docherty, A., & Semple, C. (2020). Investigating associations between ethnicity and outcome from Covid-19. 1-13. Reino Unido: CO-CIN.
- Henssler, J., Stock, F., Bohemen, J. v., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2020). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. 1-12. Alemanha: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. 66(23), 3, 23-41. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado.
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. 42, 1-11. Estados Unidos América: Epidemiology and Health.
- Hu, B., & al., e. (2020). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. 1-14. *Nature Reviews Microbiology*.
- Idrissi, A. J., Lamkaddem, A., Benouajjit, A., Bouaazzaoui, M. B., F. E., & al., e. (2020). Sleep quality and mental health in the context of COVID-19 pandemic and lockdown in Morocco. (74), 248-253. Marrocos: Sleep Medicine.
- Ilie, P. C., Stefanescu, C., & Smith, L. (2019). The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality. 1, 1. *Aging Clinical and Experimental Research*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estimativas Anuais da População Residente*. Obtido de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0)
- Jakovac, H. (2020). COVID-19 and vitamin D – Is there a link and na opportunity for intervention? 318, 5, 589-598. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*.
- Jing, M., Jing, M. & Yeo, L. L. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. pp. 1-3.
- Júnior, R., Carneiro, L., Barca, M., Sampaio, C., Leão, L., & Deslandes, A. (2020). COVID-19 pandemic: a multinational report providing professional experiences in the management of mental health of elderly. 1-4. *International Psychogeriatrics*.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. (16), 2, 1-8. *PTSD Research Quarterly*.
- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. (85), 1, 72-79. Palestina: *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.

- Lima, C. (2020). Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). *53(2)*, 5-6. Brasil: Radiologia Brasileira.
- Lu, H., Nie, P., & Qian, L. (2020). Do Quarantine Experiences and Attitudes Towards COVID-19 Affect the Distribution of Mental Health in China? A Quantile Regression Analysis. *1(1)*, 1-18. *The International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS) and Springer Nature*.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *30(1)*, 71-75. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Massad, I., Al-Taher, R., Massad, F., Al-Sabbagh, M. Q., Haddad, M., & Abufaraj, M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on mental health: early quarantine-related anxiety and its correlates among Jordanians. *26(10)*, 1165-1172. *Jordania: East Mediterr Health J*.
- Menni, C., Valdes, A. M., Freidin, M. B., C. H., Nguyen, L. H., Drew, D. A., . . . Mangino, M. (2020). Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *26*, 1037-1040. *Reino Unido: Nature Medicine*.
- Moehlecke, B., Sliva, I., Timmen, V., Marcos, R., Poletto, B., Schuelter-Trevisol, F., & Bobinski, F. (2020). Suspected COVID-19 case definition: a narrative review of the most frequent signs and symptoms among confirmed cases. *29(3)*, 1-11. *Brasil: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*.
- Moreira, C. (2017). As alterações do sono na perturbação de stress pós traumático. (2), 7-14. *Lisboa: Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Mukherjee, A., Bandopadhyay, G., & Chatterjee, S. (2020). COVID-19 pandemic: mental health and beyond - the Indian perspective. (21), 1-5. *Índia: Irish Journal of Psychological Medicine*.
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., . . . Nobre, A. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *6, 2*, 67-76. *Lisboa: Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. 1-22. *Setúbal: Departamento de Enfermagem ESSIPS*.
- Oliveira, M., & Fernandes, C. (2020). Managing the Coronavirus Pandemic in Portugal: A Step-by-Step Adjustment of Health and Social Service. *12(5)*, pp. 536-538.
- Oliveira, S. (2008). Traumas da Guerra: Traumatização Secundária das Famílias dos Ex-Combatentes da Guerra Colonial com PTSD. 1-205. *Lisboa: Universidade de Lisboa*.

- Paulito, A. (2021). Eventos de vida: perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social. 1-95. Lisboa: Universidade Lusíada Lisboa.
- Pinheiro, T. M. (2015). A Importância Clínica da Vitamina D. 1-88. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.
- Quan, L. L., Huang, T., Wang, Y., & al, e. (2020). Covid-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *92, 6, 577-583*. J Med Virol.
- Rahman, J., & al., e. (2020). Neurological and Psychological Effects of Coronavirus (COVID-19): An Overview of the Current Era Pandemic. *Cureus, 12(6)*, 1-15.
- Ramos, C., Figueiras, L., Lopes, M., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2011). Inventário De Ruminação Relacionada com o Acontecimento: Qualidades Psicométricas na População Portuguesa. *16(3)*, 299-310. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Rentsch, C., Kidwai-Khan, F., Tate, J., Park, L., King, J., Skanderson, M., . . . Akgü, K. (17 de maio de 2020). Covid-19 by Race and Ethnicity: A National Cohort Study of 6 Million United States Veterans. 1-17. Estados Unidos América: Preprint.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, Â. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa. *(1), 1*, 1-16. Braga: Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos.
- Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Beck, J. G., . . . Simon, N. M. (2011). Understanding the Relationship of Perceived Social Support to Post-trauma Cognitions and Posttraumatic Stress Disorder. *(8), 25*, 1072–1078. Estados Unidos América: Journal Anxiety Disorders.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *47(4)*, 179-189. Alemanha: Psychiatr Prax.
- Sales, L. (2020). Palavras para lá da Pandemia: Cem Lados de uma Crise. 1-5. (C. d. Sociais, Ed.) Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Santini, Z., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *(175)*, 53-65. Journal of Affective Disorders.
- Semo, B.-w., & Frissa, S. M. (2020). The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic: Implications for Sub-Saharan Africa. *13*, 713-720. Estados Unidos da América: Psychology Research and Behavior Management.
- Serra, V. (2003). O Distúrbio do Stress Pós-Traumático. Coimbra: Vale & Vale Editores Lda.

- Shaaban, A. N., Peleteiro, B., & Martins, M. R. (2020). COVID-19: What Is Next for Portugal? *8*, pp. 392-400.
- Shaban, R. Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O'Sullivan, M. V., . . . Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting., 1-6. Austrália: American Journal of Infection Control.
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. (376), 6, 2459-2469. *The New England Journal of Medicine*.
- Silvestre, H., & Araújo, J. (2011). Metodologia para a Investigação Social. *1ª*, 1-172. Escolar Editora.
- Socci, V., Rossi, R., Talevi, D., Crescini, C., Tempesta, D., & Pacitti, F. (2020). Sleep, stress and trauma. (26), 92-98. *Journal of psychopathology*.
- Struyf, T., Deeks, J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeftang, M., . . . Bruel, A. V. (2020). Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *7*, 1-96. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. (278), 15-22. *Journal of Affective Disorders*.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma. (9), 455-471. *Journal of Traumatic Stress*.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). A Revised Model of Posttraumatic Growth. 44. New York: NY: Routledge.
- Teixeira, D. (2016). Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *32*, 4. Cuba: Revista Cubana de Enfermagem.
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. *6ª*, 1-960. Lusociência.
- Uzunian, A. (2020). Coronavírus SARS-CoV-2 e Covid-19. *56*, 1-4. Rio de Janeiro, Brasil: *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*.
- Vardavas, C., & Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence . *20*, 8, 1-4. Estados Unidos da América: *Tobacco Induced Diseases*.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. *1*, 375-392. Madrid: Pirámide.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility. (9), 24-27. *International Society for Traumatic Stress Studies*.

- Williams, S., Armitage, C., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: a UK-based focus group study. *(10)*, 1-8. Reino Unido: BMJ Open.
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., & Morton, C. E. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *584, 1*, 430-436. Reino Unido: Nature.
- Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder : the Importance of Right Diagnosis and Treatment. *(2)*, 1-13. Asian Journal of Medical.
- Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., & Mohrova, Z. (2020). \ Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *(29)*, 1-8. Londres: Cambridge University Press.
- Zwielewski, G., Oltramariadair, G., Santos, R., Nicolazzi, E., Mouravânia, J., & Cruz, S. (2020). Protocolos para Tratamento Psicológico em Pandemias: As Demandas em Saúde Mental produzidas pela Covid-19. 30-38. Debates em Psiquiatria.

## ANEXOS

## **Anexo I – Questionário para Recolha de Dados**

**Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infetadas, pós-recuperação**  
(Preparado para *Google Doc*)

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

A sua participação no 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)

### **Questionário Sociodemográfico**

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 INFECCÃO)

### 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 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 passe para o Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version**

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. 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? \_\_\_\_\_

identifique-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.

6.

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

	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6

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

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

Sim ( ) Não ( )

9. Devido ao isolamento e à experiência que vivenciou, teve oportunidade de estar em contacto com informações referentes à infeção 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.

**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 relembram 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

## 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.						

### 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

**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 nãoconsegui 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 doacontecimento me viessem à mente.	0	1	2	3
5 – Pensamentos, memórias, ou imagens acerca do acontecimentovieram-me à mente, mesmo quando eu não os queria.	0	1	2	3
6 – Pensamentos acerca do acontecimento fizeram-me reviver a minhaexperiência.	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	Frequentemente	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

### INVENTARIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (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:

<b>INVENTÁRIO</b>					
<b>Questões</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Poucas vezes (1)</b>	<b>Algumas vezes (2)</b>	<b>Muitas vezes (3)</b>	<b>Muitíssima s vezes (4)</b>
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 costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (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 suacabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigado pela sua colaboração!**

**Anexo II – Tabela de *Oneway* ANOVA BSI / Sintomatologia Psiquiátrica**

## ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z
Somatization	Entre Grupos	,022	1	,022	,050
	Nos grupos	147,084	335	,439	
	Total	147,106	336		
Obsessive-Compulsive	Entre Grupos	2,191	1	2,191	4,829
	Nos grupos	151,977	335	,454	
	Total	154,168	336		
Interpersonal Sensitivity	Entre Grupos	9,998	1	9,998	13,603
	Nos grupos	246,214	335	,735	
	Total	256,211	336		
Depression	Entre Grupos	,716	1	,716	1,428
	Nos grupos	168,009	335	,502	
	Total	168,725	336		
Anxiety	Entre Grupos	7,280	1	7,280	13,010
	Nos grupos	187,465	335	,560	
	Total	194,745	336		
Hostility	Entre Grupos	,820	1	,820	1,846
	Nos grupos	148,855	335	,444	
	Total	149,676	336		
Phobic Anxiety	Entre Grupos	4,203	1	4,203	6,950
	Nos grupos	202,598	335	,605	
	Total	206,802	336		
Paranoid Ideation	Entre Grupos	7,769	1	7,769	14,002
	Nos grupos	185,874	335	,555	
	Total	193,643	336		
Psychoticism	Entre Grupos	4,063	1	4,063	8,577
	Nos grupos	158,684	335	,474	
	Total	162,747	336		
Global Severity Index	Entre Grupos	3,066	1	3,066	9,190
	Nos grupos	111,767	335	,334	
	Total	114,833	336		

## ANOVA

		Sig.
Somatization	Entre Grupos	,822
	Nos grupos	
	Total	
Obsessive-Compulsive	Entre Grupos	,029
	Nos grupos	
	Total	
Interpersonal Sensitivity	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Depression	Entre Grupos	,233
	Nos grupos	
	Total	
Anxiety	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Hostility	Entre Grupos	,175
	Nos grupos	
	Total	
Phobic Anxiety	Entre Grupos	,009
	Nos grupos	
	Total	
Paranoid Ideation	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Psychoticism	Entre Grupos	,004
	Nos grupos	
	Total	
Global Severity Index	Entre Grupos	,003
	Nos grupos	
	Total	

**Anexo III – Tabela de *Oneway* ANOVA Sintomatologia Covid-19 / PTGI**

### ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z
PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	Entre Grupos	970,449	1	970,449	29,634
	Nos grupos	10250,167	313	32,748	
	Total	11220,616	314		
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Entre Grupos	402,523	1	402,523	13,562
	Nos grupos	9290,131	313	29,681	
	Total	9692,654	314		
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	Entre Grupos	2611,367	1	2611,367	52,265
	Nos grupos	15638,677	313	49,964	
	Total	18250,044	314		
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual	Entre Grupos	27,849	1	27,849	2,452
	Nos grupos	3554,323	313	11,356	
	Total	3582,171	314		

### ANOVA

		Sig.
PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual	Entre Grupos	,118
	Nos grupos	
	Total	

**Anexo IV – Tabela de Correlação de *Pearson* entre Crescimento Pós-Traumático e Sintomatologia Psiquiátrica**

		Global Severity Index	PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	PTGI_F2 - Novas Possibilidades
Global Severity Index	Correlação de Pearson	1	-,234**	-,036
	Sig. (2 extremidades)		,000	,508
	N	337	337	337
PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	Correlação de Pearson	-,234**	1	,865**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	337	337	337
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Correlação de Pearson	-,036	,865**	1
	Sig. (2 extremidades)	,508	,000	
	N	337	337	337
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	Correlação de Pearson	-,301**	,901**	,828**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua	Correlação de Pearson	,099	,546**	,753**
	Sig. (2 extremidades)	,068	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_Total	Correlação de Pearson	-,175**	,948**	,950**
	Sig. (2 extremidades)	,001	,000	,000
	N	337	337	337

		PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua	PTGI_Total
Global Severity Index	Correlação de Pearson	-,301**	,099	-,175**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,068	,001
	N	337	337	337
PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	Correlação de Pearson	,901**	,546**	,948**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Correlação de Pearson	,828**	,753**	,950**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	Correlação de Pearson	1	,545**	,946**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua	Correlação de Pearson	,545**	1	,723**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	337	337	337
PTGI_Total	Correlação de Pearson	,946**	,723**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	337	337	337

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

**Anexo V – Tabela de Correlação de *Pearson* entre Crescimento Pós-Traumático e Suporte Social**

		PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	PTGI_F2 - Novas Possibilidades	PTGI_F3 - Fortalecimen- tos das Relações Interpessoai
PTGI_F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais	Correlação de Pearson	1	,865**	,901**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Correlação de Pearson	,865**	1	,828**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	337	337	337
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoai	Correlação de Pearson	,901**	,828**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	337	337	337
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua	Correlação de Pearson	,546**	,753**	,545**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_Total	Correlação de Pearson	,948**	,950**	,946**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
2.1.1 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos	Correlação de Pearson	,286**	,314**	,336**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
2.1.2 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde	Correlação de Pearson	,377**	,372**	,473**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337

		PTGI_F4 - Desenvolvemento o Espiritua	PTGI_Total	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	,546**	,948**	,286**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Correlação de Pearson	,753**	,950**	,314**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoai	Correlação de Pearson	,545**	,946**	,336**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritua	Correlação de Pearson	1	,723**	,285**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	337	337	337
PTGI_Total	Correlação de Pearson	,723**	1	,339**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	337	337	337
2.1.1 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos	Correlação de Pearson	,285**	,339**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	337	337	337
2.1.2 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde	Correlação de Pearson	,411**	,452**	,617**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	337	337	337

		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	,377**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
PTGI_F2 - Novas Possibilidades	Correlação de Pearson	,372**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
PTGI_F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais	Correlação de Pearson	,473**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
PTGI_F4 - Desenvolvimento Espiritual	Correlação de Pearson	,411**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
PTGI_Total	Correlação de Pearson	,452**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
2.1.1 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte social de familiares e amigos	Correlação de Pearson	,617**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	337
2.1.2 Durante o isolamento, em geral, como classifica o suporte dos serviços de saúde	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	337

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