



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

Ansiedade, sintomatologia depressiva e
comorbilidades em pessoas devido a COVID-
19: um estudo transversal

Dissertação de Mestrado

Andreia Isabel Afonso Angélico

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ANSIEDADE, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
COMORBILIDADES EM PESSOAS DEVIDO A COVID-19: UM
ESTUDO TRANSVERSAL

ANXIETY, DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND
COMORBILITIES IN PEOPLE DUE TO COVID-19: A CROSS-
SECTIONAL STUDY

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson
Jorge Correia Pinto de Abreu e coorientada pelo
Professor Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Autor: Andreia Isabel Afonso Angélico

Porto | 2021

PENSAMENTO

“O amor sim, deveria ser um vírus e contaminar o mundo todo.”

(João Monge Ferreira)

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, foram afetados pela COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível:

Ao Professor Doutor Wilson Abreu e ao Professor Doutor Carlos Sequeira agradeço por todos os seus ensinamentos, pela motivação e incentivo, assim como por toda a disponibilidade manifestada ao longo de todo este trabalho de investigação.

Aos meus pais, José e Maria da Luz, gratidão eterna por todo o apoio, carinho e dedicação, mas sobretudo por todos os ensinamentos e valores que me incutiram, por todos os sacrifícios que sempre fizeram e fazem por mim, e por estarem presentes em todos os momentos importantes da minha vida, zelando por cada um dos meus passos, acreditando e fazendo-me acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades.

À minha irmã, Joana, obrigado por hoje e sempre. Sinto-me muito grata por poder contar com o seu carinho e a sua força em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, Sérgio, meu companheiro de sempre, agradeço por todo o seu amor, respeito e amizade, e particularmente por todo o seu apoio, carinho, dedicação, incentivo, paciência e ajuda na superação dos obstáculos que me assolaram nesta caminhada.

Ao meu “pequenito”, Martinho José, a maior bênção que Deus me deu na vida, e que também ele (mesmo sem saber) me acompanhou nesta caminhada, chorou e sorriu comigo, e todos os dias me fez acreditar que com força, foco e fé tudo é possível.

Aos meus sogros, Armando e Maria Beatriz, e ao meu cunhado, Pedro, agradeço por todo o apoio, compreensão e palavras de incentivo, e sobretudo pela amizade e todo o carinho com que me acolhem.

Sou grata pela família que Deus me deu. E acima de tudo, sou grata a Deus pelo dom da vida. Gratidão Senhor por cada ensinamento e por me ter proporcionado chegar até aqui.

Por último, mas não menos importante, um especial agradecimento a todos os que participaram no estudo, sem eles jamais seria possível a conclusão deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: Identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei na China Central, o SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, rapidamente se disseminou por todo o mundo, levando a Organização Mundial de Saúde a decretar, em março de 2020, um estado de pandemia, o que exigiu a todos os países uma resposta nacional urgente. Em Portugal, como em quase todo o mundo, as medidas de contenção adotadas como forma de prevenir a propagação da doença ficaram marcadas socialmente pela quarentena ou pelo confinamento social obrigatório, o que implicou a mudança nas rotinas de vida diária, a separação das pessoas das suas famílias e da comunidade em geral. Como consequência destas medidas e, com base no conhecimento sobre o impacto das situações epidémicas anteriores, antecipa-se que a experiência de isolamento, a incerteza e as preocupações em relação ao que o futuro reserva terão um impacto psicológico significativo, a curto e longo prazo, na saúde mental das populações que vivenciam a pandemia.

Objetivos: O presente trabalho de investigação surge da necessidade de estudar correlações entre ansiedade, sintomatologia depressiva e comorbilidades em pessoas infetadas com SARS-CoV-2 ou que estiveram em isolamento profilático. Para tal, foram delineados os seguintes objetivos: caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; avaliar sinais e sintomas de ansiedade e depressão após infeção pelo SARS-CoV-2; identificar os sintomas predominantes nas pessoas após infeção pelo SARS-CoV-2; analisar a representação que as pessoas infetadas têm sobre o suporte social; identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 que possuam comorbilidades e vivenciem ansiedade ou sintomatologia depressiva.

Metodologia: Este estudo seguiu uma abordagem quantitativa, não experimental, transversal e do tipo correlacional, inerente à questão de investigação: “A presença e gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade podem variar em função da presença prévia ou concomitante de comorbilidades após a infeção pelo SARS-CoV-2?”.

A amostra, selecionada com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística por redes, é constituída por 337 elementos e os dados trabalhados no estudo foram colhidos através de um questionário sociodemográfico e do *Brief Symptoms Inventory* (BSI) - Inventário de Sintomas Psicopatológicos, validado para a população portuguesa.

Resultados/Discussão: Da análise dos dados foi possível reconhecer que além dos problemas de ordem fisiológica já bem conhecidos, e dos quais se destacam mialgias e astenia, os níveis de ansiedade e depressão na população após infeção por SARS-CoV-2 tem vindo a agravar, assim como a presença de comorbilidades se tem tornado evidente. No entanto, os dados sugerem que o suporte social recebido durante o isolamento, quer seja de familiares e amigos como dos serviços de saúde, ajudou a diminuir a intensidade do

mal-estar experienciado. Simultaneamente, o suporte social recebido por parte de familiares e amigos durante o isolamento favoreceu uma percepção global e genérica da qualidade de vida após infecção positiva, ou seja, os indivíduos que receberam este tipo de suporte social sentem-se mais otimistas em relação ao seu futuro.

Os dados dizem-nos também que existem evidências significativas entre as dimensões da sintomatologia psiquiátrica e a presença de sintomas após 90 dias, isto é, as dimensões da sintomatologia psiquiátrica são mais evidentes nos indivíduos que após 90 dias da infecção por SARS-CoV-2 ainda manifestam sintomatologia compatível com a infecção.

Conclusões: Globalmente, os resultados encontrados vão de encontro à literatura consultada.

Palavras-chave: SARS-CoV-2, COVID-19, Ansiedade, Sintomatologia Depressiva, Comorbilidades, Ajustamento, Saúde Mental, Reação Emocional

ABSTRACT

Introduction: First identified in December 2019 in Wuhan City, Hubei Province in Central China, SARS-CoV-2, responsible for the COVID-19 disease, quickly spread throughout the world, prompting the World Health Organization to enact, in March 2020, a state of pandemic, which demanded an urgent national response from all countries. In Portugal, as in almost the whole world, the restraints measures adopted as a way to prevent the spread of the disease were socially marked by quarantine or mandatory social confinement, which implied a change in daily life routines, the separation of people from their families and from the community at large. As a result of these measures, and based on knowledge of the impact of past epidemic situations, it is anticipated that the experience of isolation, uncertainty and concerns about what the future holds will have a significant psychological impact in the short and long terms, in the mental health of populations experiencing the pandemic.

Objectives: This research work arises from the need to study correlations between anxiety, depressive symptoms and comorbidities in people infected with SARS-CoV-2 or who were in prophylactic isolation. To this end, the following objectives were outlined: to characterize the study population from a sociodemographic and clinical point of view; to assess signs and symptoms of anxiety and depression after SARS-CoV-2 infection; to identify the predominant symptoms in people after SARS-CoV-2 infection; to analyse the representation that infected people have about social support; to identify focuses of attention in mental health nursing and psychiatry that allow to define a strategy to help people infected by SARS-CoV-2 who have comorbidities and experience anxiety or depressive symptoms.

Methodology: This study followed a quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational approach, inherent to the research question: “May the presence and severity of depressive and anxiety symptoms vary depending on the prior or concomitant presence of comorbidities after SARS infection CoV-2?”.

The sample, selected by using a non-probabilistic sampling technique by networks, consists of 337 elements and the data worked on the study were collected through a sociodemographic questionnaire and the Brief Symptoms Inventory (BSI) - Brief Symptoms Inventory, validated for the Portuguese population.

Results/Discussion: From the data analysis, it was possible to recognize that, in addition to the well-known physiological problems, in which myalgias and asthenia stand out, the levels of anxiety and depression in the population after SARS-CoV-2 infection have been worsening. However, the data suggest that the social support received during isolation, whether from family and friends or from health services, helped reduce the intensity of the discomfort experienced. Simultaneously, the social support received from family and friends during isolation favoured a global and generic perception of quality of life after

positive infection, that is, individuals who received this type of social support feel more optimistic about their future.

The data also tell us that there is significant evidence between the dimensions of psychiatric symptomatology and the presence of symptoms after 90 days, that is, the dimensions of psychiatric symptomatology are more evident in individuals that 90 days after SARS-CoV-2 infection still manifest symptoms compatible with the infection.

Conclusion: Overall, the results found are in line with the literature consulted.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, Anxiety, Depressive Symptoms, Comorbidities, Adjustment, Mental Health, Emotional Reaction

LISTA DE SIGLAS

ACE-2 - Enzima Conversora de Angiotensina-2

APA - *American Psychiatric Association*

APIP - Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria

ARS - Administrações Regionais de Saúde

BSI - *Brief Symptoms Inventory*

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - *CoronaVirus Disease 2019*

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

DPS - Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis

DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia

ICN - *International Council of Nurses*

ICTV - *International Committee on Taxonomy of Viruses*

IGS - Índice Geral de Sintomas

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

ISAMB/FMUL - Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

ISP - Índice de Sintomas Positivos

MERS - Síndrome Respiratória Do Oriente Médio

MERS-CoV - *Middle East Respiratory Syndrome CoronaVirus*

MESMP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NHC - *National Health Commission of China*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORFs - *Open Reading Frames*

PCR - *Polymerase Chain Reaction*

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

RA - Regiões Autónomas

RNA - Ácido Ribonucleico

RTC - Complexo De Replicação-Transcrição

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV - *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus*

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2*

sgRNAs - RNAs mensageiros subgenómicos

SM-COVID19 - Projeto Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID19

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TMPRSS2 - Protease Celular Transmembranar Serina 2

TSP - Total Sintomas Positivos

UC - Unidade Curricular

UTRs - Regiões não Traduzidas

Y-BOCS - *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

LISTA DE ABREVIATURAS

% - Percentagem

$\bar{X}$ - Média aritmética

cit. - Citado

ed. - Edição

et al. - E outros

etc. - E o resto

N - Tamanho da amostra

n.º - Número

nm - Nanómetros

pp. - Páginas

sig. - Significância estatística

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1. COVID-19 E INFECÇÃO POR SARS-COV-2.....	29
1.1. O que sabemos da infecção pelo SARS-CoV-2.....	29
1.2. Epidemiologia da infecção	39
1.3. Orientações nacionais e internacionais.....	41
2. INFECÇÃO POR SARS-COV-2: PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE MENTAL	57
2.1. Breve revisão sobre as evidências de investigação.....	57
2.2. Ansiedade e sintomatologia depressiva	62
2.3. Boas práticas na promoção da saúde mental.....	65
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	71
3.1. Questão de investigação e objetivos do estudo.....	71
3.2. Questões de investigação	72
3.3. Tipo de estudo	72
3.4. População-alvo e amostra	73
3.5. Processo de recolha de dados.....	73
3.6. Procedimentos legais e éticos.....	77
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	79
4.1. Análise dos dados.....	79
4.1.1. Análise Descritiva	79
4.1.2. Análise Estatística Inferencial	84
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	90
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	113
ANEXO I - Questionário do Projeto “Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infectadas, após recuperação”	115

ANEXO II - TABELA: Avaliação da associação entre a presença de sintomas após 90 dias e a sintomatologia psiquiátrica 135

ANEXO III - TABELA: Avaliação das diferenças entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades 138

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Representação esquemática do SARS-CoV-2	32
FIGURA 2: Similaridade estrutural do genoma do SARS-CoV-2 com o SARS-CoV e o MERS-CoV	33
FIGURA 3: Transmissão do SARS-CoV-2	34
FIGURA 4: Ciclo replicativo do SARS-CoV-2	36

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Idade e género dos participantes da amostra	80
TABELA 2: Estado civil dos participantes da amostra	80
TABELA 3: Habilitações literárias dos participantes da amostra	80
TABELA 4: Situação profissional dos participantes da amostra	81
TABELA 5: Rendimento anual familiar dos participantes da amostra.....	81
TABELA 6: Sintomatologia por infeção de SARS-CoV-2	82
TABELA 7: Presença de sintomas por infeção de SARS-CoV-2 após 90 dias	83
TABELA 8: Presença de comorbilidades nos participantes da amostra	83
TABELA 9: Estatísticas descritivas dos sintomas psicopatológicos	84
TABELA 10: Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as médias da população em geral.....	85
TABELA 11: Avaliação das diferenças entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades.....	86
TABELA 12: Coeficiente da correlação de Pearson entre as variáveis relativas ao suporte social durante o isolamento e o Índice Geral de Sintomas	87
TABELA 13: Avaliação da associação entre a presença de sintomas após 90 dias e a sintomatologia psiquiátrica	88
TABELA 14: Avaliação da associação entre a perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Classificação do suporte social, durante o período de isolamento.....	82
GRÁFICO 2: Sintomas predominantes após infeção de SARS-CoV-2	82
GRÁFICO 3: Perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção por SARS-CoV-2	83

INTRODUÇÃO

A concretização do presente trabalho de investigação surge no âmbito da unidade curricular (UC) de Dissertação, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2020/2021, sob orientação científica do Professor Doutor Wilson Abreu e coorientação do Professor Doutor Carlos Sequeira, e tem como tema “Ansiedade, sintomatologia depressiva e comorbilidades em pessoas devido a COVID-19: um estudo transversal”.

A pandemia por COVID-19, considerada a mais grave crise sanitária à escala global neste primeiro quarto do século XXI, para além das já conhecidas repercussões epidemiológicas e do impacto na saúde global das populações, têm vindo a impor uma nova forma de vida, quer no plano individual quer em sociedade (Kazlauskas & Quero, 2020), e como tal, estima-se que poderá originar um elevado nível de sofrimento psicológico, o que, naturalmente, acarreta uma série de riscos e repercussões na esfera da saúde mental, tanto na população em geral como, em particular, nos grupos mais vulneráveis, como os profissionais de saúde ou os grupos populacionais com perturbação mental prévia (Afonso & Figueira, 2020; Nascimento et al., 2020).

A necessidade de implementar medidas de distanciamento social, como o isolamento e a quarentena, para mitigar a pandemia na comunidade mundial, assim como a perda de atividades educativas e laborais, associadas ao medo da doença, da morte e da incerteza quanto ao futuro são todos fatores de stress psicológico significativo (Nascimento et al., 2020) e, quando prolongados no tempo, poderão contribuir para o desenvolvimento de condições mais graves, e até incapacitantes, no campo da saúde mental, nomeadamente perturbações de ansiedade, pânico e trauma (Fiorillo & Gorwood, 2020).

No contexto atual, apesar da infeção por SARS-CoV-2 ser um fenómeno relativamente recente, já existem algumas investigações realizadas que visam avaliar o impacto deste contexto pandémico na saúde mental e bem-estar da população. Assim, com base na evidência e literatura disponível, é possível perceber que a pandemia por COVID-19, pela sua dimensão global e pelas medidas de restrição implementadas, tem impacto na saúde mental e no bem-estar da população em geral, podendo levar a um aumento de sintomatologia de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico, perturbação de stress pós-traumático (PSPT) e perturbações do sono, assim como à agudização de situações de vulnerabilidade social e eventualmente ao suicídio. E, de entre os fatores que conduzem à vulnerabilidade psicológica incluem-se o medo, o isolamento, a frustração, a falta de bens essenciais, a informação desadequada, a perda de rendimentos ou do emprego e o estigma (Ladeia et al., 2020).

Com efeito, de forma a mitigar o sofrimento psicológico e os múltiplos desafios que se adivinham nesta área, torna-se necessário uma reestruturação dos serviços de saúde e, neste sentido, várias diligências têm sido direcionadas para o desenvolvimento e implementação de programas de rastreio e intervenção precoce, que visem não apenas os efeitos agudos, mas também os efeitos a longo prazo ou crónicos decorrentes desta pandemia (Nascimento et al., 2020).

No entanto, dar resposta a estas metas constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente, e em particular, para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. São do conhecimento geral os sinais de alerta do cancro, de como reconhecer um ataque cardíaco, ou até como prestar os primeiros socorros em emergências médicas, mas este conhecimento contrasta quando o assunto remete para a literacia em saúde sobre as doenças mentais, em que as pessoas desconhecem o que podem fazer para prevenir, retardar, evitar, assim como procurar ajuda no tratamento das doenças mentais (Jorm, 2012).

Posto isto, na necessidade futura de dar resposta às mais variadas necessidades neste âmbito, torna-se necessário produzir investigação e, desta forma, a pertinência do tema deste trabalho é inegável.

Assim, como parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) da ESEP, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu, subordinado ao tema “Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infetadas, após recuperação”, o presente trabalho de investigação visa estudar correlações entre ansiedade, sintomatologia depressiva e comorbilidades em pessoas infetadas com SARS-CoV-2 ou que estiveram em isolamento profilático.

Neste contexto, considerando os pressupostos metodológicos, foi definida a seguinte questão de investigação: “A presença e gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade podem variar em função da presença prévia ou concomitante de comorbilidades após a infeção pelo SARS-CoV-2?”.

Em concordância, foram definidos os seguintes objetivos específicos: a) caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; b) avaliar sinais e sintomas de ansiedade e depressão após infeção pelo SARS-CoV-2; c) identificar os sintomas predominantes nas pessoas após infeção pelo SARS-CoV-2; d) analisar a representação que as pessoas infetadas têm sobre o suporte social; e) identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 que possuam comorbilidades e vivenciem ansiedade ou sintomatologia depressiva.

Este estudo seguiu uma abordagem quantitativa, não experimental, transversal e correlacional. E a amostra contou com um total de 337 participantes, todos maiores de idade e de ambos os sexos.

Em termos estruturais, após a presente introdução, este trabalho está dividido em cinco partes fundamentais. A primeira e a segunda contemplam o enquadramento teórico, onde é realizada uma contextualização do objeto de estudo e dos conceitos chave subjacentes. Para tal, realizamos uma síntese da evidência científica mais atual e relevante sobre a temática em estudo, atendendo aos seus objetivos e variáveis principais em análise. A pesquisa foi realizada essencialmente em documentos físicos (livros) e nos motores de busca Google Scholar, EBSCO Host, ELSEVIER e RCAAP, utilizando os termos de pesquisa: “SARS-CoV-2”, “COVID-19”, “*anxiety*”, “*depressive symptoms*”, “*comorbidities*”, “*adjustment*”, “*mental health*”, “*emotional reaction*”.

A terceira parte, que diz respeito às considerações metodológicas, envolve a investigação propriamente dita e, como tal, está dividida em subcapítulos onde são abordadas todas as opções tomadas em relação à metodologia de investigação, nomeadamente o desenho do estudo, a população-alvo e a amostra, o processo de recolha de dados e, por último, as considerações legais e éticas a ter em conta no decurso do processo de investigação.

Na quarta parte procede-se à apresentação de resultados, e na quinta parte à sua discussão. Por fim, é apresentada a conclusão geral do trabalho, na qual são tecidas algumas considerações finais e apresentadas sugestões para investigações futuras.

1. COVID-19 E INFECÇÃO POR SARS-COV-2

O SARS-CoV-2, acrónimo do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2*, é o vírus responsável pela doença COVID-19, nomenclatura adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em fevereiro de 2020, e que provém do inglês *CoronaVirus Disease 2019*, em referência ao vírus responsável pela epidemia e ao ano em que a mesma surgiu (OMS, 2020a).

1.1. O que sabemos da infeção pelo SARS-CoV-2

Identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China Central, após um surto de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e clientes de um mercado de peixe, marisco vivo e aves (*Huanan Seafood Wholesale Market*), rapidamente se disseminou para todo o território chinês, bem como para uma grande porção do território mundial, afetando cidadãos de extensas localizações geográficas, diferentes etnias e nacionalidades (DGS, 2020a; Jiloha, 2020, cit. Guimarães, 2020).

Neste contexto, dada a gravidade potencial da situação, causada por um vírus sobre o qual pouco se sabia, a 30 de janeiro de 2020, a OMS caracterizou o surto por COVID-19 como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional. E, a 11 de março de 2020, por se estimar mais de 118 000 casos de infeção, dispersos por 114 países, e óbitos superiores a 4 000 à escala global, o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declara que o surto epidémico de SARS-CoV-2 atingiu o nível de pandemia (OMS, 2020b), o que representa um complexo desafio sanitário, social, económico, educacional e psicológico sem precedentes na história da humanidade (Abad & Abad, 2020).

Até ao momento, a origem deste novo vírus na espécie humana ainda não está completamente esclarecida. Porém a comunidade científica tem estado envolvida numa corrida contra o tempo em torno de um objetivo comum: o conhecimento aprofundado das características do SARS-CoV-2 para uma melhor compreensão e entendimento do seu comportamento patogénico, potencial de transmissibilidade e outros fatores determinantes, para que, posteriormente, se possam avançar com medidas profiláticas e estratégias de tratamento eficazes e seguras, nomeadamente, através planos de vacinação e de tratamentos antirretrovirais, respetivamente (DGS, 2020a).

De forma a dar resposta às lacunas de conhecimento atrás referidas, as autoridades chinesas, a 09 de janeiro de 2020, identificaram o agente causador da doença como pertencente à família dos coronavírus e, por conseguinte, o sequenciamento genético do mesmo foi feito em tempo recorde e partilhado com a comunidade científica a nível internacional (Chaves & Bellei, 2020; DGS, 2020a). Tendo sido esta medida primordial para

a produção de testes diagnósticos de biologia molecular, para o novo coronavírus, em diferentes países (Chaves & Bellei, 2020).

A 11 de fevereiro de 2020, o *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV), classificou este novo agente patogénico como um vírus da categoria *Coronavírus*, reino *Riboviria*, ordem *Nidovirales*, subordem *Cornidovirineae*, família *Coronaviridae*, subfamília *Orthocoronavirineae*, género *Betacoronavírus*, subgénero *Sarbecovirus* e espécie *Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus* (Gorbalenya et al., 2020).

Assim, esta é a sétima espécie de coronavírus identificada até então com potencial de infeção humana (Oliveira, Oliveira, Sabino & Okay, 2020; Singh, Shaikh, Singh, Singh, 2020), sendo que quatro destes sete coronavírus estão associados a quadros ligeiros de problemas respiratórios, com manifestações clínicas semelhantes a constipações comuns (Pan et al., 2020; Singh, Shaikh et al., 2020), enquanto que os restantes são considerados como potenciais ameaças à saúde pública (Pan et al., 2020), uma vez que, são responsáveis por infeções respiratórias com severidade clínica a nível pulmonar e extrapulmonar, especialmente em idosos, crianças e pessoas imunodeprimidas, bem como manifestações intestinais e neurológicas, e estão associados a um elevado índice de mortalidade (Singh, Shaikh et al., 2020).

Na história da humanidade, e em menos de duas décadas, esta é a terceira vez que as autoridades mundiais da saúde enfrentam, em tempo real, epidemias com elevado potencial de infeção, transmissão e mortalidade, responsáveis por infeções respiratórias graves no ser humano, causadas por um coronavírus com transmissão zoonótica (Chaves & Bellei, 2020).

A primeira epidemia, conhecida como a epidemia da síndrome respiratória aguda grave (SARS), foi causada pelo coronavírus SARS-CoV (*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus*), um *betacoronavírus* que emergiu na província de Guangdong, na China, entre 2002 e 2003, mas que, devido à sua alta transmissibilidade e infectividade, rapidamente se disseminou por toda a província chinesa e pelo mundo, resultando em 8 mil casos de infeção, com 774 óbitos em 29 países, e um efeito devastador na economia mundial (Chaves & Bellei, 2020; Khalil & Khalil, 2020; Souza, Silva, Pinheiro & Santos, 2021).

Por sua vez, a segunda epidemia teve início em 2012, causada pelo coronavírus MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome CoronoVirus*) e ficou conhecida como a epidemia da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) (Chaves & Bellei, 2020). Identificada pela primeira vez na Arábia Saudita, e depois em vários outros países, tem causado casos esporádicos de infeção humana ou pequenos *clusters* de casos de doença respiratória (Chaves & Bellei, 2020; DGS, 2020b). Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), desde 2012, já foram reportados, por 26 países, mais de 1 milhar e meio de casos e mais de 500 óbitos, a maioria no Médio Oriente, na Península Arábica,

principalmente na Arábia Saudita, e, fora da Península Arábica, foi registado um surto na Coreia do Sul, entre maio e julho de 2015, onde foram reportados 185 casos e 36 óbitos (DGS, 2020b).

No entanto, é na atualidade que vivenciamos a epidemia com maior apreensão global e uma das jamais vistas desde os primórdios da humanidade: a epidemia por SARS-CoV-2 (Khalil & Khalil, 2020) que, como já referido anteriormente, adquiriu o *status* de pandemia em março de 2020, e a sua magnitude está além do já observado (Souza et al., 2021).

Há semelhança do ponto de vista genético com outros coronavírus, supõe-se que a transmissão deste novo agente patogénico para os seres humanos tenha ocorrido por via zoonótica, ou seja, a partir de uma espécie animal (Chaves & Bellei, 2020; DGS, 2020c). E, embora os coronavírus possam ser encontrados em vários hospedeiros, os morcegos são o grupo de mamíferos que abrigam o maior número de coronavírus (Khalil & Khalil, 2020).

Vários estudos apontam o morcego como o hospedeiro primário, ou seja, o principal hospedeiro que deu origem ao vírus nas epidemias SARS e MERS, no entanto, antes de cruzar a barreira da espécie e infectar o ser humano, pensa-se que a civeta (*Paradoxurus hermaphroditus*) na SARS e o dromedário (*Camelus dromedarius*) na MERS tenham sido uma espécie intermediária, organismo onde terá ocorrido a recombinação dos diferentes genomas virais e o responsável pela sua transmissão (Khalil & Khalil, 2020; Souza et al., 2021).

Analogamente, estudos realizados ao genoma do SARS-CoV-2, desde a emergência desta pandemia até à atualidade, sugerem o morcego do género *Rhinolophus* como o hospedeiro primário do vírus, visto que há evidências de uma elevada similaridade genética entre o novo coronavírus com um dos coronavírus encontrado nestes animais, o Bat CoV RATG13 (Khalil & Khalil, 2020; Singh, Rai, Singh & Singh, 2020). E, apesar da espécie intermediária do SARS-CoV-2 ainda não estar claramente identificada, entre as várias possibilidades atualmente consideradas consta o pangolim-malaio (*Manis javanica*), um mamífero que pertence à ordem *Pholidota* da família dos manídeos. Uma vez que, por meio da análise de amostras pulmonares de dois pangolins-malaios mortos, que apresentavam um líquido espumante nos pulmões e fibrose pulmonar, numa época próxima ao surto por COVID-19, foi identificado o coronavírus Pangolin-CoV que apresenta potencial parentesco ao SARS-CoV-2, com 91,02% de semelhança genómica e 90,55% de semelhança genómica com o Bat CoV RATG13 (Khalil & Khalil, 2020). Pensa-se assim que o novo coronavírus ter-se-á desenvolvido nos pangolins por meio de uma recombinação genética natural entre o coronavírus do morcego e do pangolim, adquirindo maior capacidade de infectar células humanas, e entrou em contacto com o organismo humano (muito provavelmente) pelo consumo alimentar destes animais. A cultura alimentar chinesa sustenta que os animais vivos recentemente abatidos são mais nutritivos, e a prática desta crença tem vindo a

contribuir, segundo vários especialistas, para a transmissão de vários patógenos, como é o caso dos vírus (Chaves & Bellei, 2020; Khalil & Khalil, 2020; Singh, Rai et al., 2020).

Do ponto de vista estrutural, por se tratar de um coronavírus, o SARS-CoV-2 é um vírus encapsulado que apresenta uma morfologia predominantemente esférica, embora pleomórfica, com aproximadamente 80-120 nanómetros (nm) de diâmetro (Khalil & Khalil, 2020). E, o seu genoma viral é constituído por ácido ribonucleico (RNA) não segmentado, de cadeia simples e polaridade positiva, envolvido por um escudo protetor de natureza proteica, altamente resistente, designado por cápside, que no conjunto com o ácido nucleico forma o nucleocápside (Helmy et al, 2020; Khalil & Khalil, 2020).

Por ser um vírus encapsulado, possui ainda uma estrutura adicional exterior que envolve o nucleocápside, designada por invólucro viral, constituída por uma bicamada lipídica, na qual estão ancoradas uma grande densidade de proteínas virais que, no caso dos coronavírus, compreendem as glicoproteínas de pico (proteínas S), as proteínas de membrana (proteína M) e as proteínas de envelope (proteína E) (Helmy et al., 2020; Singh, Rai et al., 2020).

Particularmente, as proteínas S encontram-se projetadas à superfície do invólucro viral e agrupam-se em trímeros, formando as espículas, o que confere ao vírus uma aparência de coroa quando observados ao microscópio eletrónico, sendo este o fator que deu origem à designação de “coronavírus” (Helmy et al., 2020).

Na Figura 1 encontra-se a representação esquemática do SARS-CoV-2.

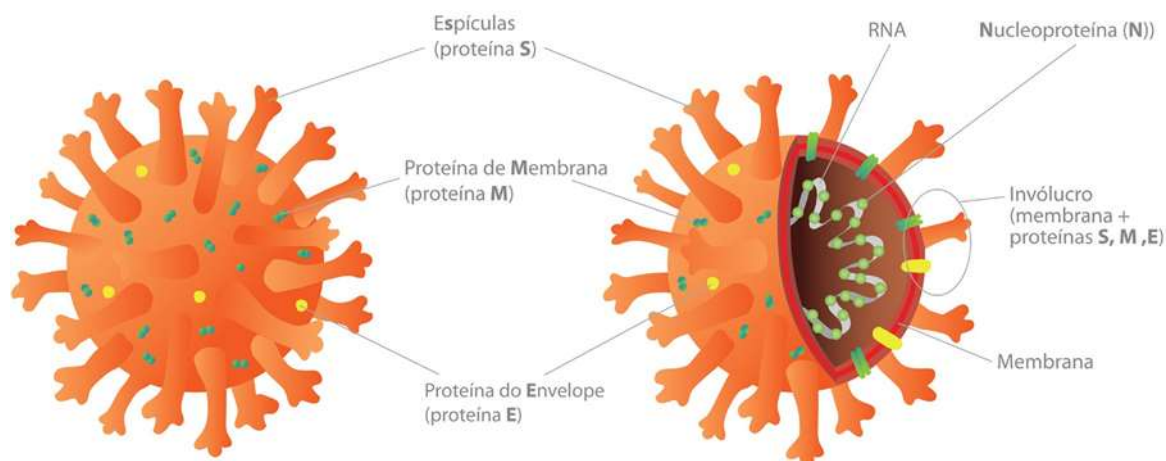


FIGURA 1: Representação esquemática do SARS-CoV-2 (Duarte et al., 2020)

Por sua vez, como facilmente se poderá comprovar na figura 2, a organização genómica do SARS-CoV-2 é similar aos demais coronavírus (Singh, Rai et al., 2020). Assim, a nível organizacional o RNA genómico apresenta proteção CAP na extremidade 5', é poliadenilado na extremidade 3' e possui duas Regiões não Traduzidas (UTRs) nas extremidades 5' e 3' (Helmy et al., 2020).

Logo após a 5' UTR, ocupando cerca de dois terços do genoma, estão as *Open Reading Frames* (ORFs) 1a e 1b, que são traduzidas nas poliproteínas pp1a e pp1ab, precursoras de 16 proteínas não estruturais, envolvidas na transcrição e replicação do vírus. Outras ORFs estão no restante um terço do genoma, próximo da extremidade 3', e codificam, além de outras proteínas estruturais e acessórias específicas a cada espécie de coronavírus, quatro proteínas estruturais principais (Helmy et al., 2020; Souza et al., 2021). Estas incluem as proteínas S que, presentes em elevado número na superfície do invólucro viral, são responsáveis por reconhecer os recetores da célula-alvo e promover a ligação do vírus, dando início ao processo de fusão do invólucro viral com a membrana celular; as proteínas M que, existindo também em número elevado, são responsáveis pelo transporte de nutrientes e formação dos víriões; as proteínas E que, apesar de estarem presentes em menor quantidade que as demais proteínas, são responsáveis pela montagem e liberação dos víriões; e as nucleoproteínas (proteínas N) que, apesar de se associarem ao RNA genômico formando o nucleocápside, estão envolvidas na síntese e tradução do RNA e atuam como antagonistas da proteína interferão e repressores do RNA interferência, o que parece favorecer a replicação viral (Helmy et al., 2020).

Como já anteriormente referido, e tendo em consideração as características moleculares e filogenéticas do SARS-CoV-2 e não a doença que causa, o estudo do genoma deste novo coronavírus mostra uma estreita relação com o SARS-CoV e com o MERS-CoV, embora seja com o SARS-CoV que compartilhe a maior similaridade de sequência de nucleotídeos como é possível observar pela análise da figura 2 (Singh, Rai et al., 2020).

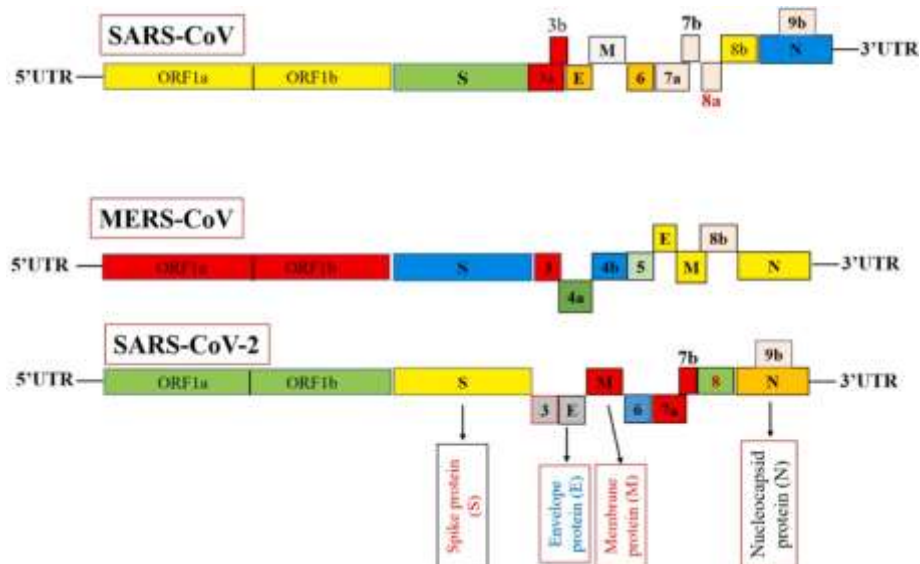


FIGURA 2: Similaridade estrutural do genoma do SARS-CoV-2 com o SARS-CoV e o MERS-CoV (Singh, Rai et al., 2020)

Neste enquadramento, o mecanismo patogénico do SARS-CoV-2 também é, em muito, semelhante ao do SARS-CoV (Singh, Rai et al., 2020). Assim sendo, a infeção por SARS-CoV-2 num novo indivíduo inicia-se com a entrada do vírus no trato respiratório, pelo nariz ou garganta, por transmissão direta no contexto da inalação de gotículas, geradas através da fala, tosse ou espirro, e/ou aerossóis provenientes de secreções respiratórias de uma pessoa infetada, ou por transmissão indireta pela inoculação de partículas virais que, estando presentes nas referidas secreções respiratórias, contaminaram objetos ou superfícies que rodeiam a pessoa infetada, e desta forma, podem infetar outras pessoas quando as mesmas tocam com as mãos nestes objetos ou superfícies, tocando depois na boca, nariz ou olhos, permitindo desta forma o acesso do vírus às células epiteliais aí presentes (DGS, 2020c; Azevedo-Pereira, 2020; Singh, Rai et al., 2020).

A figura 3 descreve o modo de transmissão do SARS-CoV-2.

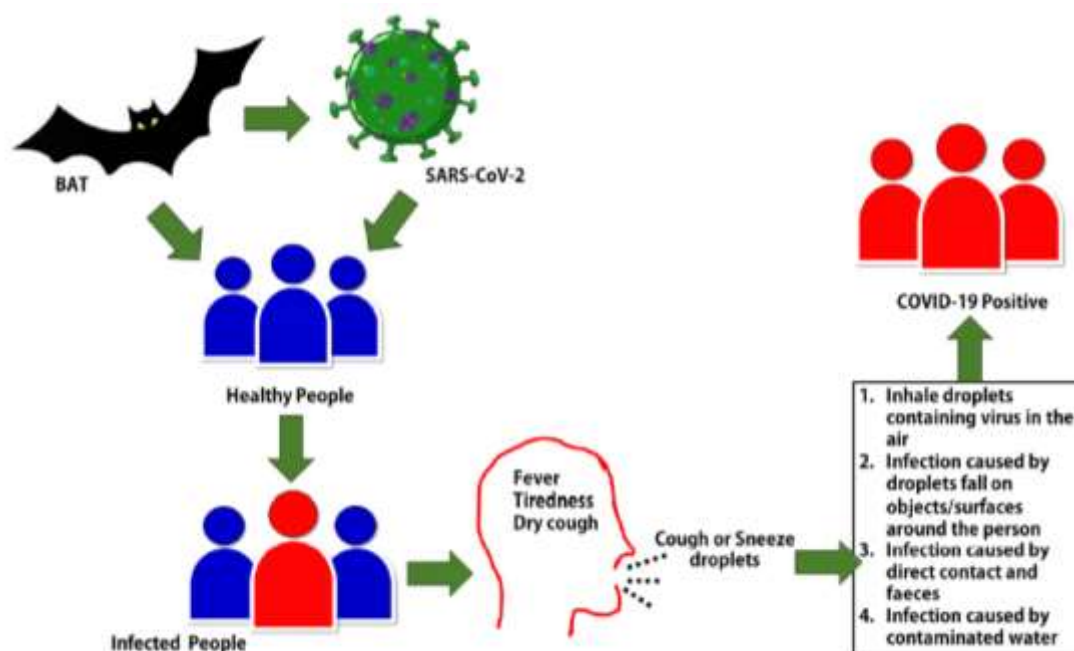


FIGURA 3: Transmissão do SARS-CoV-2 (Singh, Rai, Singh & Singh, 2020)

Como acontece com quase todas as infeções respiratórias agudas provocadas por vírus, o período de incubação (tempo decorrido desde a exposição ao vírus até ao aparecimento de sintomas) é geralmente curto (Azevedo-Pereira, 2020). Atualmente, estima-se que o SARS-CoV-2 tenha um período de incubação de 1 a 14 dias após contágio (DGS, 2020c), e será durante este período de tempo que o vírus se replica, ou seja, que há reprodução de novas partículas virais no organismo hospedeiro (Azevedo-Pereira, 2020).

De acordo com figura 4, para este ciclo replicativo acontecer, o novo coronavírus, sendo um parasita intracelular obrigatório, necessita de se ligar à membrana plasmática da célula-alvo do hospedeiro suscetível, e fá-lo através de uma ligação do tipo chave-fechadura da proteína S do vírus, que metaforicamente seria a “chave”, ao recetor

celular, que no caso do SARS-CoV- 2 é a Enzima Conversora de Angiotensina-2 (ACE-2), que seria a “fechadura” (Azevedo-Pereira, 2020; Singh, Rai et al., 2020). No entanto, como na realidade não existe uma “porta” para o vírus entrar, esta ligação não é suficiente para a fusão do invólucro viral com a membrana celular (Azevedo-Pereira, 2020). Para que o vírus possa entrar na célula-alvo, a proteína S precisa de ser ativada pela protease celular Transmembranar Serina 2 (TMPRSS2), que fará a clivagem desta proteína, catalisada especialmente pela furina, permitindo a penetração do vírus na célula-alvo por endocitose (Hartenian et al., 2020; Helmy et al., 2020).

Já no interior da membrana celular, o invólucro viral e o nucleocápside são dissociados, e o genoma do SARS-CoV-2 é libertado diretamente no citoplasma da célula-hospedeira, ficando livre para se iniciar o processo de transcrição e tradução das proteínas virais, bem como a replicação do seu material genético (Hartenian et al., 2020; Azevedo-Pereira, 2020).

Por ser um vírus com RNA de cadeia simples e polaridade positiva, após a entrada no citoplasma da célula-hospedeira, pode ser imediatamente lido pelas estruturas celulares (Hartenian et al., 2020; Singh, Rai et al., 2020).

Como citado anteriormente, a estrutura genómica dos coronavírus contém pelo menos seis estruturas de leitura aberta. E, as primeiras ORFs, a ORF1a e a ORF1b, localizadas na extremidade 5', são responsáveis por codificar, respetivamente, as poliproteínas pp1a e pp1ab, que são processadas em 16 proteínas não estruturais para formar um complexo de replicação-transcrição (RTC), importante para a transcrição e replicação do genoma viral (Hartenian et al., 2020; Helmy et al., 2020; Souza et al., 2021).

Durante o processo de replicação, o RTC produz cópias simples de RNA com polaridade negativa, que vão servir como modelo para a transcrição de um conjunto de RNAs mensageiros subgenómicos (sgRNAs), necessários para a codificação de proteínas acessórias e estruturais, além de serem o ponto de partida para a transcrição de novos RNAs genómicos com polaridade positiva destinados à formação de novos víriões (Almeida, Oliveira, Avelar, Moita & Lima, 2020; Hartenian et al., 2020).

No entanto, o processo de formação de novos víriões ainda não está completamente identificado. Mas, à semelhança do SARS-CoV e de todos os outros coronavírus, os estudos sugerem que o brotamento do nucleocápsideo, que ocorrerá dentro do complexo de Golgi, é o que torna possível a formação de novos víriões (Almeida et al., 2020).

Desta forma, depois de concluída a montagem e aquisição do invólucro viral, os novos víriões acumulam-se em vesículas para terminar o seu processo de maturação e, simultaneamente, são transportados para a superfície celular e libertados para o exterior da célula um número muito elevado de novos vírus encapsulados, por um processo de exocitose (Hartenian et al., 2020).

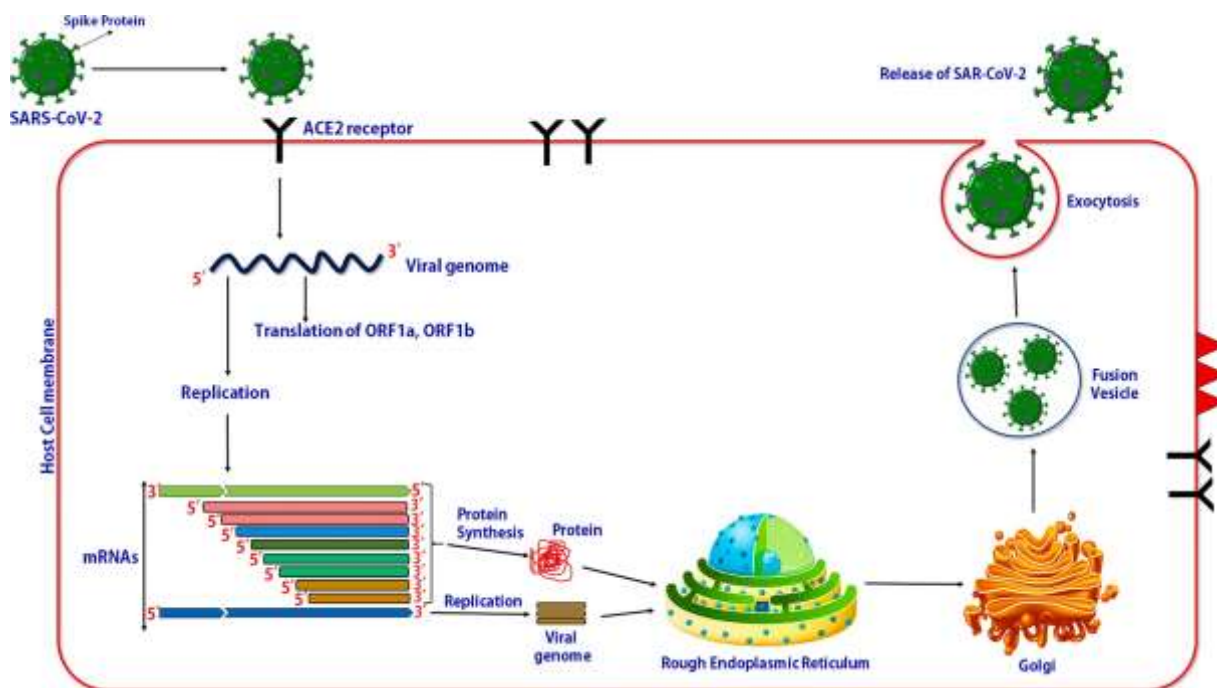


FIGURA 4: Ciclo replicativo do SARS-CoV-2 (Singh, Rai, Singh & Singh, 2020)

Sumariamente, a identificação do agente causador da COVID-19 e o conhecimento do seu ciclo replicativo, tem permitido explicar a facilidade e rapidez com que este novo vírus se tem vindo a propagar, assim como a identificação precoce do espectro clínico da infecção (Souza et al., 2021).

Segundo os dados mais atuais, a infecção por SARS-CoV-2, pela sua capacidade de infetar não só o trato respiratório como também o coração, os rins e o sistema vascular, pode ter uma expressão clínica muito diversa, variando também em gravidade desde a ausência de sintomas até formas mais graves de COVID-19, incluindo a morte (Azevedo-Pereira, 2020; Singh, Rai et al., 2020; Souza et al., 2021).

Neste sentido, muitos sinais e sintomas têm sido associados à COVID-19, no entanto os que mais frequentemente se manifestam são: temperatura corporal superior a 38°C, durante pelo menos 24 horas e sem outra causa atribuível; tosse (geralmente seca) ou agravamento do padrão habitual, podendo a mesma estar associada a cefaleias, mialgias e/ou dores generalizadas do corpo; dor de garganta; fadiga; dispneia, sem outra causa atribuível; e, mais recentemente, anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito. Por sua vez, nos casos mais graves pode levar a pneumonia com insuficiência respiratória aguda, septicémia, choque séptico, falência renal e/ou de outros órgãos, e eventual morte (DGS, 2020c; Souza et al., 2021).

Nas crianças sintomas como cefaleias, vômitos e diarreia também são considerados para despiste da COVID-19 (DGS, 2020c).

Porém, existe uma variância significativa na presença e prevalência destes sintomas, quer entre indivíduos como entre países. Por exemplo, uma meta-análise de 148 estudos de nove países permitiu verificar que, apesar de a febre ser o sintoma mais prevalente, descrito em 78% de todos os doentes infetados pelo COVID-19 incluídos neste estudo, apenas foi verificada em 32% dos doentes na Coreia, e em oposição registou-se em 83% dos doentes de Singapura (Grant et al., 2020).

Desta forma, no seio da comunidade científica, é consensual que vários fatores contribuem para a severidade do quadro clínico desenvolvido, e são eles a idade (Espinosa et al., 2020), a existência de comorbidades associadas, tal como diabetes, hipertensão e doenças coronárias, pulmonares e/ou renais (Khedkar & Patzak, 2020; Oliveira et al., 2020), assim como a dose infecciosa a que o indivíduo é exposto e a virulência da doença (Souza et al., 2021).

Apesar da evidência ainda ser limitada, alguns estudos dizem que na situação de o indivíduo estar exposto a poucas partículas virais, os cílios presentes nas células das fossas nasais e da laringe podem, eventualmente, conseguir “varrê-las” e envolvê-las em muco, inativando-as e eliminando-as na forma de expectoração, mantendo a infeção localizada e controlada. Nestes casos, não haverá disseminação da infeção para o trato respiratório inferior, e estima-se que a maioria dos indivíduos seja assintomática ou apresente sinais leves de infeção, nomeadamente tosse seca e perturbação do olfato e/ou do paladar. No entanto, se a dose infecciosa for elevada, ou se a infeção se alastrar, o vírus pode conseguir alcançar os pulmões, induzindo pneumonias intersticiais graves com compromisso da função respiratória, e eventual falência multiorgânica decorrente de uma infeção sistémica (Souza et al., 2021).

Vale ressaltar que as pessoas com 65 anos ou mais de idade; as pessoas com doenças crónicas, como doença cardíaca, pulmonar, oncológica; hipertensão arterial; diabetes; entre outras; bem como as pessoas com compromisso do sistema imunitário, integram os principais grupos de risco para a COVID-19 (DGS, 2020c; Preskorn, 2020). E, como seria de esperar, é nestes grupos de risco que se verifica a maior taxa de letalidade (Azevedo-Pereira, 2020). Por sua vez, ao contrário do que é habitual em muitas outras doenças, na COVID-19 as crianças são consideradas um grupo de baixo risco, embora recentemente tenham surgido relatos de crianças infetadas com SARS-CoV-2 que desenvolveram características clínicas, como sintomas gastrointestinais e miocardite, semelhantes às da síndrome do choque tóxico e da doença de Kawasaki (Levine, 2020). Ainda não se conhecem completamente os fatores que protegem as crianças em relação aos adultos, mas com base nos estudos que se têm publicado, as menores alterações do sistema imunitário nas crianças e as maiores lesões das células que constituem os vasos sanguíneos nos adultos parecem ser fatores determinantes (Lee & Raszka, 2020).

No entanto, até ao momento, pouco se sabe sobre a resposta imunológica criada pelo hospedeiro em consequência da infeção por SARS-CoV-2. Nesta perspetiva, são várias as questões que carecem de resposta urgente, nomeadamente: Será que o indivíduo que foi infetado pelo SARS-CoV-2 e recuperou da doença está imune a uma reinfeção? Se sim, qual será a duração da proteção imunológica? Quais são as implicações desta proteção? Será que existem respostas imunitárias nocivas? Será que existem parâmetros imunológicos que possam prever o risco de um indivíduo contrair a doença com maior ou menor gravidade? Será que existem parâmetros imunológicos que possam prever a suscetibilidade à infeção? Na ausência de respostas concretas, a abordagem possível passa por considerar os dados conhecidos para outros coronavírus humanos, nomeadamente o SARS-CoV e o MERS-CoV ou ainda os endémicos CoV-229e e o CoV-OC43 (Azevedo-Pereira, 2020).

Assim, com base nestes dados, podemos afirmar que após a infeção por qualquer um destes vírus a produção de anticorpos neutralizantes emerge, embora, em geral, por um curto período de tempo (Azevedo-Pereira, 2020). Desta forma, é expectável que um indivíduo infetado com o novo coronavírus produza anticorpos num período de tempo entre dois a três meses, sendo esta estimativa mais reduzida nos indivíduos que não apresentem manifestações clínicas ou que tenham sintomas leves da doença (Souza et al., 2021).

Contudo, pela similaridade de sintomas entre a COVID-19 e outras infeções, associadas ou não ao trato respiratório, o diagnóstico clínico é extremamente dificultado. Desta forma, as pessoas com suspeita de infeção aguda por SARS-CoV-2, após avaliação clínica por parte dos profissionais de saúde que estão habilitados para o fazer, devem realizar testes de diagnóstico laboratorial (DGS, 2020e).

À luz do conhecimento atual, o método de referência para o diagnóstico e rastreio do SARS-CoV-2 são os testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos, comumente conhecidos por testes PCR (DGS, 2020e). Estes, como o próprio nome sugere, identificam a presença do genoma viral do SARS-CoV-2 por amplificação através da técnica de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) precedida de uma reação de retrotranscrição por forma a converter o RNA genómico do SARS-CoV-2 numa dupla cadeia de DNA (Azevedo-Pereira, 2020; Preskorn, 2020). Devem ser realizados em amostras biológicas do trato respiratório superior e/ou inferior, colhidas por zaragatoa, embora as amostras de saliva também possam ser consideradas como alternativa, particularmente em situações de rastreio comunitário. E, os seus resultados devem ser conhecidos, em média, no prazo de 24 horas após a sua realização (DGS, 2020f).

Todavia, em situações de *cluster* ou de surto e para testagem repetida de pessoas em situação de risco, ou até por disponibilidade limitada dos testes PCR e/ou resultados demasiado tardios para as necessidades clínicas, nos termos da Norma 019/2020 da DGS os testes rápidos de antígeno são os testes de eleição para o diagnóstico da COVID-19 (DGS, 2020f). À semelhança dos testes PCR, a realização destes testes implica a colheita de uma

amostra biológica do trato respiratório, normalmente exsudado da nasofaringe, por zaragatoa e preferencialmente nos primeiros cinco dias (inclusive) de sintomas. No entanto, a sua metodologia de testagem baseia-se na identificação das proteínas estruturais do vírus, e os resultados ficam, na maioria dos casos, disponíveis após 15-30 minutos da sua realização (DGS, 2020f).

Não obstante, é importante referir que os testes rápidos são menos sensíveis do que os testes PCR e, portanto, em função da concentração de antígeno usada ou da forma como a amostra foi colhida, a probabilidade de se obterem falsos negativos é maior. Assim, em regra, o resultado negativo num teste rápido, por si só, não permite excluir uma infeção pelo SARS-CoV-2, é necessário ponderar este resultado em simultâneo com a restante informação clínica e com o enquadramento epidemiológico de cada pessoa. Desta forma, nas situações de elevada suspeita clínica de COVID-19, é possível que depois de um teste rápido negativo seja necessário realizar um teste PCR para confirmação (DGS, 2020f; Azevedo-Pereira, 2020).

Os testes PCR são muito específicos e sensíveis, detetam com rigor níveis muito reduzidos de RNA viral nas amostras. Por esta razão, os falsos positivos são raros e a taxa de falsos negativos é muito inferior à dos testes rápidos. A elevada sensibilidade dos testes PCR faz mesmo com que, em algumas pessoas, seja possível detetar RNA do SARS-CoV-2 nas amostras de secreções nasofaríngeas durante várias semanas depois do início dos sintomas, mesmo depois de o doente já não ter infeção pelo SARS-CoV-2 (Azevedo-Pereira, 2020; Crozier, Rajan, Buchan, Mckee, 2021).

Em alternativa, embora de uma forma indireta, o diagnóstico da COVID-19 pode ainda ser feito através da pesquisa de anticorpos específicos para a COVID-19 em amostra de soro ou plasma humano, após colheita de sangue (Azevedo-Pereira, 2020; Preskorn, 2020). Independentemente se o indivíduo manifestou ou não sintomas da doença, os testes serológicos permitem avaliar a resposta imunológica do organismo à infeção por SARS-CoV-2 (DGS, 2020f). No entanto, como sabemos que só produz anticorpos quem já teve contacto com o vírus e que é possível uma pessoa ter anticorpos no sangue e não estar com infeção aguda, a evidência científica atual diz-nos que estes testes não estão recomendados para o diagnóstico da COVID-19 em fase de infeção aguda, uma vez que, permitem apenas determinar se a pessoa já teve contacto, ou não, com o novo coronavírus (Azevedo-Pereira, 2020).

1.2. Epidemiologia da infeção

A 31 de dezembro de 2019, as autoridades chinesas reportaram à OMS ser palco de um surto de pneumonia, de etiologia desconhecida, com epicentro na cidade de Wuhan, na China Central, estando a maioria dos casos, epidemiologicamente, associada a um

mercado específico de alimentos e animais vivos (peixe, mariscos e aves), que foi limpo e encerrado ao público a 1 de janeiro de 2020 (DGS, 2020a).

Pouco tempo depois, a 9 de janeiro de 2020, o SARS-CoV-2 foi identificado como o agente responsável deste foco de infeção respiratória grave que, oficialmente, foi designada pela OMS por COVID-19, nomenclatura de *Coronavirus Disease 2019*, a 11 de fevereiro de 2020 (OMS, 2020a).

No dia 23 de janeiro do mesmo ano, apesar de ainda ser desconhecida a fonte de infeção, a OMS foi informada da probabilidade deste novo coronavírus ser transmitido de pessoa para pessoa. E, como forma de mitigar a sua disseminação entre a população chinesa e impedir a exportação de casos para outros países, foram adotadas medidas de saúde pública, como isolamento de algumas cidades e restrições de circulação noutras; encerramento de espaços turísticos e cancelamento de eventos; o reforço das equipas de saúde; etc. (Gomes et al., 2020). No entanto, apesar destas medidas, o SARS-CoV-2 rapidamente se disseminou para todo o território chinês, bem como para uma grande porção do território mundial, nomeadamente Coreia do Sul, Taiwan, Tailândia, Singapura, Japão, Itália, Irã, Espanha, Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido (DGS, 2020a; Elengoe, 2020).

Neste contexto, a 30 de janeiro de 2020, a OMS classificou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública internacional, sendo oficialmente reconhecida como uma pandemia a 11 de março do mesmo ano (OMS, 2020b).

De acordo com os dados publicados pelo grupo epidemiológico de mecanismo de resposta a emergências da nova pneumonia por coronavírus do Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (2020) no *Chinese Journal of Epidemiology*, nos primeiros 30 dias após o primeiro caso foram notificados 72 314 casos de infeção na China Continental, dos quais 44 672 (61,8%) foram confirmados, 16 186 (22,4%) foram suspeitos, 10 567 (14,6%) foram diagnosticados clinicamente e 889 (1,2%) eram assintomáticos. E, dos casos confirmados, 1023 pessoas morreram e a taxa bruta de mortalidade foi de 2,3%.

Já no final do mês de fevereiro, eram quase 80 000 os casos confirmados e 2 838 os óbitos por COVID-19 na China e, aproximadamente, 6 000 casos e 86 óbitos em outros 53 países (Croda & Garcia, 2020).

Por meio dos relatórios diários da OMS, desde que foi reportado o primeiro caso, em dezembro de 2019, até ao dia 11 de maio de 2020, a COVID-19 foi identificada em todos os continentes, contabilizando um total de 4 006 257 casos de infeção e 278 892 óbitos confirmados (Lima, Almeida, Fonseca & Gonçalves, 2020). Dos quais, mais de 1 750 000 casos de infeção e 157 000 mortes cumulativas dizem respeito à Europa, com a Espanha a registar 227 436 casos de infeção e 26 744 mortes cumulativas; o Reino Unido com 223 060 casos de infeção e 32 065 mortes cumulativas; a Itália com 219 814 casos de infeção e 30

739 mortes cumulativas; a Alemanha com 170 508 casos de infeção e 7 533 mortes cumulativas; e a França com 139 519 casos de infeção e 26 643 mortes cumulativas (OMS, 2020d).

A 28 de Maio de 2020 havia mais de 5,5 milhões de casos confirmados de COVID-19 e 353 373 mortes relacionadas em todo o mundo (OMS, 2020e).

No seu estudo observacional descritivo retrospectivo, Gomes et al. (2020) acrescenta que, no período de 21 de janeiro de 2020 a 15 de junho de 2020, o número total de infetados aumentou em média 66% por mês, e o número de óbitos aumentou em média 67% por mês. E, verificou que os países com os maiores números de casos e óbitos foram: China, Coreia do Sul, Austrália, Malásia e Japão no Pacífico Oriental; Espanha, Itália, Alemanha, França e Reino Unido na Europa; a Índia, Indonésia, Tailândia e Bangladesh no Sudeste Asiático; Irã e Paquistão no Mediterrâneo Oriental; EUA, Canadá, Brasil, Chile e Equador na América e África do Sul e Argélia na África.

Em Portugal, a DGS (2020d) confirmou os primeiros casos de COVID-19 a 2 de março de 2020, e a primeira vítima mortal a 17 de março de 2020. Desde então, há semelhança do que tem acontecido nos outros países, o número de novos casos está continuamente a aumentar, assim como o número de óbitos.

À data de 11 de junho de 2021, o relatório diário da OMS (2021) aponta para 174 918 667 casos de infeção e 3 782 490 mortes cumulativas, com os EUA (33 108 269 casos de infeção e 593 878 mortes cumulativas), a Índia (29 359 155 casos de infeção e 367 081 mortes cumulativas) e o Brasil (17 210 969 casos de infeção e 482 019 mortes cumulativas) a ocupar os três primeiros lugares no *ranking* mundial. Portugal ocupa a trigésima posição com 855 951 casos de infeção e 17 044 mortes cumulativas.

1.3. Orientações nacionais e internacionais

No contexto atual de resposta à situação epidemiológica da COVID-19, e uma vez que até ao momento ainda não dispomos de um tratamento farmacológico seguro e eficaz contra o novo coronavírus, várias medidas de saúde pública, individuais e comunitárias, têm sido implementadas, quer a nível nacional como internacional, de forma a mitigar a transmissão do SARS-CoV-2, e reduzir o índice de mortalidade e a morbilidade associadas à COVID-19 em todo o mundo (Elengoe, 2020).

Neste enquadramento, tendo por base o conhecimento disponível e a experiência vivenciada nas epidemias SARS e MERS, a OMS (2020c) recomenda como medidas padrão a higienização correta e completa das mãos, efetuada de forma regular, com água e sabão ou por fricção com solução antisséptica à base de álcool (pelo menos com 60% de etanol); a limpeza e desinfeção adequada de superfícies e objetos, assim como do ambiente; o melhoramento da circulação do ar e da ventilação em espaços fechados; a utilização,

correta e consistente, de máscara facial; o respeito pela etiqueta respiratória; o distanciamento social que, de modo primordial, visa o distanciamento físico, de pelo menos um metro, entre pessoas que não pertençam ao mesmo agregado familiar, e nas situações mais graves, o encerramento temporário de escolas, universidades e de serviços não essenciais; o regime de teletrabalho; a proibição de eventos e de aglomerações; a restrição de circulação, etc.; a automonitorização de sintomas; o isolamento social de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, em unidade hospitalar, domicílio ou outro, de acordo com a gravidade da doença e nível de cuidados necessários, bem como a quarentena ou isolamento de contacto, durante o período de 14 dias, das pessoas que estiveram em contacto próxima, não protegido, com casos confirmados de COVID-19 mas que se mantêm assintomáticas.

Devido à rápida emergência da COVID-19, muitas das medidas de controlo da infeção foram introduzidas de uma só vez, porém tiveram graus variados de adesão nos diferentes países (Aquino et al., 2020).

Inicialmente, alguns países optaram apenas por reduzir o número de pessoas em eventos, reuniões, etc., enquanto que outros determinaram de imediato o encerramento de cinemas, restaurantes, ginásios e locais de culto. A Alemanha, por exemplo, fechou a maioria das lojas não essenciais e estendeu o horário dos supermercados para reduzir o número de afluência em simultâneo; outros países optaram somente por reservar as primeiras horas do dia para os clientes de mais idade e com alto risco para a doença. O Reino Unido, a Holanda, a Suécia e os EUA, por exemplo, relutaram em adotar medidas de distanciamento social, propugnando o isolamento apenas aos casos confirmados de COVID-19 e aos grupos de risco, mas com a evolução da pandemia e o agravamento dos indicadores epidemiológicos, viram-se obrigados a rever as suas políticas e a adotar novas medidas restritivas, tal como os demais (Aquino et al., 2020).

No que diz respeito ao encerramento das escolas, embora esta medida tenha sido adotada por todos os países, existe muita controvérsia na sua implementação pois as crianças raramente adoecem por COVID-19 e ainda não está claro com que frequência desenvolvem infeção assintomática por SARS-CoV-2 e são veículos de transmissão. Embora esta medida possa ter o benefício adicional de contribuir para manter os pais em casa, também pode dificultar a atuação dos pais que são profissionais de saúde e que, neste momento, são extremamente necessários nos serviços; aumenta o número de crianças cuidadas pelos avós idosos; interrompe os programas sociais em vigor, nomeadamente a distribuição de refeições gratuitas a crianças vulneráveis; e, evidentemente, o impacto que esta medida acarreta para a educação formal das crianças, assim como para o seu bem-estar físico e emocional. Por estas razões, na Áustria, Holanda e Inglaterra, as escolas foram fechadas, exceto para os filhos de trabalhadores em setores essenciais, como por exemplo os profissionais de saúde. Na Inglaterra, as crianças em situação de vulnerabilidade também foram excluídas desta proibição e, além disso, o governo decidiu que as escolas poderiam

continuar a fornecer refeições para as crianças que habitualmente as recebiam gratuitamente. Por sua vez, em Singapura, as escolas permaneceram abertas, no entanto, adotaram medidas extra para reduzir os contactos, como a diminuição do número de crianças por turma; a redução das atividades interclasses e entre escolas; o reforço das medidas de higiene e a definição em escala de períodos para intervalos e refeições (Aquino et al., 2020).

Com base nas evidências publicadas ao longo do ano de 2020, embora os estudos disponíveis na literatura científica envolvam a modelagem matemática da transmissão da doença com base em dados observados e a simulação de cenários hipotéticos, é possível concluir que, de todas as medidas adotadas, as de distanciamento são as mais eficazes na redução da transmissão da COVID-19 (Aquino et al., 2020; Hernandez et al., 2020; Zhang, Jiang, Yuan & Tao, 2020).

Um estudo de modelização realizado na China demonstrou que o distanciamento social e o confinamento no epicentro da doença podem reduzir o número de novos casos de infeção em 98,9% (Zhang et al., 2020). Na mesma medida, um estudo de séries temporais interrompidas revelou que o distanciamento social reduziu, em média, em 52,37% a taxa de crescimento dos casos confirmados em doze países da Ásia, da África e da Europa (Hernandez et al., 2020).

Num outro estudo de modelização, que incluíram dados de vinte e oito países (Áustria, Bélgica, Bulgária, Croácia, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido), realizou-se uma série de experiências com recurso à aplicação de quatro intervenções de distanciamento social, nomeadamente o encerramento de escolas, o regime de teletrabalho, maior rigor no isolamento de casos de infeção ou de suspeita de infeção e redução dos contactos interpessoais nas comunidades, e verificou-se que as referidas intervenções são altamente eficazes para achatar a curva epidémica e para reduzir os números máximos de casos diários (Vokó & Pitter, 2020).

No entanto, de acordo com outros estudos, as medidas de distanciamento são mais eficazes quando implementadas em conjugação com outras medidas, do que isoladamente. Por exemplo, um estudo ecológico que incluiu um total de 1 908 197 casos de COVID-19 confirmados com origem em 190 países, no período de 23 de janeiro a 13 de abril de 2020, demonstrou que a combinação do distanciamento com outras medidas, como o uso de máscara obrigatório em público, as restrições de circulação e o isolamento ou quarentena, parecia contribuir para uma maior redução da transmissão da COVID-19 (Bo et al., 2020). De igual modo, uma avaliação sistemática de dezasseis artigos revelou que a conjugação de intervenções, nomeadamente o encerramento de escolas e outras medidas de distanciamento, reduzia a transmissão da COVID-19 (Viner et al., 2020). Além disso, uma

revisão sistemática rápida elaborada pela Cochrane, para aferir a eficácia da quarentena, sozinha ou em combinação com outras medidas de saúde pública, em surtos graves de coronavírus, incluiu vinte e dois artigos de epidemias como o SARS, o MERS e o COVID-19 publicados até 12 de março de 2020, dos quais dez tratavam da atual (Nussbaumer-Streit et al., 2020). E, apesar de os estudos incluídos utilizarem na sua maioria a observação e a modelagem matemática, sendo esta última predominante, permitem concluir que o cumprimento, por si só, da quarentena por parte dos indivíduos que estiveram em contacto com um caso confirmado ou suspeito de COVID-19, pode evitar entre 44% e 96% de novos casos e entre 31% e 76% de mortes, por comparação com a ausência total de medidas. De igual forma, regista-se um efeito positivo da quarentena em indivíduos que viajam de um país com um surto de COVID-19. No entanto, a quarentena em conjugação com outras medidas de prevenção e controlo, tais como o encerramento de escolas, as restrições à mobilidade e o distanciamento social, demonstra ter maior impacto na redução de novos casos do que as medidas que não incluem a quarentena, e até mesmo do que a ausência de medidas. Por outro lado, os resultados desta avaliação sugerem ainda que quanto mais cedo são implementadas as medidas de quarentena, maior é a redução de custos (Nussbaumer-Streit et al., 2020). Para finalizar, numa outra avaliação sistemática semelhante, na qual o principal objetivo foi aferir o impacto da distância física sobre a transmissão do SARS-CoV-2 e de outras infeções, como o SARS-CoV e o MERS-CoV, em simultâneo com outras medidas, nomeadamente o uso de máscara facial e de óculos de proteção ou viseira, os autores verificaram que há uma relação entre manter um distanciamento físico de pelo menos um metro e a redução da transmissão da infeção. Sendo esta eficácia ainda maior quando a distância é de dois metros ou mais (Chu et al., 2020).

Todavia, para além de todas estas medidas atrás referidas, a identificação precoce de casos e surtos de COVID-19 também se tem mostrado fundamental para interromper as cadeias de transmissão e limitar a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 (Aquino et al., 2020).

Por analogia, e há semelhança dos outros países, Portugal, no contexto da infeção pelo novo coronavírus, tem seguido, desde o primeiro momento, as orientações e recomendações emanadas pela OMS e pelo ECDC. Neste contexto, a DGS, enquanto autoridade de saúde nacional, em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Regiões Autónomas (RA), elaborou, em março de 2020, um plano de contingência específico para o novo coronavírus. Designado de “Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)”, este documento é uma referência nacional no que respeita ao planeamento da resposta à COVID-19, e servirá de modelo para a atualização dos planos regionais, locais e institucionais. No entanto, devido à evolução epidemiológica da infeção, este plano de contingência está em contínua

atualização por forma a adequar e flexibilizar as medidas de saúde pública de acordo com a fase de resposta à propagação do vírus (DGS, 2020g).

Pelo Despacho nº 006/2020 de 17/03/2020, foi ativada uma *Task Force*, coordenada pela DGS, que tem como principal missão a centralização de toda a informação epidemiológica e evidência científica pertinente à avaliação e gestão do risco da COVID-19, de forma a promover a operacionalização e a implementação das medidas de prevenção e controlo da infeção, previstas no referido plano de contingência (DGS, 2020h).

A situação excecional que se vive e a contínua proliferação de novos casos de COVID-19 exige, cada vez mais, a aplicação de medidas extraordinárias e de carácter urgente. Exatamente dezasseis dias após ter sido confirmado o primeiro caso de COVID-19 em território nacional, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, a Assembleia da República debateu e aprovou a Resolução n.º 15-A/2020, através da qual autorizou o Presidente da República a declarar estado de emergência nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março de 2020 (Resolução n.º 15-A/2020 de 18 de Março da Assembleia da República).

Esta primeira declaração do estado de emergência, tal como todas as que se seguiram, veio conferir às autoridades a “competência para tomarem as providências necessárias e adequadas ao pronto restabelecimento da normalidade constitucional”, assim como dita a Lei Constitucional n.º 1/2005 nos termos do n.º 8, do artigo 19.º (Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto).

Em sequência, o governo regulamentou a aplicação do estado de emergência, através do Decreto n.º 2-A/2020, retificado pela Declaração de Retificação n.º 11-D/2020, que entrou em vigor às 00h00 do dia 22 de março de 2020, e nos diz que é prioridade do governo prevenir a doença, conter a pandemia, salvar vidas e assegurar que as cadeias de abastecimento fundamentais de bens e serviços essenciais continuam a ser asseguradas. Com efeito, o presente, urge adotar as medidas que são essenciais, adequadas e necessárias para, proporcionalmente, restringir determinados direitos para salvar o bem maior que é a saúde pública e a vida de todos os portugueses. Assim, de uma forma geral, todos os cidadãos passaram a estar sob um dever geral de recolhimento obrigatório, com exceção das situações que, pela sua urgência, sejam inadiáveis. Ficando também acautelada a necessidade de deslocação por razões familiares imperativas, como por exemplo para assistência a pessoas com deficiência, a filhos, a idosos ou a outros dependentes, assim como a circulação para efeitos, por exemplo, de exercício físico, por forma a mitigar os impactos que a permanência constante no domicílio pode ter no ser humano. A adoção do regime de teletrabalho tornou-se obrigatória sempre que as funções em causa o permitam, independentemente do vínculo laboral. E, foram suspensas todas as atividades de comércio e retalho, à exceção de supermercados, padarias, farmácias, pontos de combustível e quiosques, assim como de restaurantes e similares, que passaram

a funcionar apenas em regime de *take-away* (Declaração de Retificação n.º 11-D/2020 de 20 de Março).

A 2 de abril de 2020, com a aprovação da Resolução n.º 22-A/2020, a Assembleia da República autorizou o Presidente da República a renovar a declaração do estado de emergência até ao dia 17 de abril, o que sucedeu, com a publicação do Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020. Na mesma data, o governo regulamentou a aplicação da prorrogação do estado de emergência, através do Decreto n.º 2-B/2020, que revogou o Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março.

Nesta renovação do estado de emergência, entre as novas medidas aprovadas pelo governo está a limitação, no período compreendido entre os dias 9 e 13 de abril, da circulação para fora do concelho de residência habitual dos cidadãos, salvo por motivos de saúde ou por outros motivos de urgência imperiosa. E, no mesmo período de tempo, não são permitidos voos comerciais de passageiros de e para os aeroportos nacionais (Decreto n.º 2-B/2020 de 02 de Abril).

Simultaneamente, no âmbito da emergência de saúde pública ocasionada pela doença COVID-19, o governo propôs também a adoção de medidas excecionais de redução e de flexibilização da execução da pena de prisão e do seu indulto, que, pautadas por critérios de equidade e proporcionalidade, permitem minimizar o risco decorrente da concentração de pessoas no interior dos equipamentos prisionais, assegurar o afastamento social e promover a reinserção social dos reclusos condenados, sem quebra da ordem social e do sentimento de segurança da comunidade. Assim, através da lei n.º 9/2020 de 10 de Abril, foram, excecionalmente, estabelecidas as seguintes medidas: um perdão de penas de prisão; um regime especial de indulto das penas; um regime extraordinário de licença de saída administrativa de reclusos condenados; e a antecipação extraordinária da colocação em liberdade condicional.

Aproximadamente, quarentena e cinco dias depois de ter sido confirmado o primeiro caso de infeção por COVID-19, e um mês após a primeira morte, o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, pela segunda vez consecutiva, propôs a renovação do estado de emergência, e por um período de mais 15 dias, tendo o mesmo início às 00h00 do dia 18 de abril de 2020 e cessando às 23h59 do dia 2 de maio de 2020. Desta forma, através da Resolução n.º 23-A/2020, a Assembleia da República aprovou o Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020, de 17 de abril, regulamentado pelo governo, na mesma data, através da aprovação do Decreto n.º 2-C/2020, que revoga o Decreto n.º 2-B/2020, de 2 de abril.

Com efeito, neste terceiro período de estado de emergência em Portugal, o decreto aprovado pelo governo mantém as medidas já aprovadas. As principais alterações dizem respeito à exceção aberta ao dever de recolhimento obrigatório no dia 1 de maio de forma a permitir a participação dos cidadãos em atividades relativas às celebrações oficiais do

Dia do Trabalhador, embora o mesmo só seja possível mediante a observação das recomendações das autoridades de saúde, designadamente em matéria de distanciamento social, e através de articulação entre as forças de segurança e os parceiros sociais; e ao levantamento da cerca sanitária do concelho de Ovar, mediante a aplicação, contudo, de limitações especiais, incluindo deveres específicos de cumprimento de regras de higiene e segurança pelos estabelecimentos industriais, comerciais e de serviços de empresas, autorizados a funcionar e localizados neste concelho (Decreto n.º 2-C/2020 de 17 de Abril).

Posteriormente, e após uma descida acentuada no número diário de novos casos, a 2 de maio de 2020, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020, aprovada ao abrigo do artigo 19.º da Lei de Bases da Proteção Civil, aprovada, por sua vez, pela Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, Portugal cessa o estado de emergência, passando a vigorar, desde então, o estado de calamidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020 de 30 de Abril).

Porém, o fim do estado de emergência não foi sinónimo do levantamento de todas as restrições. De acordo com o regime da situação de calamidade a que se refere o n.º 2 da resolução supracitada, em vez do dever geral de recolhimento e do dever especial de proteção para determinados grupos que acontecia no estado de emergência, passou a vigorar um dever cívico de recolhimento obrigatório para a população em geral, independentemente da idade ou de uma pessoa apresentar fatores de risco; o teletrabalho continuou a ser obrigatório sempre que possível; continuaram suspensas todas as atividades de comércio e retalho que disponham de uma área de venda ou prestação de serviços superior a 200 metros quadrados, bem como os que se encontrem em conjuntos comerciais, salvo se dispuserem de área igual ou inferior e uma entrada autónoma e independente pelo exterior; os restaurantes e similares puderam manter a sua atividade mas apenas em regime de *take-away*; os serviços públicos retomaram o atendimento presencial mas por marcação; a circulação continuou a ser limitada em determinados momentos; o uso de máscara em espaços públicos fechados passou a ser obrigatório, mantendo-se as recomendações de higiene das mãos e etiqueta respiratória, assim como de distanciamento físico; a prática de atividade física e desportiva em contexto não competitivo e ao ar livre passou a ser possível até cinco elementos desde que asseguradas as condições de distanciamento físico e de higiene; e, os ajuntamentos com mais de dez pessoas continuaram a não são permitidos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020 de 30 de Abril).

Entretanto, a situação de calamidade, no âmbito da pandemia por COVID-19, foi prorrogada, pela primeira vez, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 38/2020, de 15 de maio, e novamente prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 40-A/2020, de 29 de maio, prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 43-B/2020, de 9 de

junho, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 51-A/2020, de 25 de junho, e, por fim, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-A/2020, de 14 de julho.

A aprovação desta última resolução, que dá continuidade ao processo de desconfinamento iniciado a 30 de abril de 2020, declara que a generalidade do território nacional continental se encontra em estado de alerta, sendo exceção a área metropolitana de Lisboa, onde ainda se aplica a situação de contingência, e dezanove freguesias dos concelhos da Amadora, Odivelas, Loures, Sintra e Lisboa que, por serem consideradas as zonas mais problemáticas, ainda vigora a situação de calamidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-A/2020 de 14 de Julho).

No entanto, dada a tendência decrescente do número de novos casos de doença e a melhoria da situação sanitária nestas freguesias, a situação de calamidade deixou de vigorar, sendo declarada apenas a situação de alerta e contingência pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55-A/2020, de 31 de julho, consequentemente prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2020, de 13 de agosto, e posteriormente pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 68-A/2020, de 28 de agosto.

Durante este período de tempo, a tendência decrescente do número de novos casos manteve-se, e o governo relaxou as medidas em vigor. Desta forma, os portugueses puderam circular, ir à praia e até viajar para fora do país, desde que nunca deixassem de cumprir as regras então já bem conhecidas do distanciamento físico, etiqueta respiratória e higienização das mãos.

No entanto, em setembro por se verificar um ligeiro crescimento no número de novos casos diários e, simultaneamente, devido ao início do novo ano letivo escolar, ser expectável o aumento de pessoas em circulação, a título preventivo, o governo pela aprovação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020, de 10 de setembro, declara a situação de contingência a nível nacional, e que foi prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2020, de 24 de setembro.

Em termos gerais, e de acordo com estas resoluções, são renovadas as medidas excecionais e específicas aplicáveis, designadamente, às atividades dos estabelecimentos de comércio a retalho, de prestação de serviços, estabelecimentos de restauração e ao acesso a serviços e edifícios públicos, assim como as restantes medidas adicionais e de exceção indispensáveis à interrupção das cadeias de transmissão da doença COVID-19. De entre as novas medidas adotadas, destacam-se: a proibição de venda de bebidas alcoólicas em postos de abastecimento de combustível e, a partir das 20h00, em todos os estabelecimentos de comércio a retalho, incluindo supermercados e hipermercados; a proibição de consumo de bebidas alcoólicas em espaços ao ar livre de acesso ao público e vias públicas, excetuando-se os espaços exteriores dos estabelecimentos de restauração e bebidas devidamente licenciados para o efeito, embora, neste caso, no período após as 20h00, se admita apenas o consumo de bebidas alcoólicas no âmbito do serviço de

refeições; os estabelecimentos comerciais não podem abrir antes das 10h00, com exceção dos salões de cabeleireiro, barbeiros, institutos de beleza, restaurantes e similares, cafetarias, casas de chá e afins, escolas de condução e centros de inspeção técnica de veículos, bem como ginásios e academias, estando o horário de encerramento dos estabelecimentos fixado entre as 20h00 e as 23h00, conforme decisão municipal; não é permitida a aglomeração de mais de dez pessoas, incluindo dentro de estabelecimentos de restauração ou similares, salvo se pertencerem ao mesmo agregado familiar; em todos os restaurantes, cafés e pastelarias que se localizem num raio de 300 metros a partir de um estabelecimento de ensino ou de uma instituição de ensino superior e em áreas de restauração de centros comerciais é fixado o limite máximo de quatro pessoas por grupo. Por sua vez, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, nas situações em que não seja adotado o regime de teletrabalho, são fixadas regras específicas de organização de trabalho, nomeadamente a adoção de escalas de rotatividade de trabalhadores entre o regime de teletrabalho e o trabalho prestado no local de trabalho habitual, diárias ou semanais, de horários diferenciados de entrada e saída ou de horários diferenciados de pausas e de refeições, assim como a redução de movimentos pendulares, salvo se tal se afigurara manifestamente impraticável (Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2020 de 24 de Setembro).

Tendo em consideração o contínuo agravamento da situação epidemiológica em Portugal, e tornando-se necessário declarar a situação de calamidade em Portugal, as duas últimas resoluções foram revogadas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020, de 14 de outubro. Com efeito, reduz-se o número de concentrações de pessoas de dez pessoas para cinco pessoas; procede-se, igualmente, à limitação do número de pessoas em eventos de natureza familiar; recomenda-se o uso de máscara ou viseira na via pública, bem como a utilização da aplicação móvel STAYAWAY COVID; e ficam proibidos nos estabelecimentos de ensino superior todos os festejos, bem como atividades de natureza lúdica e recreativa (Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020 de 14 de Outubro).

Posteriormente, entrou em vigor a Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020, de 31 de outubro, que renovou a situação de calamidade em todo o território nacional continental, e contempla, além das medidas introduzidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020, de 14 de outubro, as alterações introduzidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-B/2020, de 22 de outubro, que fixou medidas especiais, dada a evolução da respetiva situação pandémica, aplicáveis aos concelhos de Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira (Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020 de 31 de Outubro).

Neste contexto, para a identificação dos concelhos que devem estar sujeitos a medidas especiais, é adotado o critério do ECDC, uniforme para toda a União Europeia, que define como situação de elevada incidência a existência de 240 casos por cada 100 000 habitantes nos últimos 14 dias. Simultaneamente, é fixado um critério de contiguidade territorial, na

medida em que determinados concelhos, apesar de não se integrarem neste critério, se encontram circundados por outros concelhos com um elevado número de casos. Por outro lado, excluem-se, de entre os concelhos que cumprem aquele critério, aqueles em que tal sucede por serem de baixa densidade e terem um foco epidemiologicamente bem determinado, sem se tratar de contágios na comunidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020 de 31 de Outubro).

Assim, pela presente resolução, estabelece-se a reposição do dever cívico de recolhimento domiciliário, determinando-se que os cidadãos se devem abster de circular em espaços e vias públicas, bem como em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas, exceto para o conjunto de deslocações autorizadas. Ademais, em contexto de organização de trabalho, torna-se obrigatório o desfasamento do horário nestes concelhos, bem como a obrigatoriedade de adoção do regime de teletrabalho, sempre que as funções em causa o permitam, nos termos da lei. Os estabelecimentos de comércio a retalho e de prestação de serviços, assim como os que se encontrem em conjuntos comerciais, encerram às 22h00, e os estabelecimentos de restauração não podem ter mesas com mais de seis pessoas, encerrando às 22h30. Determina-se a proibição da realização de celebrações e de outros eventos que impliquem uma aglomeração de pessoas em número superior a cinco pessoas, salvo se pertencerem ao mesmo agregado familiar, e determina-se a proibição da realização de feiras e mercados de levante, salvo autorização emitida pelo presidente da câmara municipal territorialmente competente, caso estejam verificadas as condições de segurança e o cumprimento das orientações definidas pela DGS, sendo permitidas as cerimónias religiosas e determinados espetáculos, sem prejuízo do cumprimento das regras definidas pela DGS. No restante território nacional continental, não abrangido por medidas especiais, continua a aplicar-se o regime da situação de calamidade que se encontrava definido (Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020 de 31 de Outubro).

Na sequência da autorização conferida pela Resolução da Assembleia da República n.º 83-A/2020, de 6 de novembro, foi declarado o quarto estado de emergência, através do Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020 de 6 de novembro, para todo o território nacional, com a duração de 15 dias, o qual, na sequência da autorização concedida pela Resolução da Assembleia da República n.º 87-A/2020, de 20 de novembro, foi renovado por mais 15 dias nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020, de 20 de novembro, regulamentado a nível continental pelo Decreto n.º 9/2020, de 21 de novembro.

Durante este período, com os muito inquietantes números de novos infetados e de falecimentos, o índice de incidência da COVID-19 continua a ser muito elevado e a colocar uma enorme pressão no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e no sistema de saúde em geral, em particular na capacidade de acolhimento em unidades de cuidados intensivos, pelo que, para além das medidas genéricas e fundamentais de higiene pessoal, de uso adequado de máscaras e de distanciamento social, é indispensável renovar o estado de

emergência, para que certas medidas restritivas possam ser também renovadas, mas mais adaptadas à experiência da realidade e mais diferenciadas em função da situação e heterogeneidade em cada município, esperando-se que possam em breve produzir efeitos positivos (Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020 de 20 de Novembro).

Para esta diferenciação foram úteis os critérios definidos pelo ECDC, uma vez que, permitiram o agrupamento dos municípios em níveis de risco. Assim, no que diz respeito aos concelhos de risco moderado, prevê-se que, com exceção dos restaurantes e dos espaços dedicados à cultura e ao desporto, os estabelecimentos encerram entre as 20h00 e as 23h00, podendo o concreto horário de encerramento ser fixado, dentro deste intervalo, pelo presidente da câmara municipal territorialmente competente mediante parecer favorável da autoridade local de saúde e das forças de segurança. Relativamente aos concelhos de risco elevado proíbe-se a circulação diária de cidadãos na via pública no período compreendido entre as 23h00 e as 05h00, acautelando todas as deslocações necessárias ou que se justifiquem. E, prevê-se um dever geral de recolhimento domiciliário nas restantes horas, determinando-se que, com algumas exceções, os estabelecimentos de comércio a retalho e de prestação de serviços, bem como os que se encontrem em conjuntos comerciais, encerram até às 22h00. Por fim, no que toca aos concelhos de risco muito elevado ou extremo risco, proíbe-se a circulação de cidadãos na via pública, aos sábados, domingos e feriados, no período compreendido entre as 13h00 e as 05h00, suspendendo determinadas atividades e acautelando um conjunto de exceções, que inclui, nomeadamente, as deslocações a mercearias e supermercados e outros estabelecimentos de venda de produtos alimentares e de higiene, para pessoas e animais (Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020 de 20 de Novembro).

Pelo Decreto do Presidente da República n.º 61-A/2020, de 4 de dezembro, ao abrigo da autorização concedida pela Resolução da Assembleia da República n.º 89-A/2020, de 4 de dezembro, foi renovado o estado de emergência, regulamentado, a nível nacional, pelo Decreto n.º 11/2020, de 6 de dezembro. Posteriormente, na sequência da autorização concedida pela Resolução da Assembleia da República n.º 90-A/2020, de 17 de dezembro, o estado de emergência foi novamente renovado, por mais 15 dias, pelo Decreto do Presidente da República n.º 66-A/2020, de 17 de dezembro. Esta renovação do estado de emergência foi regulamentada pelo governo, através do Decreto n.º 11-A/2020, de 21 de dezembro, que alterou e republicou o Decreto n.º 11/2020, de 6 de dezembro.

Tendo em consideração que se avizinha o Natal e o Ano Novo, o Decreto n.º 11/2020, de 6 de dezembro, mantém as regras vigentes até então, no entanto, estabelece medidas especiais para estes períodos festivos. Assim, embora se mantenham proibidos os ajuntamentos na via pública com mais de seis pessoas, e seja necessário manter todas as regras de distanciamento físico, etiqueta respiratória e higienização das mãos, no período de Natal foi permitida a circulação entre concelhos, bem como a circulação na via pública na noite de 23 para 24 para quem se encontra em viagem, nos dias 24 e 25 até às 02h00 do

dia seguinte e no dia 26 até às 23h00. Aos estabelecimentos de restauração e similares foi permitido o seu funcionamento até à 01h00 nas noites de 24 e 25 e no dia 26 até às 15h30 nos concelhos de risco muito elevado e extremo. Por sua vez, no período de ano novo, a circulação entre concelhos ficou proibida entre as 00h00 do dia 31 até às 05h00 do dia 4 de janeiro de 2021, a circulação na via pública a partir das 23h00 do dia 31 de dezembro de 2020 também ficou proibida, sendo permitida apenas até às 13h00 dos dias 1,2 e 3 de janeiro de 2021. Na noite do 31 de dezembro, em todo o território nacional continental, os estabelecimentos de restauração e similares, independentemente da sua localização, puderam funcionar até às 22h30, mas nos dias 1,2 e 3 de janeiro de 2021 o seu funcionamento só foi permitido até às 13h00 (Decreto n.º 11/2020 de 6 de Dezembro).

Contudo, após os convívios nestas épocas festivas o número de novos casos voltou a subir, lançando a nação para uma terceira onda da pandemia, obrigando, mais uma vez, à renovação do estado de emergência através da Resolução da Assembleia da República n.º 1-A/2021, de 6 de janeiro, que foi formalizada pelo Decreto do Presidente da República n.º 6-A/2021, de 6 de janeiro, com a duração de 8 dias. Esta renovação do estado de emergência foi regulamentada pelo governo, através do Decreto n.º 2-A/2021, de 7 de janeiro e determinou que, não obstante a situação verificada, às medidas em vigor acresce apenas a proibição de circulação entre concelhos no período entre as 23h00 do dia 8 de janeiro de 2021 e as 05h00 do dia 11 de janeiro de 2021, uma vez que o tempo decorrido desde o início deste aumento, e tendo em conta que ele sucede depois de um período de menor testagem, ainda não é suficiente para avaliar a efetiva situação epidemiológica (Decreto n.º 2-A/2021 de 7 de Janeiro).

Todavia, depois de uma intensa polémica sobre as medidas adotadas pelo governo nesta fase, através da Resolução da Assembleia da República n.º 1-B/2021, de 13 de janeiro, foi renovada, por mais 15 dias, a declaração do estado de emergência, tendo essa renovação sido formalizada através do Decreto do Presidente da República n.º 6-B/2021, de 13 de janeiro, e regulamentada, pelo governo, a nível nacional através do Decreto n.º 3-A/2021, de 14 de janeiro, alterado pelo Decreto n.º 3-B/2021, de 19 de janeiro, e pelo Decreto n.º 3-C/2021, de 22 de janeiro.

Assim, de forma a responder ao aumento do número de novos casos de contágio por SARS-CoV-2, através do Decreto n.º 3-A/2021, de 14 de janeiro foram recuperadas soluções já adotadas durante os meses de março e abril de 2020, nomeadamente a obrigatoriedade do regime de teletrabalho; o encerramento de todos os serviços não essenciais, assim como o funcionamento dos restaurantes e similares em regime de *take-away*; os serviços públicos mantiveram o seu funcionamento mas condicionado ao agendamento prévio, paralelamente foi reforçada a prestação de serviços através dos meios digitais e dos centros de contacto com os cidadãos e as empresas; no que respeita à atividade física e desportiva, passaram apenas a ser permitidos os desportos individuais ao ar livre; e por fim, a realização de celebrações e outros eventos foi proibida, à exceção de cerimónias

religiosas incluindo celebrações comunitárias, e de eventos no âmbito da campanha eleitoral e da eleição do Presidente da República. De referir ainda que, na medida em que se realiza a eleição do Presidente da República durante o período em que vigora este decreto, estabeleceram-se medidas que permitiram a realização da campanha eleitoral e os atos associados aos dias das eleições, seja no dia da votação seja nos dias de votação antecipada em mobilidade, de forma a assegurar o livre exercício do direito de voto (Decreto n.º 3-A/2021 de 14 de Janeiro).

O Decreto n.º 3-B/2021, de 19 de janeiro, para além de acrescentar novas medidas, veio clarificar medidas já definidas. Desta forma, é de salientar a proibição de circulação entre concelhos aos fins de semanas; a necessidade de modo a reforçar a obrigatoriedade do teletrabalho passa a ser necessária a emissão de uma declaração pela entidade empregadora ou equiparada para todos aqueles que necessitem de se deslocar por não se poderem enquadrar no modo de teletrabalho; o encerramento de parques e jardins, assim como das universidades seniores, dos centros de dia e dos centros de convívio para idosos; determinando-se ainda que todos os estabelecimentos que mantenham a sua atividade devem encerrar às 20h00 aos dias úteis e às 13h00 aos fins de semana e feriados, com exceção dos estabelecimentos do comércio de retalho alimentar, os quais poderão, se assim pretenderem, encerrar às 17h00 (Decreto n.º 3-B/2021 de 19 de Janeiro).

Por sua vez, o Decreto n.º 3-C/2021, de 22 de janeiro, veio acrescentar a suspensão de todas as atividades educativas e letivas dos estabelecimentos de ensino públicos, particulares e cooperativos e do setor social e solidário, de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, a partir do dia 22 de janeiro e, pelo menos, até ao dia 5 de fevereiro de 2021, caso se verifique a renovação do estado de emergência. A referida suspensão diz igualmente respeito às atividades de apoio à primeira infância; às atividades de apoio social desenvolvidas em centros de atividades ocupacionais, centros de dia, centros de convívio, centros de atividades de tempos livres e universidades seniores; assim como às atividades letivas e não letivas presenciais nas instituições de ensino superior, sem prejuízo das épocas de avaliação em curso. E, de igual modo, são encerradas todas as atividades de tempos livres, todos os estabelecimentos de dança e de música, bem como todas as atividades desportivas escolares (Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro).

Paralelamente, e não obstante a suspensão das atividades acima mencionadas, o referido decreto prevê a adoção das medidas que sejam necessárias para a prestação de apoios alimentares a alunos beneficiários dos escalões A e B da ação social escolar. E, à semelhança do que ocorreu em março de 2020, fica igualmente definido que deve proceder-se à identificação dos estabelecimentos de ensino, creches, creches familiares ou amas que promovam o acolhimento dos filhos ou outros dependentes a cargo dos trabalhadores de serviços essenciais, cuja mobilização ou prontidão para o serviço obste a que prestem assistência aos mesmos (Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro).

Ficam igualmente suspensas as atividades formativas desenvolvidas em regime presencial realizadas por entidades formadoras de natureza pública, privada, cooperativa ou social, não obstante, pode ser excecionalmente substituída formação no regime à distância sempre que estiverem reunidas condições para o efeito (Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro).

No que concerne aos serviços públicos, é determinado o encerramento das Lojas de Cidadão, mantendo-se, no entanto, o atendimento presencial, mediante marcação, na rede de balcões dos diferentes serviços, mantendo-se igualmente a prestação desses serviços através dos meios digitais e dos centros de contacto com os cidadãos e as empresas (Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro).

Os centros de inspeção técnica de veículos passam a poder funcionar apenas mediante marcação. E, por fim, os centros de exame encerram, bem como os estabelecimentos de comércio de velocípedes, veículos automóveis e motociclos (Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro).

A 11 de março de 2020, apesar de a situação epidemiológica verificada em Portugal apresentar uma evolução favorável, ainda se justificou a renovação do estado de emergência, o que sucedeu por via do Decreto do Presidente da República n.º 25-A/2021, de 11 de março, na sequência da autorização concedida através da Resolução da Assembleia da República n.º 77-B/2021, de 11 de março. Renovação esta regulamentada, a nível nacional, pelo governo, através do Decreto n.º 4/2021, de 13 de março.

Neste contexto, e depois de ouvida a comunidade científica, foi finalmente anunciado o plano de desconfinamento, embora gradual, para os próximos meses. Assim, pelo presente decreto, nesta primeira fase, mantém-se a proibição de circulação entre concelhos no fim de semana de 20 e 21 de março, a qual, atendendo à contenção exigida para deslocações no período da Páscoa, é aplicável continuamente a partir do dia 26 de março; dá-se a retoma das atividades educativas e letivas em regime presencial, nos estabelecimentos de ensino públicos, particulares e cooperativos e do setor social e solidário, de educação pré-escolar e do 1.º ciclo do ensino básico, bem como da creche, creche familiar e ama, e ainda, para as crianças e os alunos que retomam as atividades educativas e letivas, atividades de apoio à família e de enriquecimento curricular, das atividades prestadas em centros de atividades de tempos livres e centros de estudo e similares. A partir do dia 15 de março, os estabelecimentos de bens não essenciais passam a poder vender ao postigo ou através de serviço de recolha de produtos adquiridos previamente através de meios de comunicação à distância. Adicionalmente, passa também a permitir-se a disponibilização de bebidas em *take-away*, mantendo-se a proibição de refeições, produtos ou bebidas à porta do estabelecimento ou nas suas imediações. Permite-se, de igual modo, o funcionamento, mediante marcação prévia, dos salões de cabeleireiro, barbeiros, institutos de beleza e estabelecimentos similares. Determina-se a abertura de

estabelecimentos de comércio de livros e suportes musicais, bibliotecas e arquivos, comércio de automóveis e velocípedes e serviços de mediação imobiliária. Adicionalmente, deixa de ser vedada a permanência em parques, jardins, espaços verdes e espaços de lazer, bancos de jardim e similares, sem prejuízo das competências dos presidentes de câmara municipal. Por fim, é levantada a proibição das deslocações para fora do território continental, efetuadas por qualquer via, designadamente rodoviária, ferroviária, aérea, fluvial ou marítima, por parte de cidadãos portugueses, sem prejuízo do controlo de fronteiras terrestres e fluviais que continua a ser aplicável (Decreto n.º 4/2021 de 13 de Março).

A segunda fase de desconfinamento, regulamentada a nível nacional, através dos Decretos n.º 5/2021, de 28 de março, e n.º 6/2021, de 3 de abril, na sequência da renovação do estado de emergência autorizada através do Decreto do Presidente da República n.º 31-A/2021, de 25 de março, através da Resolução da Assembleia da República n.º 90-A/2021, de 25 de março, determina a proibição de circulação para fora do concelho do domicílio, diariamente, entre as 00h00 do dia 26 de março e as 23h59 do dia 05 de abril; as atividades letivas dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico são retomadas, com início a 05 de abril, em regime presencial, nos estabelecimentos de ensino públicos, particulares e cooperativos e do setor social e solidário, estabelecendo-se também, para os alunos que retomam ou tenham retomado as atividades letivas e educativas, o levantamento da suspensão das atividades, em regime presencial, de apoio à família e de enriquecimento curricular, bem como atividades prestadas em centros de atividades de tempos livres e centros de estudo e similares; são ainda retomadas as atividades de equipamentos sociais na área da deficiência, designadamente nos centros de atividades e capacitação para a inclusão, e as atividades de apoio social desenvolvidas em centros de dia; podem retomar a sua atividade os estabelecimentos de comércio a retalho e de prestação de serviços em estabelecimentos abertos ao público que disponham de uma área de venda ou prestação de serviços inferior a 200 metros quadrados e que tenham entrada autónoma e independente pelo exterior; procede-se igualmente à abertura de estabelecimentos de restauração e similares para serviço em esplanadas abertas, com um limite de quatro pessoas por grupo; os ginásios e academias podem voltar a funcionar, desde que sem aulas de grupo, e a atividade física e desportiva de baixo risco é permitida, nos termos das orientações específicas da Direção-Geral da Saúde; são abertos os museus, monumentos, palácios e sítios arqueológicos ou similares, nacionais, regionais e municipais, públicos ou privados, bem como as galerias de arte e as salas de exposições; e por fim, a realização de feiras e mercados deixa de estar proibida (Decreto n.º 5/2021 de 28 de Março; Decreto n.º 6/2021 de 3 de Abril).

Por fim, na sequência da autorização concedida através da Resolução da Assembleia da República n.º 114-A/2021, de 14 de abril, o estado de emergência voltou a ser renovado, através do Decreto do Presidente da República n.º 41-A/2021, de 14 de abril. Esta

prorrogação foi regulamentada, a nível nacional, pelo governo, através dos Decretos n.º 6-A/2021, de 15 de abril, e 7/2021, de 17 de abril. Assim, até ao dia 18 de abril mantém-se a vigência do Decreto n.º 6/2021, de 3 de abril, a partir do dia 19 de abril, de uma forma geral, são retomadas, em regime presencial, as atividades letivas do ensino secundário e superior; permite-se a abertura das lojas que, pela sua dimensão, ainda se encontravam encerradas e, ainda, todas as que se localizem em centros comerciais; passa a admitir-se atendimento no interior dos restaurantes, cafés e pastelarias, embora com o limite máximo de quatro pessoas por mesa no seu interior, sendo também fixado um novo limite de seis pessoas por mesa em esplanadas; reabrem também os cinemas, teatros, auditórios e salas de espetáculos; as Lojas de Cidadão passam a efetuar atendimento presencial por marcação; fica autorizada, nos termos definidos pela Direção-Geral da Saúde, a prática de modalidades desportivas de médio risco e a atividade física ao ar livre até seis pessoas; passa a ser possível a realização de eventos exteriores, embora com diminuição de lotação, bem como a realização de casamentos e batizados com um limite máximo de 25 % de lotação permitida (Decreto n.º 6-A/2021 de 15 de Abril; Decreto n.º 7/2021 de 17 de Abril).

Depois do dia 30 de abril de 2021 o estado de emergência não foi renovado, pelo que, a partir de 1 de maio de 2021, passou a vigorar a situação de calamidade, decretada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 45-C/2021, de 29 de abril, entretanto alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46-C/2021, de 6 de maio, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 59-B/2021, de 13 de maio, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 62-A/2021, de 20 de maio, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 64-A/2021, de 27 de maio, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2021, de 2 junho, e pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 74-A/2021, de 9 de junho, e que se manterá em vigor até às 23h59m do dia 27 de junho de 2021. Paralelamente, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-B/2021, de 2 de junho, o governo aprovou as novas fases no âmbito da estratégia gradual de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID-19.

2. INFEÇÃO POR SARS-COV-2: PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

A pandemia por COVID-19, considerada a mais grave crise sanitária à escala global neste primeiro quarto do século XXI, para além das já conhecidas repercussões epidemiológicas e do impacto na saúde global das populações, têm vindo a impor uma nova forma de vida, quer no plano individual quer em sociedade (Kazlauskas & Quero, 2020), e como tal, estima-se que poderá originar um elevado nível de sofrimento psicológico, o que, naturalmente, acarreta uma série de riscos e repercussões na esfera da saúde mental, tanto na população em geral como, em particular, nos grupos mais vulneráveis, como os profissionais de saúde ou os grupos populacionais com perturbação mental prévia (Afonso & Figueira, 2020; Nascimento et al., 2020).

2.1. Breve revisão sobre as evidências de investigação

A necessidade de implementar medidas de distanciamento social, como o isolamento e a quarentena, para mitigar a pandemia na comunidade mundial, assim como a perda de atividades educativas e laborais, associadas ao medo da doença, da morte e da incerteza quanto ao futuro são todos fatores de stress psicológico significativo (Nascimento et al., 2020) e, quando prolongados no tempo, poderão contribuir para o desenvolvimento de condições mais graves, e até incapacitantes, no campo da saúde mental, nomeadamente perturbações de ansiedade, pânico e trauma (Fiorillo & Gorwood, 2020).

Estudos realizados em contextos epidémicos anteriores, como são o caso da SARS, da MERS, da Gripe A e do Ébola, demonstraram que o impacto negativo na saúde mental e bem-estar dos indivíduos que foram sujeitos a medidas de saúde pública de contenção é considerável, com efeitos imediatos mas também a longo prazo, e estende-se desde a manifestação de *distress* psicológico, à sintomatologia ansiosa e depressiva, e à incidência de PSPT (Cheng, Wong, Tsang & Wong, 2004; Reynolds et al., 2008; Jeong et al., 2016) estando ainda associado a um aumento de risco para o abuso de álcool (Wu et al., 2008) e tentativas de suicídio (Okusaga et al., 2011). Por outro lado, a experiência psicológica das medidas de distanciamento social impostas parece conduzir a um aumento de comportamentos de evitamento, como por exemplo, o evitamento de locais públicos, a mudança de hábitos sociais, o reforço do comportamento vigilante relativamente ao risco de infeção, etc. (Afonso & Figueira, 2020).

Num estudo realizado por Hawryluck et al. (2004), que visa o estudo dos efeitos psicológicos da quarentena por SARS-CoV em Toronto (Canadá), é possível verificar a existência de uma correlação significativa entre a duração da quarentena e a manifestação de sintomatologia de PSPT, uma vez que, aos indivíduos que haviam sido sujeitos a períodos mais longos de quarentena foram associados níveis mais elevados de sintomas de PSPT, o que sugere que a quarentena por si só poderá ser percebida como um evento traumático. Similarmente, no seu estudo de coorte, Reynolds et al. (2008) mostra que

períodos de quarentena mais prolongados aparentam estar associados com uma saúde mental mais debilitada, particularmente pela manifestação de sintomas de PSPT.

Na mesma perspetiva, no estudo realizado por Cheng et al. (2004), que englobou uma amostra de 425 sobreviventes adultos da SARS em Hong Kong, os autores relatam que, num total de 180 respostas válidas, aproximadamente dois terços manifestaram, pelos menos, *distress* psicológico moderado pouco depois de terem tido alta hospitalar, e destes cerca de 35% apresentavam sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, categorizada nos níveis mais elevados de intensidade (moderada e/ou grave). Um estudo semelhante, desenvolvido por Wu, Chan & Ma (2005), revela que, para além da sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, entre 10 a 18% dos 195 participantes manifestaram sintomatologia de PSPT, estando a gravidade dos sintomas associada à alta perceção de ameaça à vida e ao baixo suporte emocional.

Por sua vez, num estudo de *follow-up* de quatro anos realizado em Hong Kong após a epidemia de SARS em 2003, Lam et al. (2009) verificou que entre as 181 pessoas clinicamente recuperadas da infeção e que participaram em entrevistas de acompanhamento, seis (3,3%) tinham histórico de doença psiquiátrica e, durante o período de acompanhamento, setenta e sete (42,5%) experimentaram pelo menos uma situação de perturbação mental. Sendo que os diagnósticos mais comuns foram a PSPT (54,5%), a perturbação depressiva (39%), a perturbação de dor somatoforme (36,4%), a perturbação de pânico (32,5%) e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) (15,6%).

Também durante o surto de Ébola, que atingiu sobretudo países da África Ocidental entre 2013 e 2016, o colapso do sistema social devido ao curso traumático da doença em termos de sintomatologia e mortalidade induziu nos sobreviventes e na comunidade sofrimento psicológico, e com caracter duradouro (Van Bortel et al., 2016).

No contexto atual, apesar da infeção por SARS-CoV-2 ser um fenómeno relativamente recente, já existem algumas investigações realizadas que visam avaliar o impacto deste contexto pandémico na saúde mental e bem-estar da população. Assim, com base na evidência e literatura disponível, é possível perceber que a pandemia por COVID-19, pela sua dimensão global e pelas medidas de restrição implementadas, tem impacto na saúde mental e no bem-estar da população em geral, podendo levar a um aumento de sintomatologia de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico, PSPT e perturbações do sono, assim como à agudização de situações de vulnerabilidade social e eventualmente ao suicídio. E, de entre os fatores que conduzem à vulnerabilidade psicológica incluem-se o medo, o isolamento, a frustração, a falta de bens essenciais, a informação desadequada, a perda de rendimentos ou do emprego e o estigma (Ladeia et al., 2020).

Também a limitação das visitas hospitalares e a realização de cerimónias fúnebres com limitação à participação dos familiares mais próximos durante a pandemia por COVID-19, tem acarretado um enorme sofrimento para todos aqueles que perdem os seus familiares e

amigos, pois se por um lado se veem privados de se despedirem de quem amam, por outro, o habitual consolo do luto feito em comunidade não tem existido (Afonso, 2020; Nascimento et al., 2020).

Um estudo transversal realizado na China, durante o período de quarentena implementado no final de janeiro de 2020, permitiu concluir que dos 2331 participantes, 762 (32,7%) experimentaram sintomatologia de ansiedade elevada (25,4%) ou depressão (21,3%). E, em consonância com a literatura existente, de entre os fatores associados a esta sintomatologia destacam-se as dificuldades económicas decorrentes desta pandemia; o medo de ser infetado ou de infetar os outros, bem como o medo de ter uma forma da doença grave e poder vir a morrer; o sedentarismo; a má qualidade do sono; ser doente oncológico ou ter antecedentes de uma doença crónica ou, por sua vez, ter familiares nesta condição; o ser jovem adulto; e o morar sozinho, ou em oposição o integrar um agregado familiar onde prevalecem divergências entre os vários elementos que o constituem (Guo et al., 2020). Resultados semelhantes foram observados por Huang & Zhao (2020), na sua pesquisa transversal, que objetiva avaliar a carga de saúde mental na população chinesa durante o surto de COVID-19 através da aplicação de um questionário eletrónico de autopreenchimento, concluíram que 35,1%, 20,1% e 18,2% da totalidade da amostra manifestaram, respetivamente, sintomas de ansiedade, depressão e má qualidade do sono. Sendo que foi na população mais jovem que se verificou uma prevalência significativamente maior de sintomas de ansiedade e depressão, e no grupo dos profissionais de saúde uma má qualidade do sono.

E, é ainda no grupo dos profissionais de saúde, principalmente naqueles que no decurso da pandemia por COVID-19 tem estado na linha da frente a cuidar de doentes infetados com SARS-CoV-2, que se evidenciam sinais significativamente mais elevados não só de *burnout* (exaustão física e emocional) (Barello, Palamenghi & Graffigna, 2020; Matsuo et al., 2020) como também de manifestações psicossomáticas (Afonso & Figueira, 2020) e perturbações depressivas e de ansiedade (Lai et al., 2020). Sendo que, com o tempo, podem surgir comportamentos de risco, como o abuso de substâncias (ansiolíticos, hipnóticos, tabaco, álcool, entre outras) e, nas situações de maior gravidade, pode dar-se o aparecimento ou o agravamento de pensamentos e/ou comportamentos suicidas (Afonso & Figueira, 2020).

Neste enquadramento, e de acordo com a revisão da literatura realizada, entre os principais fatores promotores de sofrimento psicológico neste grupo profissional podemos destacar a falta de conhecimento científico sobre a doença associada à falta de suporte organizacional, nomeadamente através da escassez de equipamentos de proteção individual e de recursos humanos, assim como pela incerteza sobre os procedimentos clínicos e as tomadas de decisão mais efetivas (Nascimento et al., 2020); a elevada carga de trabalho e a pressão observada nos serviços dedicados aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (Afonso & Figueira, 2020), sem esquecer a preocupação sobre a

própria saúde e o medo de contagiar familiares, assim como a falta de apoio psicoemocional (Ren et al., 2020).

Outro grupo particularmente vulnerável aos efeitos da COVID-19 é o dos indivíduos com perturbações mentais prévias, dos quais se destacam os doentes com sintomatologia psicótica, obsessivo-compulsiva ou somática, e ainda aqueles previamente expostos a eventos traumáticos. Sendo que, de todos, os doentes com POC são, talvez, um dos grupos mais afetados por esta situação (Nascimento et al., 2020).

Para Gao et al. (2020) as informações e notícias constantes sobre a COVID-19 na televisão, rádio e mídia social em associação com as medidas de saúde pública implementadas, nomeadamente o distanciamento social; a quarentena e, particularmente, o reforço das medidas de higiene e desinfecção das mãos, espaços e superfícies, terão sido o agente stressante para este vulnerável grupo, especialmente para aqueles com sintomas de contaminação e limpeza compulsiva pré-existentes.

De acordo com French & Lyne (2020), a atual situação pandémica traduz-se num perigo iminente para esta coorte de doentes pois, suscitados pela possibilidade de serem infetados por SARS-CoV-2, o medo obsessivo de contaminação existente em algumas pessoas poderá ser alimentado, agravando assim sintomas de ansiedade e angústia e comportamentos compulsivos de limpeza, de modo a evitar o perigo.

Embora os dados científicos sejam escassos, um estudo de Davide et al. (2020), envolvendo trinta doentes com POC em tratamento nos últimos seis meses antes da quarentena por COVID-19, demonstra, de acordo com a *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS), um agravamento significativo da severidade dos sintomas entre o antes e após seis semanas desde o início da quarentena, sendo que quatro dos doze doentes em remissão apresentaram retorno a sintomatologia clínica significativa, com pontuação total de gravidade Y-BOCS superior a dezasseis. Simultaneamente, Matsunaga, Mukai & Yamanishi (2020), numa amostra de sessenta doentes com POC em remissão parcial ou completa antes da pandemia por COVID-19, verificou surgimento ou exacerbação de sintomas em quatro participantes (6,7%) e deterioração da severidade dos sintomas em seis (10%). Por fim, um estudo multicêntrico realizado por Benatti et al. (2020), com uma amostra de 123 doentes seguidos em ambulatório por POC, encontrou agravamento clínico em 35,8% dos participantes, com aumento significativo de obsessões e compulsões novas e o agravamento das prévias. Além disso, foram encontrados com maior frequência a experiência de ideação suicida, aumento da verificação da Internet, distúrbios do sono, comportamentos de evitação e dificuldades de trabalho.

Sumariamente, a pandemia está a criar necessidades ao nível da saúde mental às quais é necessário dar resposta. Com efeito, de forma a mitigar o sofrimento psicológico e os múltiplos desafios que se adivinham nesta área, torna-se necessário uma reestruturação dos serviços de saúde e, neste sentido, várias diligências têm sido direcionadas para o

desenvolvimento e implementação de programas de rastreio e intervenção precoce, que visem não apenas os efeitos agudos, mas também os efeitos a longo prazo ou crónicos decorrentes desta pandemia (Nascimento et al., 2020).

Em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), através do Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis (DPS), em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (ISAMB/FMUL) e a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), ao abrigo do programa RESEARCH4COVID da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), promoveu o “Projeto Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID19 (SM-COVID19)” que visa avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar da população em geral, inclusivamente dos cidadãos em quarentena ou isolamento por suspeita ou com diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, e dos profissionais na linha da frente, nomeadamente os profissionais de saúde, a fim de identificar fatores modificáveis de resiliência ou de deterioração da saúde mental e produzir recomendações com medidas no sentido de promover a saúde mental dos grupos vulneráveis, assim como para uma orientação dos serviços de saúde mental e dos cuidados de saúde primários (Almeida et al., 2020).

Para efeitos deste estudo, através de um questionário estruturado online, de autopreenchimento, que avaliou de forma estruturada diferentes dimensões da saúde mental e bem-estar, tais como bem-estar geral, ansiedade, stress pós-traumático, depressão, *burnout*, consumos e adições, resiliência, presentismo e suporte social percebido, no período de 22 de maio a 20 de julho de 2020, foram considerados 6079 questionários de um total de 6859, dos quais 2097 dizem respeito a profissionais de saúde com atividade em território nacional. Sendo que, numa perspetiva sociodemográfica, a maioria dos participantes tem entre 30 e 59 anos de idade, são do sexo feminino e residem na área metropolitana de Lisboa (38,2%) e na região norte (26,6%) (Almeida et al., 2020).

No que diz respeito aos resultados e conclusões, o relatório final deste estudo indica taxas elevadas de perturbações em saúde mental na população em geral, com 33,7% de sofrimento psicológico, 27% de sintomas de ansiedade moderada a grave, 26,4% de sintomas de depressão moderada a grave e 26,5% de stress pós-traumático. E são sobretudo as mulheres, os jovens adultos e os indivíduos que têm um rendimento mais baixo ou que se encontram em situação de desemprego aqueles que apresentam mais frequentemente sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas. Por sua vez, nos indivíduos que estiveram em quarentena ou em isolamento, 72% reportaram sofrimento psicológico, 56% sintomas de depressão moderada a grave, 36% sintomas de ansiedade moderada a grave e 43% stress pós-traumático. Porém, dos indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos 92% referiram sintomas de ansiedade moderada a grave (Almeida et al., 2020).

No que aos profissionais de saúde diz respeito, verificou-se que 44,8% apresentam sofrimento psicológico, 30,8% sintomas de ansiedade moderada a grave, 28,4% sintomas de depressão moderada a grave e 26,2% stress pós-traumático. E, há semelhança de outros estudos, são sobretudo aqueles que estão a tratar doentes com COVID-19 (27%) os que apresentam taxas de ansiedade moderada a grave (42%) e níveis de *burnout* (43%) mais elevados. Entretanto, no que se refere a outros grupos profissionais, destaca-se uma maior percentagem de indivíduos em *burnout* entre os profissionais em lares de idosos (43%), profissionais da área de atendimento ao público (38%) e operários fabris (36%) (Almeida et al., 2020).

E, face ao futuro após a pandemia, a maior parte dos indivíduos revela preocupação em não saber quando haverá um tratamento ou uma vacina eficaz (89%) e com a possibilidade de o país entrar numa crise económica muito grave (96%), sem esquecer a preocupação com o facto de não conseguirem recuperar o rendimento que tinham antes da pandemia (75%) e da sua forma de viver não voltar a ser a mesma que era antes (79%) (Almeida et al., 2020).

No entanto, apesar do exposto, os resultados do estudo SM-COVID19 indicam que mais de 40% do total dos participantes sente-se otimista em relação ao futuro. E, cerca de um terço dos participantes revela um nível elevado de resiliência, sendo que a percentagem de indivíduos com sintomas de ansiedade moderada a grave é mais baixa entre aqueles que conseguiram manter passatempos, hobbies e uma rotina diária (na hora de deitar, refeições, trabalho, etc.) pelo que, sendo esta associação significativa, estes serão potenciais fatores protetores da saúde mental (Almeida et al., 2020).

2.2. Ansiedade e sintomatologia depressiva

Autores como Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira (2015) enfatizam que, apesar de a ansiedade e a depressão serem distintas do ponto de vista conceptual, na prática clínica estes dois constructos apresentam uma estreita relação, tornando-se difícil de separar ambas as entidades nosológicas, não só pelas semelhanças a nível fisiopatológico e terapêutico, mas também por a ansiedade poder estar na base do desenvolvimento da depressão ou, em contrapartida, a ansiedade poder surgir como componente de outras perturbações, sendo a depressão um exemplo desta morbilidade.

A este propósito existem autores que referem não existir depressão sem ansiedade, nem ansiedade sem depressão, ainda assim são problemas de saúde mental diferentes e, na prática da Enfermagem Psiquiátrica, torna-se particularmente útil compreender estas problemáticas de forma distinta para não comprometer o correto diagnóstico e, consequentemente, o plano e a evolução do tratamento (Pinheiro, 2018).

Assim, no que diz respeito à ansiedade, há vários anos que diversos autores se têm debruçado sobre a definição desta problemática. Landré-Beauvais, em 1813, definiu a

ansiedade como um certo mal-estar, inquietude e agitação excessiva. Já Darwin, em 1873, mencionou que a ansiedade era comum a todas as espécies animais e funcionava como um mecanismo adaptativo para lidar com as ameaças e lutar pela sobrevivência (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Nesta perspectiva, todos os indivíduos, em algum momento das suas vidas, já experienciaram estados de ansiedade, os quais podem ser pautados por sintomas físicos e psicológicos como alterações do sono, alterações do apetite, dificuldades de concentração, inquietação e sintomas físicos como o aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, palpitações, suores, urgência urinária, entre outros, contudo sem efeito duradouro (Pinheiro, 2018).

A ansiedade é assim considerada uma emoção normal, comum na experiência humana, que medeia a interação do indivíduo com o meio ambiente (Pinheiro, 2018). É uma resposta transitória e adaptativa a uma ameaça e, muitas vezes, é isso que prepara o organismo para reagir perante determinada situação, é a chamada “luta ou fuga” essencial para o desempenho do indivíduo, sendo vital para a sua sobrevivência (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Contudo, apesar deste carácter normativo, a ansiedade quando em excesso torna-se prejudicial ao organismo, pois fará com que este permaneça em constante estado de alerta causando intenso sofrimento psíquico, configurando, assim, as patologias designadas como transtornos ou perturbações da ansiedade (Araújo, 2011), que se caracterizam por respostas exageradas e desproporcionais em relação à situação que a gere, resultando frequentemente num acentuado comprometimento funcional na vida profissional, familiar e social do indivíduo (Townsend, 2011).

De acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), os transtornos de ansiedade incluem o “transtorno de ansiedade de separação”, “mutismo seletivo”, “fobia específico”, “transtorno de ansiedade social (fobia social)”, “transtorno de pânico”, “agorafobia”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento”, “transtorno de ansiedade devido a outra condição médica”, “outro transtorno de ansiedade especificado” e “transtorno de ansiedade não especificado”, e todos têm em comum um sentimento de ansiedade exacerbado que se prolonga durante pelo menos seis meses, diferindo entre si consoante as situações ou objetos que incitam o medo, a ansiedade, os comportamentos de fuga e a associação que fazem entre eles podendo ser distinguidas em vários níveis tendo em consideração os sintomas apresentados e as respostas comportamentais (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014).

Com base na décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os episódios caracterizados essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada integram o grupo F40-48 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes) na categoria F41 (outros transtornos ansiosos), e englobam o transtorno de pânico (F41.0), a ansiedade generalizada (F41.1), o transtorno misto ansioso

e depressivo (F41.2), outros transtornos ansiosos mistos (F41.3), outros transtornos ansiosos especificados (F41.8) e o transtorno ansioso não especificado (F41.9). E, estes transtornos, podem ainda ser acompanhados de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves (OMS, 2000).

Por sua vez, e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a ansiedade é definida como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (*International Council of Nurses* [ICN], 2017). E, para o seu diagnóstico o enfermeiro deve subsidiar-se da análise de dados recolhidos diretamente, por observação, e/ou indiretamente, através de escalas e/ou indicadores específicos, sendo da competência do mesmo a tomada de decisão sobre os instrumentos necessários para um diagnóstico de enfermagem preciso (Carvalho & Sequeira, 2005).

Contudo, uma vez que esta é uma emoção subjetiva, na medida em que é experienciada por cada pessoa de uma maneira particular e tendo por base a sua experiência prévia, o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” é considerado como um dos mais difíceis de identificar e quantificar (Carvalho & Sequeira, 2005). Como tal, as intervenções de enfermagem e o seu potencial de viabilizarem ganhos em saúde, estão fortemente dependentes do rigor e da precisão de cada uma das etapas do processo de enfermagem, uma vez que “(...) se as informações reunidas durante a avaliação forem inexatas ou incompletas, então todos os passos seguintes têm a possibilidade de estar errados” (Alfaro-Lafevre, 1996, pp. 75-76).

Por outro lado, no que concerne à depressão, tendo em conta as palavras de Townsend (2011), esta é uma condição clínica que se caracteriza por um sentimento de tristeza profundo e pela perda de interesse por atividades que anteriormente eram prazerosas. No entanto, é comum a manifestação de sentimentos de tristeza após experiências ou acontecimentos que afetam o indivíduo de forma negativa, como são exemplo as situações de luto, desemprego, separação, entre outras, além disso, estes sentimentos são temporários, durando apenas alguns dias, e não tem repercussões significativas nas diversas dimensões do indivíduo (Teixeira, 2005). Contrariamente, numa condição patológica o indivíduo apresenta tristeza mais ou menos prolongada acompanhada por sentimentos de desesperança, perda de interesse, ausência de prazer pela vida, perda de energia e/ou cansaço fácil, ou até, exclusivamente, sintomas ansiosos (Pinheiro, 2018).

Atualmente, e de acordo com o DSM-V, os transtornos depressivos incluem o “transtorno disruptivo da desregulação do humor”, “transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior)”, “transtorno depressivo persistente (distímia)”, “transtorno disfórico pré-menstrual”, “transtorno depressivo induzido por substância/medicamento”, “transtorno depressivo devido a outra condição médica”, “outro transtorno depressivo especificado” e “transtorno depressivo não especificado”, sendo que a característica

comum destes transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles é a intensidade e a duração, assim como a sua etiologia presumida (APA, 2014).

Na CID-10 (OMS, 2000) os episódios depressivos inserem-se nos transtornos de humor (afetivos) e podem ser leves, moderados ou graves, caracterizando-se habitualmente por “humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída.”. A diminuição da concentração e da atenção, baixa de autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e de inutilidade, pessimismo em relação ao futuro, perturbações do sono, diminuição do apetite, entre outros, são também sintomas comuns associados à depressão. E, estes sintomas devem persistir durante pelo menos duas semanas.

Por sua vez, segundo a CIPE®, a depressão é definida como uma emoção com características específicas, sendo um estado em que a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, concentração diminuída, sensação de culpa, deterioração de compreensão e sintomas físicos, incluindo a insónia, perda de apetite e dor de cabeça (ICN, 2017).

Em suma, de acordo com a literatura, é exequível afirmar que a ansiedade e a depressão não são quadros clínicos opostos, apresentam muitos sintomas similares, quer físicos quer cognitivos, nomeadamente medo, dificuldade, e de concentração, cansaço, insegurança, irritabilidade, angustia, entre outros (Pinheiro, 2018). E, apesar de o DSM-V não contemplar estas duas problemáticas de saúde mental como um transtorno conjunto, outros manuais como a CID-10 classificam o transtorno misto ansioso e depressivo, associado ao diagnóstico de ansiedade (OMS, 2000). Nesta perspetiva, a ansiedade está frequentemente presente na depressão, não enquanto perturbação, mas como sintoma emocional desajustado, pelo que a incapacidade que surge numa pessoa que apresenta ambas as condições é significativamente superior caso só apresentasse uma, tornando assim fundamental uma avaliação cuidadosa da pessoa de forma a que a intervenção seja adequada (Pinheiro, 2018).

2.3. Boas práticas na promoção da saúde mental

Segundo a DGS (2017), a promoção da saúde mental consiste em potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade. Está, portanto, presente desde o início da vida, refletindo-se na adaptação e na satisfação com que se cresce e na capacidade de resolver adversidades. Assim, uma intervenção precoce, em certos casos, previne complicações futuras e, noutros, facilita a recuperação e a reinserção social nas situações mais crónicas.

De acordo com a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, da Assembleia da República, 1998), a promoção da saúde mental “efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive”, sendo que as medidas referidas “incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações”.

Nesta perspetiva, a promoção da saúde mental é um processo social e político abrangente, que não abarca apenas a ação dirigida a fortalecer as capacidades e as competências dos indivíduos, mas também a ação dirigida à mudança das condições sociais, ambientais e económicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e na saúde das pessoas. Dentro deste conjunto de competências, as atividades de promoção da saúde incluem programas, políticas e outras intervenções organizadas que sejam capacitadoras dos indivíduos e das comunidades, numa estratégia participativa, holística, intersectorial, equitativa e sustentável (Gomes, Cortez & Damásio, 2020).

No entanto, dar resposta a estas metas constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente, e em particular, para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. São do conhecimento geral os sinais de alerta do cancro, de como reconhecer um ataque cardíaco, ou até como prestar os primeiros socorros em emergências médicas, mas este conhecimento contrasta quando o assunto remete para a literacia em saúde sobre as doenças mentais, em que as pessoas desconhecem o que podem fazer para prevenir, retardar, evitar, assim como procurar ajuda no tratamento das doenças mentais (Jorm, 2012).

Segundo o Regulamento nº 515/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), como profissional que trabalha para promover a saúde mental e reduzir as desigualdades em saúde, enfrenta assim um desafio importante na sua intervenção junto das populações, uma vez que é um ator fundamental na compreensão dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do indivíduo, assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Nesta conformidade, o EEESMP, “(...) para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018).

Portanto, na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (OE, 2018).

Face a este pressuposto, e tendo por base as teorias de enfermagem, salientam-se como contributos teóricos para a promoção da saúde mental, a importância de se construírem relações interpessoais eficazes entre o enfermeiro e o indivíduo a ser cuidado, conforme proposto por Peplau; considerando as pessoas como seres biopsicossociais, conforme Pender; entender que a pessoa passa por transições, de acordo com Meleis; e que precisam de apoio para que possam adaptar-se de modo a adotar comportamentos mais saudáveis, como proposto por Roy (Bittencourt, Marques & Barroso, 2018).

Porém, neste contexto de pandemia onde o tempo é de profunda incerteza em todos os aspetos da vida, os profissionais de saúde travam uma dura batalha contra um agente invisível que ameaça e mantém refém toda a população. Neste sentido, é necessário que as respostas em saúde mental se adequem às necessidades específicas levantadas por esta pandemia, desde as dimensões da informação geral/literacia, passando pela prevenção, até à intervenção dos serviços de saúde. Em particular, os serviços que prestam cuidados na área da saúde mental necessitam de reorientar algumas das suas prioridades, e reorganizar-se quer estrutural quer funcionalmente (DGS, 2020i).

Assim, para responder à variedade e complexidade destes problemas, e tendo por base as recomendações internacionais neste domínio, durante este período de pandemia é importante reduzir a ambiguidade e o “bombardeio desnecessário” de informações, especialmente daquelas que podem gerar sintomas de ansiedade e stress (Brooks et al., 2020). No entanto, é recomendado aumentar a conscientização da população-alvo sobre a infeção por SARS-CoV-2, através da partilha de informações e atualizações assertivas de origem fidedigna, de modo a diminuir a ansiedade social e estimular mudanças comportamentais que poderão ajudar no controle da doença (OMS, 2020f).

Outra das medidas importantes é promover a adoção de um estilo de vida saudável através de uma alimentação equilibrada, evitando formas erróneas de lidar com o stress, como o consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, e até de alimentos ricos em açúcar; a prática de atividade física regular também é recomendada, embora dentro de um contexto seguro para que não haja contactos de risco (existem diversos vídeos e tutoriais online disponíveis para o efeito); assim como manter rotinas e tarefas sempre que possível, e um padrão de sono regular. Promover o contacto, quer seja por via telefónica e/ou online através de e-mails, redes sociais, teleconferências, entre outras, com a família e amigos durante este período pandémico também é essencial para a saúde mental, já que a rotura das conexões sociais e físicas é um importante facilitador de impactos psicológicos negativos (OMS, 2020f).

Em diversos países, para minimizar os efeitos desta separação, algumas instituições médicas e universidades criaram plataformas online que visam fornecer aconselhamento psicológico para os pacientes e familiares que estão em quarentena, bem como a todas as pessoas afetadas psicologicamente pela pandemia da COVID-19 (Duan & Zhu, 2020).

Simultaneamente, psicólogos e psiquiatras, para darem continuidade aos cuidados em saúde mental durante a pandemia e ajudar a diminuir ou prevenir futuros problemas psiquiátricos e psicológicos, tem-se mobilizado para realizar intervenções e atendimentos online (Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2020).

A China, por exemplo, com objetivo de reduzir os danos psicológicos causados pela pandemia e promover estabilidade social, publicou uma diretriz que estabeleceu níveis de atenção psicológica para enfrentar a COVID-19. Neste contexto, as recomendações foram agrupadas em quatro níveis de população-alvo: o nível 1 inclui indivíduos hospitalizados com infecção confirmada ou condição física grave para a COVID-19, assim como os profissionais de saúde que se encontram na primeira linha de atuação; o nível 2 refere-se às pessoas em isolamento por terem alguma proximidade com os casos de infecção confirmada, além daqueles em quarentena por terem tido contato com pessoas suspeitas de infecção; já na população-alvo de nível 3 estão os indivíduos que tiveram contato próximo com os níveis 1 ou 2, ou seja, familiares, colegas, amigos e equipes de resgate; e, por fim, o nível 4 é composto pela população em geral, que não está nem na linha da frente e nem em medidas de isolamento ou quarentena, ou seja, são aquelas para as quais se recomenda o distanciamento social (*National Health Commission of China [NHC]*, 2020).

Contudo, a intervenção proposta é direcionada prioritariamente à população de nível 1, pois é nele que, particularmente, se encontra o grupo populacional mais vulnerável a doenças físicas e mentais, e só depois para os outros níveis, até se alcançar a população em geral. Assim, neste primeiro nível de atuação, para além do tratamento farmacológico, os cuidados recomendados a este grupo focam-se no apoio psicológico do paciente, com avaliação oportuna para condutas auto-lesivas e risco de suicídio. O reforço das informações inerentes à importância do isolamento e encorajamento da confiança dos pacientes para a recuperação também são importantes nesta fase. Por sua vez, no que aos profissionais da linha da frente diz respeito, sugere-se a realização de entrevistas, de carácter preventivo, focadas na gestão das emoções e do stress, e no encorajamento para a procura de apoio profissional perante a dificuldade de lidar com as emoções e as adversidades da situação. Já as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde mental na população-alvo do nível 2 visam reduzir a angústia, tensão e stress relativos ao real ou potencial risco de contrair infecção por SARS-CoV-2, e simultaneamente estimular a adesão às medidas de proteção necessárias para prevenir a propagação do vírus. No nível 3 é incentivada a utilização dos serviços de atendimento online para a redução de sintomas psicológicos. E, no nível 4, voltado para a população em geral, a intervenção é focada na divulgação de informações baseadas na evidência científica; no esclarecimento sobre os meios de atendimento disponibilizados na área de saúde mental; na orientação sobre a forma de se adaptarem às mudanças impostas pela crise pandémica e a não discriminação dos indivíduos diagnosticados ou com potencial risco de contrair COVID-19. Por fim, é também reforçada informação sobre as formas não saudáveis de enfrentar esta situação,

como o uso de álcool, tabaco e outras drogas, na intenção de que as mesmas sejam evitadas (NHC, 2020).

Em Portugal, como previsto na Norma nº 011/2020 de 18 de abril, da DGS, durante a fase de mitigação da pandemia por Covid-19, perante a variedade e complexidade dos problemas de saúde mental que daí tem resultado foi necessário adaptar as respostas no âmbito da saúde mental. Nesta perspetiva, no modelo de intervenção a norma recomenda a diminuição de consultas presenciais, o recurso a teleconsultas, a organização dos profissionais em turnos e/ou subequipas para minimizar o risco de contágio e a ênfase no seguimento das pessoas com perturbações psiquiátricas mais graves ou complexas. Sendo da responsabilidade dos serviços locais de saúde mental assegurar as respostas a estas situações, para além de organizar e disponibilizar espaços de fácil acesso e com confidencialidade garantida no apoio a profissionais de saúde, nomeadamente aos envolvidos na prestação de cuidados a doentes com COVID-19 (DGS, 2020i).

Simultaneamente, os cuidados de saúde primários são o elemento nuclear de resposta às necessidades surgidas no âmbito das perturbações psicológicas ligeiras a moderadas (as mais frequentes), estando neste enquadramento as respostas asseguradas no âmbito das equipas de saúde familiares (DGS, 2020i).

Assim, em conjunto, estes serviços devem reforçar a atividade de ambulatório em relação aos doentes mais graves de forma a evitar o recurso ao serviço de urgência e, por consequência, a necessidade de internamento. Porém, todas estas estruturas devem-se articular, sempre que necessário, com as estruturas da comunidade que estejam envolvidas, direta ou indiretamente, com o seguimento/prestação de cuidados/apoio às pessoas com problemas de saúde mental, e onde são exemplo a Autoridade de Saúde Local, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, as entidades de segurança, entre outras (DGS, 2020i).

Neste contexto, a Norma nº 011/2020 de 18 de abril, da DGS, destaca a importância de reforçar os serviços dos cuidados de saúde primários, bem como os serviços de psiquiatria e saúde mental nos hospitais e os cuidados na comunidade, quer seja no âmbito dos setores público, social e privado, e ainda os serviços de saúde pública (Almeida et al., 2020).

Na área da telemedicina, por exemplo, a Escola de Medicina da Universidade do Minho, em associação com o Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde, a Ordem dos Médicos, a SPPSM e a Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria (APIP), criou logo numa primeira fase da pandemia o serviço “Cuidar de quem Cuida”, que tem disponibilizado, desde Março de 2020, um serviço de consultas gratuitas, por videochamada, de avaliação, orientação e seguimento de profissionais de saúde na linha

da frente com necessidades clínicas, com adesão muito significativa a nível nacional (Morgado, 2021).

Um outro projeto, mas este iniciado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, e já em implementação desde 2017, tem como principal objetivo a gestão integrada de riscos psicossociais nos profissionais de saúde e engloba medidas de prevenção primária, secundária e terciária. Assim, a filosofia deste programa (PROGERPSI) é reforçar a qualidade das condições de trabalho, tornando as instituições de saúde mais resilientes, de modo a poderem dar respostas às várias crises que forem surgindo. E, depois de relativa estabilidade, ao nível da prevenção secundária assistiu-se a um aumento significativo na procura de primeiras consultas de psiquiatria do trabalho (Moura, Ruivo & Pires, 2020).

Por fim, num âmbito mais lato, é também interessante conhecer o trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que, em março de 2020, fomentou a criação de respostas em todos os hospitais e agrupamentos de centros de saúde da região, com recurso a linhas telefónicas para facilitar o acesso, providenciando ainda formação sobre apoio psicológico e sobre liderança, que claramente contribuíram para o desenvolvimento de intervenções para prevenção do stress e do *burnout* dos profissionais (Maia, 2021).

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo deste capítulo, depois de abordada a questão de investigação e os objetivos do estudo, será caracterizado o tipo de estudo, assim como o paradigma no qual este se baseia. E, no seguimento, face aos objetivos definidos e à finalidade da investigação, para se chegar a um resultado efetivo serão descritos os métodos e as técnicas para a operacionalização rigorosa, credível e comprovável de todo o processo de investigação, o qual inclui a especificação da população-alvo e a amostra, o processo de recolha de dados e, por último, as considerações legais e éticas a ter em conta no decurso do presente processo de investigação.

3.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

De acordo com Fortin (2009), uma questão de investigação deve ser “um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. É, portanto, a mola propulsora de todo o trabalho de pesquisa na medida em que mostra uma situação que requer discussão, investigação, decisão ou solução e deve respeitar três níveis de exigência: clareza, exequibilidade e pertinência (Quivy & Campenhoudt, 2005).

Assim, considerando os pressupostos metodológicos, e partindo da preocupação que conduziu à realização deste estudo assim como da qualidade de pertinência do mesmo para a prática de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiatria, foi definida a seguinte questão de investigação: “A presença e gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade podem variar em função da presença prévia ou concomitante de comorbilidades após a infeção pelo SARS-CoV-2?”.

Em concordância, e com vista a indicar de forma clara e límpida qual o fim que se persegue neste trabalho, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- Avaliar sinais e sintomas de ansiedade e depressão após infeção pelo SARS-CoV-2;
- Identificar os sintomas predominantes nas pessoas após infeção pelo SARS-CoV-2;
- Analisar a representação que as pessoas infetadas têm sobre o suporte social;
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 que possuam comorbilidades e vivenciem ansiedade ou sintomatologia depressiva.

3.2. Questões de investigação

De acordo com os objetivos delineados e com a finalidade de dar resposta à questão de investigação formulada no presente estudo, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Existe evidência da presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão na população após infeção pelo SARS-CoV-2.
- Existe evidência da presença de febre, mialgias, astenia, frio, disgeusia/ageusia, tosse/dispneia, vertigens, cefaleias ou outros na população após infeção pelo SARS-CoV-2.
- Existe uma relação estatisticamente significativa entre o Índice Geral de Sintomas e o suporte social durante o isolamento.
- Existe uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões da sintomatologia psiquiátrica e a presença de sintomas após 90 dias.
- Existe uma associação estatisticamente significativa entre a perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento.

Estas questões de investigação partem dos pressupostos definidos no enquadramento teórico e na análise dos estudos já realizados nesta área, que supõem um potencial de relação entre as diversas dimensões em estudo.

3.3. Tipo de estudo

Tendo em consideração, e a fim de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos definidos, o presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa, não experimental, transversal e correlacional.

Segundo Fortin (2009), a abordagem quantitativa tem por base o positivismo com origem nas ciências físicas, assentando num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Ou seja, admite “(...) que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em número as opiniões e as informações (...) com vista á descrição e á explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações (...) tem, pois como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas fiáveis” (Vilelas, 2017).

Dentro desta abordagem, e uma vez que se pretende explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever relações, o desenho do estudo de investigação é de carácter correlacional.

Por sua vez, dado que todas as medições das variáveis em estudo foram realizadas num único momento, não tendo existido, portanto, período de seguimento dos indivíduos, este é um estudo de carácter transversal (Fortin, 1999). O corte transversal permite obter dados fidedignos que no final da pesquisa consintam em retirar conclusões confiáveis e robustas, além de gerar novas questões de investigação que poderão ser investigadas e enriquecidas com outras pesquisas (Zangirolami-Raimundo, Echeimberg & Leon, 2018).

3.4. População-alvo e amostra

A população-alvo deste estudo engloba todas as pessoas com mais de 18 anos da região Norte de Portugal que tenham sido infetadas pelo vírus SARS-CoV-2 e que estejam em situação de remissão (teste negativo) pelo menos há trinta dias.

Todavia, tendo em conta as dimensões da população-alvo, bem como os recursos materiais e humanos disponíveis e o fator tempo, para a realização deste estudo apenas foi considerada a população acessível, ou seja, a “(...) porção da população-alvo que é acessível ao investigador” (Fortin, 1999).

Para tal, o grupo de participantes foi selecionado de acordo com uma técnica de amostragem não probabilística por redes, também conhecida por técnica metodológica Snowball (“Bola de Neve”). Este método de amostragem é utilizado em pesquisas sociais, e pressupõe que há uma ligação entre os membros da população dado pela característica de interesse, isto é, os membros da população são capazes de identificar outros membros da mesma (Dewes, 2013). Assim sendo, no processo de recrutamento os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes, e assim sucessivamente até que seja alcançado o objetivo proposto, ou seja, o “ponto de saturação”. O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (Baldin & Munhoz, 2011).

Neste enquadramento, uma vez que esta técnica de amostragem utiliza cadeias de referência, permite ao investigador encontrar populações que não conseguiria através de outros métodos, principalmente no caso de populações raras ou desconhecidas (Dewes, 2013).

Posto isto, a amostra selecionada, ou seja, a fração da população sobre a qual se fez o estudo (Fortin, 2009), foi de 337 participantes.

3.5. Processo de recolha de dados

Para a recolha de dados no presente trabalho foi utilizado o protocolo do projeto major subordinado ao tema “Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infetadas, após recuperação”, que é

composto por um conjunto de questionários de autopreenchimento já validados para a realidade portuguesa e cuja utilização foi permitida pelos autores.

De acordo com Fortin (1999), o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões, e permite recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Segundo o mesmo autor podem ser preenchidos pelos próprios participantes, ou pelo assistente de investigação na presença dos participantes. Assim sendo, consideramos o questionário o instrumento de medida mais adequado para a presente investigação, pela maior facilidade de resposta, por possibilitar uma maior sistematização dos resultados obtidos, facilitar o processo de análise e tratamento dos dados e, finalmente, pelas suas características associadas: menores custos e menor dispêndio de tempo, quer para o investigador quer para o sujeito.

Assim sendo, entre janeiro e maio do corrente ano civil, foi aplicado um questionário sociodemográfico em formato Google Doc, com questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica, e o *Brief Symptoms Inventory* (BSI) - Inventário de Sintomas Psicopatológicos, validado para a população portuguesa (Anexo I).

A seleção destes instrumentos de recolha de dados obedeceu à sua especificidade, adequação aos objetivos do estudo, sensibilidade às características da amostra e, como já referido anteriormente, ao facto de se encontrarem validados para a população portuguesa.

- **Questionário sociodemográfico e clínico**

Desta forma, o questionário sociodemográfico e clínico permite-nos recolher dados sociológicos sobre a população em estudo. E, no presente trabalho este questionário foi constituído por perguntas do tipo fechadas, de resposta única ou múltipla, e foi organizado em dois grandes módulos temáticos, o primeiro diz respeito às variáveis sociodemográficas, nomeadamente sexo, idade, nacionalidade e naturalidade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, rendimento anual familiar, entre outras, e o segundo remete para as características clínicas ligadas à infeção por SARS-CoV-2, tais como antecedentes clínicos e estilos de vida, presença/ausência de sintomas, sintomatologia predominante, reação durante e após alta ou isolamento, qualidade de vida e saúde mental após infeção por SARS-CoV-2, assim como a perceção do suporte, durante o isolamento, por parte dos serviços de saúde bem como de familiares e amigos.

- ***Brief Symptoms Inventory* (BSI) - Inventário de Sintomas Psicopatológicos**

Para a avaliação quantitativa dos sintomas psiquiátricos dos participantes foi utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Este questionário constitui a adaptação portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1983), e foi desenvolvido a partir do *Symptom Check-List - SCL-90-R* (Derogatis, 1983) na tentativa de dar resposta à

desvantagem que o último apresentava, uma vez que, por considerar noventa itens implicava um maior tempo de preenchimento.

Traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), o BSI, é um questionário de autorresposta que pode ser aplicado de forma individual ou coletiva; é constituído por 53 itens, e tem por objetivo avaliar a presença e intensidade de sintomas do foro psicopatológico em doentes do foro psiquiátrico, pessoas emocionalmente perturbadas e na população em geral, com idade igual ou superior a treze anos, através de nove dimensões básicas de psico-sintomatologia (somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP); Total Sintomas Positivos (TSP)).

Vários autores testaram a fiabilidade da versão portuguesa deste instrumento e, do ponto de vista conceptual, os resultados revelam que os níveis de consistência interna e a estrutura fatorial são indicadores de unidade e solidez, pelo que oferecem segurança para a sua utilização (Canavarro, 1999). Desta forma, o BSI apresenta-se como um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e, de igual forma, como um bom discriminador de saúde mental na medida em que permite diferenciar os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não apresentam. Embora não permita a formulação de diagnóstico clínico (Canavarro, 2007).

Derogatis (1982) citado por Canavarro (1999) descreveu as nove dimensões da seguinte forma:

- **Somatização:** reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);
- **Obsessões-Compulsões:** inclui sintomas identificados na síndrome clínica do mesmo nome, ou seja, inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36);
- **Sensibilidade Interpessoal:** esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez são as manifestações características desta dimensão, durante as interações sociais (inclui os itens 20, 21, 22 e 42);

- **Depressão:** os itens que constituem esta dimensão refletem a maioria dos indicadores de depressão clínica. Estão identificados os sintomas relativos ao afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50);
- **Ansiedade:** nesta dimensão são contemplados indicadores gerais tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Também componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49);
- **Hostilidade:** inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46);
- **Ansiedade Fóbica:** a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente, em relação a uma pessoa, local ou situação específica, que sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47);
- **Ideação Paranóide:** esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51);
- **Psicoticismo:** esta escala foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Em circunstâncias normais o tempo de resposta ao questionário varia entre 8 a 10 minutos, e a cotação dos itens é efetuada numa escala tipo Likert de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”) no qual os participantes devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante os últimos sete dias. Para obter a pontuação para as nove dimensões psicopatológicas, deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão e posteriormente a soma obtida, deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão. O cálculo dos três índices globais obtém-se da seguinte forma:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) - pondera a intensidade do mal-estar experienciado: obtém-se pela soma das pontuações de todos os itens, e sua divisão pelo número total de respostas válidas;
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) - representa o número de queixas somáticas apresentadas: resulta da divisão da soma de todos os itens pelo TSP;
- Total de Sintomas Positivos (TSP) - relata a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados: é obtido pela contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva (maior que zero).

De ressaltar que, quatro dos itens (11, 25, 39 e 52), embora contribuam com algum peso para as escalas descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas, porém, dada a sua relevância clínica são considerados nas pontuações dos três índices globais (Canavarro 2007). E, apesar deste instrumento não permitir a formulação de diagnósticos clínicos, é certo que os itens que formam as nove dimensões avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos de psicopatologia, verificando-se que os indivíduos emocionalmente perturbados revelam scores mais elevados nas escalas e índices globais, e por isso, quanto maior o score maior a probabilidade de psicopatologia.

Canavarro (2007) definiu para a população portuguesa os seguintes valores de referência médios: Índice Geral de Sintomas (IGS) 0,83+/-0,48; Índice de Sintomas Positivos (ISP) 1,56+/-0,38, e o Total de Sintomas Positivos (TSP) 26,99+/-11,72. Assim, os valores de referência para os indivíduos perturbados emocionalmente são de 1.403 para o IGS, 37.349 para o TSP e 2.111 para o ISP. Neste estudo foi utilizado o IGS que nos fornece uma medida da média do *distress* atual apresentado pelo sujeito, e os índices das 9 dimensões, como recomendado por Derogatis (1983).

3.6. Procedimentos legais e éticos

Neste sentido, para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações, é necessário que os investigadores desenvolvam estratégias que permitam o respeito pela privacidade do indivíduo, mantendo-o durante todas as fases metodológicas bem como na revelação dos resultados (Fortin, 2003; Polit et al., 2004). Estas estratégias passam pelos requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação entre as quais se destacam a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente e a garantia de respeito dos direitos dos participantes (autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção e tratamento justo) em todas as fases do estudo (Nunes, 2013).

No decurso desta investigação todas as estratégias acima referidas foram salvaguardadas, atendendo ao melhor interesse, bem-estar, segurança física, emocional e social dos

sujeitos da amostra. Por seu turno, e uma vez que o presente estudo é parte integrante de um projeto de investigação mais amplo e alocado ao CINTESIS, a obtenção do parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ESEP foi solicitada pelo coordenador do projeto. Ainda como parte dos procedimentos de natureza ética, foi solicitado consentimento informado aos participantes do estudo, recorrendo ao documento previamente avaliado pela Comissão de Ética. Aos participantes foi solicitado o consentimento após explicação do estudo e ser-lhes-á comunicado que podem retirar-se do estudo sem que isso represente quaisquer danos para os próprios.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Para Fortin (2009) “os resultados são as informações numéricas da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida (...) reportam-se diretamente às questões de investigação (...) serão descritivos se o estudo em que se inserem é descritivo (...)”.

Neste enquadramento, no presente capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos nos questionários realizados. Estes irão ser apresentados segundo as várias dimensões do instrumento de recolha de dados, procurando-se caracterizar não apenas os scores alcançados pelos sujeitos da nossa amostra, para as variáveis dependente e independentes em estudo, como também analisar a associação existente entre as variáveis, de acordo com os objetivos propostos para este trabalho.

Assim sendo, numa primeira parte será realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra, bem como dos sintomas psicopatológicos, e posteriormente, numa segunda parte, será realizada a análise inferencial de cada questão de investigação.

Para o tratamento de dados recorreremos ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão 24 para Windows®, e a análise será realizada em consonância com a prevista no projeto mais amplo, designadamente no que se refere à análise estatística descritiva e analítica.

Para cada um dos instrumentos foram utilizadas as estratégias preconizadas pelos autores dos questionários. E, os principais resultados serão apresentados através de tabelas com os dados colhidos e trabalhados informaticamente através do programa SPSS, pela ordem referida anteriormente, de forma a facilitar a leitura dos mesmos.

4.1. Análise dos dados

4.1.1. Análise Descritiva

Neste ponto serão descritas as características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo, assim como os valores obtidos através da medida das variáveis.

- Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas

Da análise dos dados, transcritos para as tabelas que se seguem, é possível verificar que a amostra deste estudo é constituída por 337 participantes, dos quais 55 (16,3%) são do sexo masculino e 282 do sexo feminino (83,7%), e tem idades compreendidas entre os 19 e os 73 anos, sendo a sua média de idade de 36,73 anos (DP=10,175).

TABELA 1: Idade e género dos participantes da amostra

	Idade (anos)	Género	N	Percentagem
Mínima	19	Masculino	55	16,3
Máxima	73	Feminino	282	83,7
Média	36,73	Total	337	100,0

No que respeita ao estado civil, como é possível verificar através dos dados da tabela 2, 61,7% dos participantes são solteiros. Dos restantes, 36,8% são casados e/ou vivem em união de facto e 1,5% estão divorciados.

TABELA 2: Estado civil dos participantes da amostra

Estado Civil	N	Percentagem
Solteiro	208	61,7
Casado/união de facto	124	36,8
Divorciado	5	1,5
Total	337	100,0

Em relação às habilitações literárias, os dados da tabela 3 mostram que, no total, mais de metade (63,5%) dos participantes completaram o ensino superior.

TABELA 3: Habilitações literárias dos participantes da amostra

Habilitações Literárias	N	Percentagem
9º ano ou equivalente	25	7,4
12º ano ou equivalente	56	16,6
Ensino Superior	214	63,5
Outro	42	12,5
Total	337	100,0

Quanto à situação profissional (tabela 4), 87,5% dos participantes estão em situação laboral ativa e 4,5% em situação de desemprego. Por outro lado, 6,2% dos participantes ainda são estudantes e 1,8% já se encontram reformados.

TABELA 4: Situação profissional dos participantes da amostra

Situação Profissional	N	Percentagem
Ativo	295	87,5
Desempregado	15	4,5
Reformado	6	1,8
Estudante	21	6,2
Total	337	100,0

E, atendendo aos dados da tabela 5, é possível verificar também que a grande maioria dos participantes refere que o seu rendimento anual familiar varia entre 10.001 e 20.000 (74,8%).

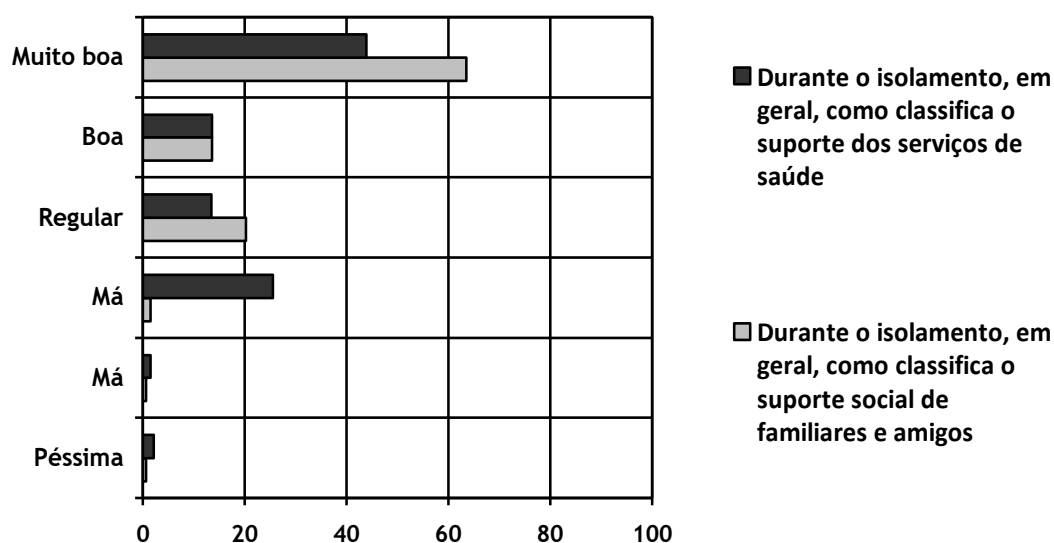
TABELA 5: Rendimento anual familiar dos participantes da amostra

Rendimento Anual Familiar	N	Percentagem
< 10.000€	35	10,4
10.001 - 20.000€	252	74,8
20.001€ - 37.500€	37	11,0
37.501€ - 70.000€	11	3,3
> 70.001€	2	0,6
Total	337	100,0

Relativamente às variáveis clínicas, conforme é possível verificar no gráfico que se segue (gráfico 1), dos 337 participantes, 43,9% classifica o suporte dos serviços de saúde, durante o período de isolamento, como muito bom.

De igual forma, e durante o mesmo período de tempo, 63,5% dos participantes classifica o suporte social de familiares e amigos, também como muito bom.

GRÁFICO 1: Classificação do suporte social, durante o período de isolamento



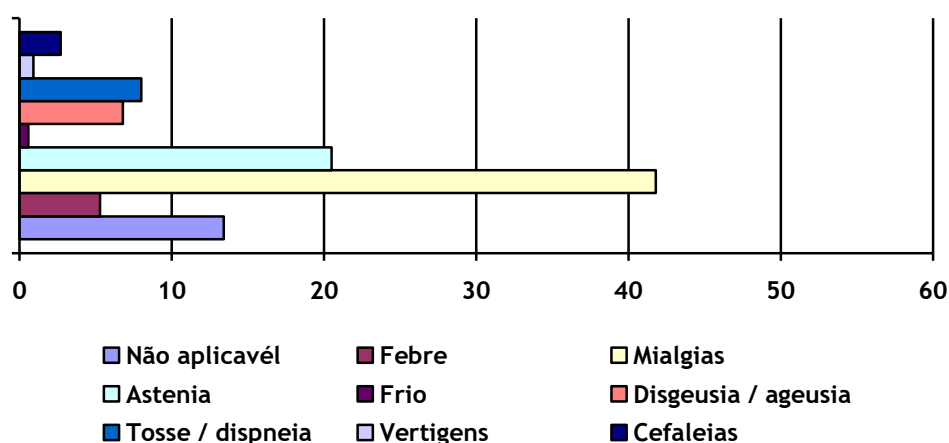
Quanto à sintomatologia por infecção de SARS-CoV-2, conforme é possível verificar na tabela 6, 88,1% dos participantes refere que teve sintomas.

TABELA 6: Sintomatologia por infecção de SARS-CoV-2

	N	Percentagem
Teve sintomas	297	88,1
Não teve sintomas	40	11,9
Total	337	100,0

E, por sua vez, conforme nos indica o gráfico 2, os sintomas predominantes foram mialgias (41,8%) e astenia (20,5%).

GRÁFICO 2: Sintomas predominantes após infecção de SARS-CoV-2



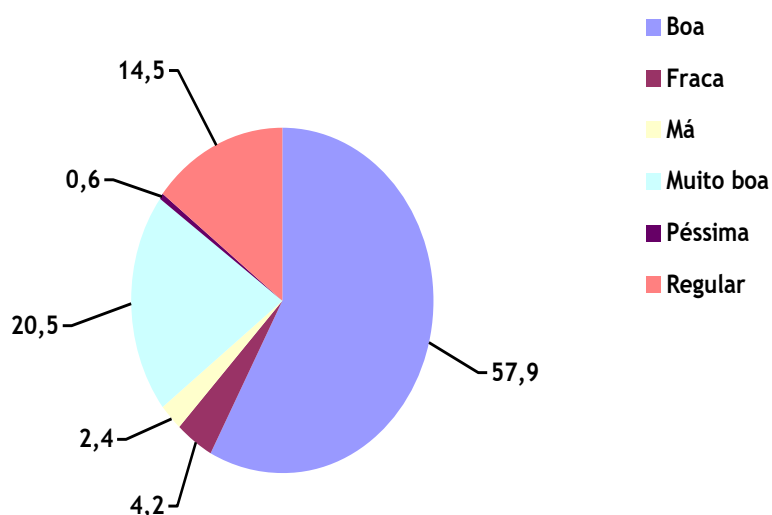
Porventura, após 90 dias, 61,4% dos participantes acusaram ainda a presença de sintomas.

TABELA 7: Presença de sintomas por infecção de SARS-CoV-2 após 90 dias

Presença de sintomas após 90 dias	N	Percentagem
Sim	207	61,4
Não	130	38,6
Total	337	100,0

No entanto, apesar desta percentagem, conforme dados do gráfico 3, 57,9% dos participantes menciona uma boa percepção global e genérica da qualidade de vida após a infecção.

GRÁFICO 3: Percepção global e genérica da qualidade de vida após infecção por SARS-CoV-2



Por último, e de acordo com os dados apresentados na tabela 8, da totalidade dos participantes da amostra, 71,8% apresentam comorbilidades associadas.

TABELA 8: Presença de comorbilidades nos participantes da amostra

Presença de comorbilidades	N	Percentagem
Sim	242	71,8
Não	95	28,2
Total	337	100,0

- Resultados descritivos dos Sintomas Psicopatológicos

Para avaliação dos sintomas psicopatológicos foram analisados os valores descritivos na tabela 9, nomeadamente no que diz respeito aos valores médios, mínimo, máximo e desvio padrão, tanto em relação às nove dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) como em relação ao Índice Geral de Sintomas (IGS).

TABELA 9: Estatísticas descritivas dos sintomas psicopatológicos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Somatização	337	0,00	3,43	0,8262	0,66168
Obsessão-Compulsão	337	0,00	3,67	0,9582	0,67737
Sensibilidade Interpessoal	337	0,00	4,00	0,5950	0,87323
Depressão	337	0,33	4,00	1,5882	0,70863
Ansiedade	337	0,00	3,83	1,4545	0,76131
Hostilidade	337	0,00	3,60	0,8036	0,66743
Ansiedade Fóbica	337	0,00	4,00	1,4421	0,78453
Ideação Paranóide	337	0,00	3,40	0,5608	0,75916
Psicoticismo	337	0,00	4,00	1,0700	0,69596
Índice Geral de Sintomas	337	0,25	3,38	1,0341	0,58461

Assim, e tendo por base os valores das escalas “likert” de cada instrumento transcritos na tabela supra, é possível verificar que os participantes, no que diz respeito às dimensões avaliadas pelo questionário BSI, relatam as pontuações médias mais elevadas na escala “Depressão” ($\bar{X}=1,5882$; $DP=0,70863$), seguida das escalas “Ansiedade” ($\bar{X}=1,4545$; $DP=0,76131$) e “Ansiedade Fóbica” ($\bar{X}=1,4421$; $DP=0,78453$). Em oposição, a escala “Ideação Paranóide” é a que apresenta a pontuação média mais baixo ($\bar{X}=0,5608$; $DP=0,75916$). Por sua vez, o valor médio do IGS é de 1,0341 ($DP=0,58461$).

4.1.2. Análise Estatística Inferencial

Neste ponto será realizada a análise estatística inferencial, tendo por referência a hipotética associação entre as variáveis independentes e a variável dependente em estudo, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

De salientar que, nesta análise, apenas serão citados os dados que consideramos estatisticamente significativos, em função dos testes estatísticos relativos a cada questão de investigação. E, no capítulo seguinte será realizada uma discussão sobre os resultados.

- **Existe evidência da presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão na população após infecção pelo SARS-CoV-2**

De acordo com os resultados descritivos apresentados na tabela 9 é possível constatar que as dimensões de psicossomatologia “Depressão” e “Ansiedade” são aquelas que se destacaram com valores mais elevados na amostra em estudo.

Na tabela 10, que de seguida se apresenta, são comparados os valores médios observados nas dimensões do questionário BSI assim como do IGS da amostra em estudo com os valores médios calculados por Canavarro (2008), citado por Abreu et al. (2018), para a população em geral (ponte de corte).

TABELA 10: Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as médias da população em geral

	Valor médio observado na amostra em estudo	Valor médio para a população geral Canavarro (2008), citado por Abreu et al. (2018)	Resultado
Somatização	0,8262	0,77	>
Obsessão-Compulsão	0,9582	1,25	<
Sensibilidade Interpessoal	0,5950	0,82	<
Depressão	1,5882	0,94	>
Ansiedade	1,4545	0,65	>
Hostilidade	0,8036	1,0	<
Ansiedade Fóbica	1,4421	0,55	>
Ideação Paranóide	0,5608	0,96	<
Psicoticismo	1,0700	0,62	>
Índice Geral de Sintomas	1,0341	0,83	>

Assim sendo, e pelas comparações evidenciadas na tabela, é possível verificar a prevalência de sinais e sintomas de depressão e ansiedade na amostra em estudo. Por sua vez, em relação ao IGS, que de uma forma geral permite ponderar a intensidade do mal-

estar psicológico, é possível verificar que o valor calculado na amostra (1,0341) é superior ao valor de referência (0,83) o que nos indica a existência de distúrbio emocional nas dimensões do BSI e permite concluir que, em termos médios, existe evidência da presença de sintomatologia psiquiátrica na população após infecção pelo SARS-CoV-2.

- **Existe evidência da presença de febre, mialgias, astenia, frio, disgeusia/ageusia, tosse/dispneia, vertigens, cefaleias ou outros na população após infecção pelo SARS-CoV-2**

De acordo com o gráfico 2 deste trabalho, e que diz respeito aos sintomas predominantes após infecção pelo SARS-CoV-2, os valores observados indicam que existe neste estudo evidência da presença de sintomatologia na população após infecção por SARS-CoV-2, na sua maioria mialgias (41,8%) e astenia (20,5%).

Por sua vez, tentamos averiguar se existiam diferenças significativas entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades. E, como se pode verificar na tabela seguinte (tabela integral para consulta no Anexo III), para todas estas dimensões corresponde $p < 0,05$, pelo que podemos considerar que a presença de comorbilidades interfere com o *distress* psicológico em todas as subescalas.

TABELA 11: Avaliação das diferenças entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades

	F	Sig.
Somatização	29,415	0,000
Obsessão-Compulsão	46,271	0,000
Sensibilidade Interpessoal	43,819	0,000
Depressão	23,963	0,000
Ansiedade	12,364	0,001
Hostilidade	45,302	0,000
Ansiedade Fóbica	11,897	0,001
Ideação Paranóide	55,596	0,000
Psicoticismo	18,269	0,000
Índice Geral de Sintomas	55,828	0,000

- **Existe uma relação estatisticamente significativa entre o Índice Geral de Sintomas e o suporte social durante o isolamento**

Com o objetivo de medir a relação entre as variáveis independentes quantitativas IGS e suporte social e entender o que representa, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A escolha por este método estatístico justifica-se por permitir compreender como uma das variáveis se comporta num cenário em que a outra varia, visando identificar se existe alguma relação entre a variabilidade de ambas. Embora não implique causalidade, permite exprimir em números (grau de correlação através de valores situados entre -1 e 1) essa relação, ou seja, quantificar a relação entre as duas variáveis, e assim entender como a variabilidade de suporte social afeta o IGS e vice-versa.

Na tabela seguinte são apresentadas as associações mais significativas para esta análise.

TABELA 12: Coeficiente da correlação de Pearson entre as variáveis relativas ao suporte social durante o isolamento e o Índice Geral de Sintomas

		Suporte social de familiares e amigos	Suporte dos serviços de saúde
Índice Geral de Sintomas	r	-0,310**	-0,342**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000

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

Assim sendo, através da leitura da tabela anterior, é possível verificar que o suporte social, quer seja de familiares e amigos como dos serviços de saúde, se correlaciona negativa (quando uma aumenta a outra diminui) e significativamente ($p \leq 0,05$) com o IGS, que de uma forma geral permite ponderar a intensidade do mal-estar psicológico, sendo a força de associação fraca com o suporte social de familiares e amigos (valor de $r = -0,310$) e com o suporte dos serviços de saúde ($r = -0,342$). Isto sugere que um menor suporte social propicia a intensidade do mal-estar psicológico, o que nos permite concluir que existe evidência da presença de uma relação estatisticamente significativa entre o IGS e o suporte social durante o isolamento neste estudo.

- **Existe uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões da sintomatologia psiquiátrica e a presença de sintomas após 90 dias**

Para avaliar o efeito das dimensões da sintomatologia psiquiátrica (variável independente) sobre a presença de sintomas após 90 dias (variável dependente/de resultado) foi utilizado o teste de análise de variância ANOVA. A aplicação deste método inferencial ao conjunto de dados permitiu-nos avaliar a relação linear entre estas variáveis pela comparação das médias dos valores das subescalas entre os dois grupos identificados (com/sem sintomas após 90 dias). Por outras palavras, permitiu verificar se existiam ou não diferenças

significativas entre as médias dos dois grupos (com/sem sintomas após 90 dias) como resultado do efeito das dimensões da sintomatologia psiquiátrica.

A tabela integral desta análise estatística encontra-se para consulta no Anexo II. Os dados estatísticos mais relevantes são apresentados na tabela que se segue.

TABELA 13: Avaliação da associação entre a presença de sintomas após 90 dias e a sintomatologia psiquiátrica

	F	Sig.
Somatização	24,075	0,000
Obsessão-Compulsão	42,853	0,000
Sensibilidade Interpessoal	32,702	0,000
Depressão	39,949	0,000
Ansiedade	24,065	0,000
Hostilidade	42,644	0,000
Ansiedade Fóbica	28,741	0,000
Ideação Paranóide	33,107	0,000
Psicoticismo	16,496	0,000

Analisando a tabela, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores referentes às dimensões da sintomatologia psiquiátrica entre os dois grupos identificados (com/sem sintomas após 90 dias) dado que, para todas as dimensões, as avaliações do valor de p são $\leq 0,05$, o que nos permite rejeitar H_0 e assumir que existem diferenças entre as médias dos dois grupos como resultado do efeito das subescalas da sintomatologia psiquiátrica. Estes dados permitem-nos assumir que existem evidências significativas de uma relação entre as variáveis na sua generalidade.

- **Existe uma associação estatisticamente significativa entre a percepção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento**

Para verificar se existe associação entre duas variáveis qualitativas (percepção global e genérica da qualidade de vida após infeção/suporte social de familiares e amigos durante o isolamento) foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. A escolha por este método estatístico não paramétrico justifica-se por o mesmo permitir verificar se a frequência absoluta

observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição de frequência absoluta esperada.

No entanto, para garantir resultados válidos, o teste de Qui-Quadrado deve ser utilizado apenas se forem respeitados os seguintes pressupostos: as frequências esperadas em cada classe não devem ser inferiores a 5 unidades sempre que o número total de observações é $n \leq 20$; se $n > 20$ não deverá existir mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 nem deverá existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 1. Quando estes pressupostos são violados, há sugestão de fazer correções nos resultados, implementar técnicas de *bootstrapping* e contar com outros testes, especialmente os que não pedem que os valores esperados sejam grandes, como é exemplo o *Fisher's Exact Test*.

Na tabela seguinte são apresentadas as associações mais significativas para esta análise.

TABELA 14: Avaliação da associação entre a perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-Quadrado de Pearson	290,189 ^a	25	,000
Razão de Verossimilhança	191,193	25	,000

a. 25 células (69,4%) esperavam uma contagem menor que 5.
A contagem mínima esperada é ,01.

Perante a análise destes resultados, e sendo o valor de $p=0,000$, em um nível de significância de 0,05 é possível concluir que a associação entre as variáveis (perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção/suporte social de familiares e amigos durante o isolamento) é estatisticamente significativa. Desta forma, há diferença estatística quando comparamos a perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão de resultados, de acordo com Sampieri, Collado & Lúcio (2013), prevê que se realizem conclusões, recomendações e implicações de forma a produzir conhecimento.

Nesta perspectiva, depois de no ponto anterior ter sido realizada a descrição dos dados obtidos e realçados os resultados mais relevantes, nesta etapa do trabalho, com vista a dar resposta à questão de investigação e de forma a atingir os objetivos propostos, torna-se necessário discutir os resultados obtidos tendo subjacente os dados de natureza teórica descritos na primeira parte do trabalho.

Assim sendo, tomando como primeiro ponto de análise os resultados obtidos através da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas e considerando um vasto leque de artigos publicados até então, deparámo-nos com parca informação que defina um perfil e caracterize a população infetada com SARS-CoV-2. De uma forma geral sabe-se que a COVID-19 acomete a indivíduos de qualquer idade e estado de saúde, porém as formas mais graves da doença ocorrem predominantemente em idosos, crianças ou pessoas imunodeprimidas (Singh, Shaikh et al., 2020).

No que diz respeito à amostra do presente estudo, verificamos que a maioria dos participantes são solteiros (61,7%) e do sexo feminino (83,7%), sendo a idade média da amostra de 36,73 anos.

Os dados indicam-nos ainda que 63,5% da totalidade dos participantes completou o ensino superior; 87,5% estão em situação laboral ativa e 74,8% refere que o seu rendimento anual familiar varia entre 10.001 e 20.000.

Por sua vez, em relação às variáveis clínicas, 88,1% dos participantes da amostra refere que teve sintomas por infeção de SARS-CoV-2, maioritariamente mialgias (41,8%) e astenia (20,5%). E, 90 dias após, 61,4% ainda acusa a presença de sintomatologia.

No entanto, apesar desta prevalência, 57,9% dos inquiridos menciona uma boa perceção global e genérica da qualidade de vida após a infeção. E, relativamente ao suporte dos serviços de saúde, durante o período de isolamento, 43,9% dos participantes da amostra classificam este suporte como muito bom. De igual forma, e durante o mesmo período de tempo, 63,5% dos participantes classificam o suporte social de familiares e amigos, também como muito bom.

Relativamente às manifestações sintomáticas, os dados obtidos no presente estudo são corroborados pela literatura quando a mesma nos diz que em pacientes adultos o SARS-CoV-2 tem demonstrado potencial para afetar diferentes sistemas, mais precisamente o respiratório, o neurológico e o gastrointestinal, sendo os sintomas mais frequentes febre, tosse, dispneia, envolvimento musculoesquelético (mialgia e artralgia), diarreia, anosmia e disgeusia (Cespedes & Souza, 2020).

Regra geral, a maioria das pessoas infectadas têm sintomas ligeiros ou moderados e não requerem tratamento hospitalar (Almeida et al., 2020). Porém, e de acordo com estudos mais recentes, em alguns pacientes os sintomas persistem após a infeção.

Em Roma, por exemplo, o acompanhamento de 143 pacientes hospitalizados por COVID-19 revelou que dois meses após o início dos sintomas apenas 12,6% dos mesmos não manifestava sintomas atribuídas à doença e, dentre os sintomáticos, queixas de astenia ou fadiga foram as mais comuns (53,1%), seguida de dispneia (43,4%), artralgia (27,3%) e dor torácica (21,7%). Tosse, anosmia, coriza, disgeusia, odinofagia, mialgia, diarreia, vertigem, cefaleia, olhos secos e hiperemia conjuntival também foram relatados. O mesmo estudo dá-nos também indicação de que 44,1% dos inquiridos expressou piora na sua qualidade de vida (Carfi et al., 2020).

Rosales-Castillo, Ríos & García (2020), num estudo de coorte espanhol com 118 pacientes, após 50 dias de alta hospitalar por COVID-19, observou que 62,5% dos indivíduos apresentava persistência de sintomas, nomeadamente dispneia (31,4%), astenia (30,5%), mialgia (13%), tosse (5%), anosmia (1,7%) e ageusia (1%).

Também uma pesquisa desenvolvida pela Universidade de Paris e pelo Centro de Epidemiologia e Saúde Pública de Villejuif mostrou que, em França, entre os 279 pacientes hospitalizados por COVID-19 e acompanhados por 110 dias após internamento, além de fadiga (55%) e dispneia (42%), foram relatados comprometimento da memória (34%), dificuldade na concentração (28%), distúrbios do sono (30,8%) e queda de cabelo (20%), sendo necessário um acompanhamento a longo prazo destes pacientes em programas de reabilitação (Garrigues et al., 2020).

Neste enquadramento, e considerando os dados da amostra, verificamos que efetivamente a presença de comorbilidades é evidente em 71,8% dos participantes.

Embora a pandemia de COVID-19 seja um fenómeno relativamente recente, existem também já algumas investigações realizadas que visam avaliar o impacto do contexto pandémico na saúde mental e bem-estar dos indivíduos. E, neste âmbito, os indicadores que têm sido relatados com maior frequência referem-se, maioritariamente, ao aumento de sintomatologia de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico, perturbação de stress pós-traumático e perturbações do sono (Huang & Zhao, 2020).

De acordo com Wang et al. (2020), no seu estudo longitudinal, sintomas moderados a graves de stress (8,1%), ansiedade (28,8%) e depressão (16,5%) foram encontrados na população chinesa durante o surto inicial. Guo et al. (2020), no seu estudo transversal, também ele realizado na China, concluiu que dos 2331 participantes, 762 (32,7%) experimentaram sintomatologia de ansiedade elevada (25,4%) ou depressão (21,3%). Resultados semelhantes foram observados por Huang & Zhao (2020), na sua pesquisa transversal, que objetivou avaliar a carga de saúde mental na população chinesa durante o

surto de COVID-19 através da aplicação de um questionário eletrónico de autopreenchimento, concluí que 35,1%, 20,1% e 18,2% da totalidade da amostra manifestaram, respetivamente, sintomas de ansiedade, depressão e má qualidade do sono. Sendo que foi na população mais jovem que se verificou uma prevalência significativamente maior de sintomas de ansiedade e depressão, e no grupo dos profissionais de saúde uma má qualidade do sono.

E, é ainda no grupo dos profissionais de saúde, principalmente naqueles que no decurso da pandemia por COVID-19 tem estado na linha da frente a cuidar de doentes infetados com SARS-CoV-2, que se evidenciam sinais significativamente mais elevados não só de *burnout* (exaustão física e emocional) (Barello, Palamenghi & Graffigna, 2020; Matsuo et al., 2020) como também de manifestações psicossomáticas (Afonso & Figueira, 2020) e perturbações depressivas e de ansiedade (Lai et al., 2020). Sendo que, com o tempo, podem surgir comportamentos de risco, como o abuso de substâncias (ansiolíticos, hipnóticos, tabaco, álcool, entre outras) e, nas situações de maior gravidade, pode dar-se o aparecimento ou o agravamento de pensamentos e/ou comportamentos suicidas (Afonso & Figueira, 2020).

Um estudo realizado em Espanha concluiu que mais de 90% dos enfermeiros admitiram que a prática clínica durante o surto de COVID-19 afetou a sua saúde mental e desencadeou sentimentos de exaustão e sobrecarga emocional (Del Pozo-Herce et al., 2021). Além disso, uma meta-análise que incluiu estudos sobre a prevalência de ansiedade em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19 concluiu que enfermeiras e outros profissionais de saúde da linha da frente eram aqueles que relatavam níveis mais elevados de ansiedade (Santabarbara et al., 2021).

No presente estudo, a prevalência de sintomatologia psicopatológica foi avaliada com recurso ao BSI e verificamos que os participantes apresentam pontuações médias mais elevadas nas dimensões de psicossintomatologia “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade Fóbica”. Simultaneamente, através do IGS incorporado no BSI, foi também possível verificar que o valor calculado na amostra (1,0341) é superior ao valor de referência (0,83), o que evidência a presença de sofrimento clinicamente significativo. Assim sendo, concluímos que se verifica a prevalência de sintomas psicopatológicos na amostra do presente estudo, nomeadamente sinais e sintomas de depressão e ansiedade.

De acordo com a literatura, fatores como a duração da quarentena, associada ao medo da infeção ou medo da transmissão a outros, o acesso a informações inadequadas (*fake news*) ou a exposição excessiva a notícias sobre a COVID-19, a diminuição dos contactos sociais, a perda financeira e o estigma em relação aos contaminados ou familiares, têm sido referidos como preditores de problemas de saúde mental, estando associados a um aumento significativo do sofrimento psicológico (Brooks et al., 2020). Neste cenário invulgar, de múltiplas perdas reais ou antecipadas, de alteração das rotinas e confinamento dos espaços físicos e relacionais, em que a perceção de segurança pessoal, a

diferentes níveis, pode estar ameaçada, é natural que muitas pessoas avaliem esta situação como ameaçadora da sua integridade física e psicológica e percebam os seus recursos e competências para lhe fazer face como insuficientes ou ineficazes (Ribeiro, Pereira, Gonçalves & Sampaio, 2020). Deste modo, não é surpreendente que o impacto psicológico da experiência da pandemia e das medidas de proteção implementadas se manifeste de forma significativa, a curto e longo prazo, na saúde mental das populações que vivenciam a pandemia, e sob a forma de sintomas de ansiedade, pela antecipação de diferentes níveis de perigo, e/ou de depressão, pela antecipação ou vivência de diferentes tipos de perdas (Wang et al., 2020).

Neste enquadramento, o rastreio do mal-estar psicológico, ao permitir a identificação e intervenção precoces nas perturbações psiquiátricas, pode ter importantes implicações na diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Derogatis, 2001).

Estudos sobre epidemias anteriores mostram que alguns fatores parecem promover a resiliência das populações e o bem-estar psicológico nestas circunstâncias. Por exemplo, a ativação das redes de suporte, o apoio social fornecido pelas pessoas com as quais um indivíduo está confinado, bem como o contacto com pessoas significativas por meio de tecnologias da informação e comunicação, onde são exemplo o telefone e as redes sociais, são fatores que estão inversamente correlacionados com a severidade da sintomatologia psicopatológica (Palinkas et al., 2004). Além disso, o evitamento da exposição excessiva a notícias sobre a COVID-19, a manutenção de um estilo de vida saudável, isto é, com rotinas de sono, alimentação, exercício físico e momentos de autocuidado, têm sido apresentados como medidas que ajudam a prevenir um maior impacto psicológico negativo (Ribeiro, Pereira, Gonçalves & Sampaio, 2020).

Recentemente, Pinho et al. (2021), através de um estudo de coorte prospetivo realizado em Portugal numa amostra de 199 enfermeiros, vem confirmar que o uso de estratégias de promoção da saúde mental, como a atividade física, atividades de relaxamento, atividades recreativas, alimentação saudável, ingestão adequada de água, intervalos entre os turnos de trabalho, a manutenção de contatos sociais remotos e a verbalização de sentimentos/emoções, são cruciais para reduzir os sintomas de stress, ansiedade e depressão dos enfermeiros durante o surto de COVID-19.

Tendo em consideração esta linha de pensamento, no presente estudo, através da correlação de Pearson, foi possível verificar uma fraca e negativa relação entre o IGS e o suporte social, quer seja de familiares e amigos como dos serviços de saúde. Isto sugere que um menor suporte social propicia a intensidade do mal-estar psicológico, permitindo-nos concluir que existe evidência da presença de uma relação estatisticamente significativa entre o IGS e o suporte social durante o isolamento.

Ainda neste estudo, é possível verificar que existem diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomas após 90 dias, como resultado do efeito das dimensões da

sintomatologia psiquiátrica. No entanto, devido à escassa literatura sobre esta temática até ao momento, não nos é possível confrontar estes resultados com outros estudos.

Pelo exposto, 57,9% dos participantes da amostra mencionam uma boa perceção global e genérica da qualidade de vida após a infeção. E, relativamente ao suporte dos serviços de saúde, durante o período de isolamento, 43,9% dos participantes da amostra classificam este suporte como muito bom. De igual forma, e durante o mesmo período de tempo, 63,5% dos participantes classificam o suporte social de familiares e amigos, também como muito bom.

Neste contexto, e referindo novamente o estudo desenvolvido por Pinho et al. (2021), no contexto do surto de COVID-19 o recurso a estratégias de promoção de saúde mental é fundamental para reduzir sintomas de stress, ansiedade e depressão, sendo o apoio emocional apontado como uma dessas medidas.

Para finalizar, no estudo foi possível concluir ainda que a associação entre as variáveis, perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e suporte social de familiares e amigos durante o isolamento, é estatisticamente significativa. Desta forma, há diferença estatística quando comparamos a perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção e o suporte social de familiares.

CONCLUSÃO

No decorrer da atual situação pandémica, para além das já conhecidas repercussões epidemiológicas e do impacto na saúde global das populações, dadas as medidas necessárias para diminuir as cadeias de contágio e, consequentemente, reduzir a propagação do vírus, um conjunto de alterações psicossociais devem ser consideradas. Com efeito, antecipa-se que, para além do medo da doença e da morte, a experiência do isolamento e/ou distanciamento social, aliada à incerteza e às preocupações em relação ao que o futuro reserva têm, a curto e longo prazo, um impacto significativo na saúde mental, individual e social, tanto na população em geral como, em particular, nos grupos mais vulneráveis, nomeadamente os profissionais de saúde e os grupos populacionais com perturbação mental prévia.

Nestas circunstâncias, verifica-se um acréscimo acentuado de perturbações de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico, PSPT e perturbações do sono, assim como a agudização de situações de vulnerabilidade social e de suicídio. E, para mitigar este sofrimento psicológico, torna-se necessário uma reestruturação dos serviços prestadores de cuidados na área da saúde mental.

Neste enquadramento, o presente trabalho teve como principal finalidade perceber se a presença e gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade podem variar em função da presença prévia ou concomitante de comorbilidades após a infeção pelo SARS-CoV-2 com vista a, num futuro, dar resposta às mais variadas necessidades neste âmbito.

Assim, no horizonte temporal a que se compreendeu o estudo, propusemo-nos obter os seguintes objetivos: caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; avaliar sinais e sintomas de ansiedade e depressão após infeção pelo SARS-CoV-2; identificar os sintomas predominantes nas pessoas após infeção pelo SARS-CoV-2; analisar a representação que as pessoas infetadas têm sobre o suporte social; identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 que possuam comorbilidades e vivenciem ansiedade ou sintomatologia depressiva.

Em virtude do exposto ao longo deste trabalho e dos resultados apresentados, consideramos que cumprimos os objetivos propostos, e concluímos que a pandemia, além dos problemas de ordem fisiológica já bem conhecidos, com destaque para mialgias (41,8%) e astenia (20,5%) na nossa amostra, tem vindo a agravar os níveis de ansiedade e depressão da população após infeção por SARS-CoV-2. No entanto, os dados sugerem que o suporte social, quer seja de familiares e amigos como dos serviços de saúde, embora com uma força de associação fraca, correlaciona-se de forma significativa e negativa com o IGS, ou seja, existe evidência, na população deste estudo, que durante o isolamento o suporte social que recebeu ajudou a diminuir a intensidade do mal-estar experienciado.

Os dados recolhidos da amostra permitiram ainda verificar que o suporte social de familiares e amigos durante o isolamento favoreceu uma perceção global e genérica da qualidade de vida após infeção positiva, ou seja, os indivíduos que receberam este tipo de suporte social sentem-se mais otimistas em relação ao seu futuro.

Tentamos também averiguar se existiam diferenças significativas entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades e verificou-se que para todas as dimensões corresponde $p < 0,05$, pelo que podemos considerar que a presença de comorbilidades interfere com o *distress* psicológico dos participantes em todas as subescalas.

Simultaneamente, os dados dizem-nos também que existem evidências significativas entre as dimensões da sintomatologia psiquiátrica e a presença de sintomas após 90 dias, isto é, as dimensões da sintomatologia psiquiátrica são mais evidentes nos indivíduos que após 90 dias da infeção por SARS-CoV-2 ainda manifestam sintomatologia compatível com a infeção.

Neste contexto, e fazendo referência ao preconizado pela teoria das transições de Afaf Meleis, podemos afirmar que perante estes resultados torna-se fundamental que o EEESMP, como agente “facilitador de transição”, desenvolva estratégias psicoterapêuticas que lhe permita reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante o processo de transição, na intenção de impedir consequências negativas e favorecer resultados positivos à saúde do indivíduo em transição.

Assim, atendendo às alterações em saúde mental identificadas no estudo e tendo em consideração o processo de enfermagem, é possível assinalar alguns focos de atenção relevantes para a prática de enfermagem nesta área, nomeadamente: “ansiedade”; “tristeza”; “solidão”; “medo”; “stress”; “insónia”, “*coping*”, entre outros.

A presença de muitos destes focos, cria várias dificuldades no indivíduo e compromete a realização dos seus objetivos de vida. Perante esta condição, são vários os diagnósticos de enfermagem que se podem verificar, como é o caso de ansiedade/tristeza/solidão presente, medo/stress elevado, sono comprometido, *coping* comprometido, entre outros. Neste sentido, torna-se importante o EEESMP desenvolver intervenções de enfermagem adequadas a cada situação, entre elas de referir: executar apoio emocional; executar relação de ajuda; ensinar sobre ansiedade; executar intervenções psicoeducativas; executar relaxamento; orientar sobre estratégias de redução de ansiedade (gerir ansiedade); incentivar o indivíduo a manter um sono e repouso adequados; incentivar o indivíduo a dedicar tempo a si mesmo, por exemplo através da prática de ioga, ouvindo música, meditando, aprendendo técnicas de relaxamento, através da realização de massagens, entre outras.

Nesta fase final do estudo e refletindo sobre o trabalho realizado cumpre-nos dizer que, tal como acontece com outras investigações, deparamo-nos com algumas dificuldades no decorrer da realização do mesmo, pelo que apresenta algumas limitações. Entre estas, apontamos as próprias fragilidades inerentes a um estudo transversal e o facto de termos optado por uma amostragem não probabilística por redes.

O fator tempo foi também uma limitação, mas que se tentou ultrapassar de uma forma ética e moral responsável.

Uma outra limitação, e talvez a que mais influenciou todo o trabalho de investigação, surgiu do facto desta problemática ser recente e, como tal, as informações e os estudos, publicações e artigos disponíveis ainda são escassos, o que dificultou a comparação de dados. Desta forma, os resultados não podem ser generalizados para toda a população. E como tal, julgamos pertinente que sejam realizados mais estudos nesta área, e que os mesmos tenham maior representatividade da realidade nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, A., & Abad, T. M. (2020). Covid-19: o fator psicológico. *Integración Académica en Psicología*, 8 (23), 4-10. Recuperado de <https://comepsi.mx/attachments/article/189/Revista%20Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V8N23.pdf>
- Alfaro-Lafevre, R. (1996). *Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático*. Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 75-76
- Almeida, J. O., Oliveira, V. R. T., Avelar, J. L. S., Moita, B. S., & Lima, L. M. (2020). COVID-19: Fisiopatologia e Alvos para Intervenção Terapêutica. *Revista Virtual de Química*, 12 (6), 1464-1497. DOI: 10.21577/1984-6835.20200115
- Afonso, P. (2020). O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 33 (5), 356-357. <https://doi.org/10.20344/amp.13877>
- Afonso, P., & Figueira, L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6 (1), 2-3. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i1.131>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A., Rocha, A. S. ... Lima, R. T. R. S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 2423- 2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- Araújo, N. G. (2011). Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7 (2), 37-45. Recuperado em 16 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000200007&lng=pt&tlng=pt
- Azevedo-Pereira, J. M. (2020). SARS-CoV-2 e COVID-19: Os Aspectos Viroológicos de uma Pandemia. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 12 (1-2), 20-26. <https://doi.org/10.25756/rpf.v12i1-2.237>
- Baldin, N., Munhoz, E. M. B. (2011). Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. Curitiba. Recuperado de: https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113-129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>

- Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N. ... Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in Northern Italy. *Front Psychiatry*, 11, 720. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00720>
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (18), 125-132. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18015>
- Bo, Y., Guo, C., Lin, C., Zeng, Y., Li, H. B., Zhang, Y. ... Lao, X. Q. (2020). Effectiveness of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 transmission in 190 countries from 23 January to 13 April 2020. *International Journal of Infectious Diseases*, 102, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.10.066>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. In: SIMÕES, M. et al - Testes e provas psicológicas em Portugal, 2 (95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In: SIMÕES, M. et al - Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, 3, Coimbra: Quarteto. ISBN: 978-989-558-101-6
- Carfì, A., Bernabei, R., Landi, F., & Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*, 324 (6), 603-605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
- Carvalho, J. C., & Sequeira, C. (2005). Ansiedade: Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem. *Nursing*, Ano 16 (197), pp. 12-15
- Cespedes, M., & Souza, J. (2020). Coronavírus: a clinical update of COVID-19. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66 (2). <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.2.116>
- Chaves, T. S. S., & Bellei, N. (2020). SARS-COV-2, o novo Coronavírus: uma reflexão sobre a Saúde Única (*One Health*) e a importância da medicina de viagem na emergência de novos patógenos / SARS-CoV-2, the new coronavirus: a reflection about "One Health" and the importance of travel medicine when new pathogens emerge. *Revista de Medicina*, 99 (1), i-iv. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i1pi-iv>
- Cheng, S. K., Wong, C. W., Tsang, J., & Wong, K. C. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine*, 34 (7), 1187-1195. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002272>

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J. ... Reinap, M. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395 (10242), 1973-1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)

Croda, J. H. R., & Garcia, L. P. (2020). Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29 (1), e2020002. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>

Crozier, A., Rajan, S., Buchan, I., & McKee M. (2021). Put to the test: use of rapid testing technologies for covid-19. *The BMJ*, 372 (208). <https://doi.org/10.1136/bmj.n208>

Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D., & Mario, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research*, 291, 113213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>

Declaração de Retificação n.º 11-D/2020 de 20 de Março da Presidência do Conselho de Ministros - Secretaria-Geral. Diário da República n.º 57/2020, 2º Suplemento, Série I

Decreto n.º 2-B/2020 de 02 de Abril da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 66/2020, 2º Suplemento, Série I

Decreto n.º 2-C/2020 de 17 de Abril da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 76/2020, 1º Suplemento, Série I

Decreto do Presidente da República n.º 59-A/2020 de 20 de Novembro. Diário da República n.º 227/2020, 1º Suplemento, Série I

Decreto n.º 11/2020 de 6 de Dezembro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 236-A/2020, Série I

Decreto n.º 2-A/2021 de 7 de Janeiro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 4/2021, 2º Suplemento, Série I

Decreto n.º 3-A/2021 de 14 de Janeiro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 9/2021, 1º Suplemento, Série I

Decreto n.º 3-B/2021 de 19 de Janeiro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 12/2021, 1º Suplemento, Série I

Decreto n.º 3-C/2021 de 22 de Janeiro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 15/2021, 1º Suplemento, Série I

Decreto n.º 4/2021 de 13 de Março da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 50-A/2021, Série I

Decreto n.º 5/2021 de 28 de Março da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 60-A/2021, Série I

Decreto n.º 6/2021, de 3 de abril da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 64-A/2021, Série I

Decreto n.º 6-A/2021 de 15 de Abril da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 73/2021, 2º Suplemento, Série I

Decreto n.º 7/2021 de 17 de Abril da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 74-A/2021, Série I

Derogatis, L. R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (595-605).

Derogatis, L. R. (2001). BSI 18 - Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: Pearson

Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de Neve e Respondent-driven Sampling: uma descrição dos métodos. Porto Alegre. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2017). Saúde Mental - Perguntas e Respostas. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2020a). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2020b). MERS-CoV. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/coronavirus/mers-cov.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2020c). Perguntas Frequentes. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>

Direção Geral da Saúde. (2020d). Casos de infeção por novo Coronavírus (COVID-19). Recuperado de: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-02032020-1728.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020e). Orientação nº 015/2020 de 23/03/2020 atualizada a 24/04/2020. COVID-19: Diagnóstico Laboratorial

Direção Geral da Saúde. (2020f). Orientação nº 019/2020 de 26/10/2020 atualizada a 24/06/2021. COVID-19 - Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2

Direção Geral da Saúde. (2020g). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020h). Despacho nº 006/2020 de 17/03/2020. Atualização da Task Force para a operacionalização e a implementação de medidas para prevenção e controlo da infeção por novo Coronavírus - COVID-19 previstas no plano de contingência

Direção Geral da Saúde. (2020i). Orientação nº 011/2020 de 18/04/2020. COVID-19: Fase de mitigação

Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet*, 7 (4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Elengoe, A. (2020). COVID-19 Outbreak in Malaysia. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 11 (3), 93-100. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2020.11.3.08>

Espinosa, O. A., Zanetti, A. S., Antunes, E. F., Longhi, F. G., Matos, T. A., & Battaglini, P. F. (2020). Prevalence of comorbidities in patients and mortality cases affected by SARS-CoV2: a systematic review and meta-analysis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 62 (43). <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062043>

Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63 (1), 32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização (3ª ed.)*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-10-X.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

French, I., & Lyne, J. (2020). Acute exacerbation of OCD symptoms precipitated by media reports of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37 (4), 291-294. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.61>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15, e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., Bot, A., Hamon, A., Gouze, H. ... Nguyena, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after

hospitalization for COVID-19. *The Journal of infection*, 81 (6), e4-e6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>

Gomes, J. C. R., Cortez, E., & Damásio, V. F. (2020). *Saúde mental em todas as políticas: oito exemplos de como fazer*. In Sequeira, C., Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 49-56). Lisboa: Lidel - Editoras Técnicas, Lda.

Gomes, G. G. C., Bisco, N. C. B., Paulo, M. F., Fabrin, S. C. V., Floco, E. M., Verri, E. D., & Regalo, S. C. H. (2020). Epidemiological profile of the New Infectious Coronavirus Disease - COVID-19 (Sars-Cov-2) in the world: Descriptive study, january-june 2020. *Brazilian Journal of health Review*, 3 (4), 7993-8007. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-064>

Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., Groot, R. J., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., ... Ziebuhr, J. (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5 (4), 536-544. DOI: 10.1038/s41564-020-0695-z

Grant, M. C., Geoghegan, L., Arbyn, M., Mohammed, Z., McGuinness, L., Clarke, E. L., & Wade, R. G. (2020). The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. *PLOS ONE*, 15 (6), e0234765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234765>

Guo, Y., Cheng, C., Zeng, Y., Li, Y., Zhu, M., Yang, W., Xu, H., Li, X., Leng, J., Monroe-Wise, A., & Wu, S. (2020). Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (8), e20328. <https://doi.org/10.2196/20328>

Guimarães, I. R. (2020). *Género e o impacto psicológico do SARS-CoV-2: Uma revisão sistemática da literatura*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. URL <https://hdl.handle.net/10216/129933>

Hartenian, E., Nandakumar, D., Lari, A., Ly, M., Tucker, J. M., & Glaunsinger, B. A. (2020). The molecular virology of coronaviruses. *The Journal of Biological Chemistry*, 295 (37), 12910-12934. <https://doi.org/10.1074/jbc.REV120.013930>

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10 (7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

Helmy, Y. A., Fawzy, M., Elasad, A., Sobieh, A., Kenney, S. P., & Shehata, A. A. (2020). The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology,

Diagnosis, Treatment, and Control. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (4), 1225.
<https://doi.org/10.3390/jcm9041225>

Hernandez, A., Correa-Agudelo, E., Kim, H., Branscum, A. J., Miller, F., MacKinnon, N., Cuadros, D. F. (2020). On the impact of early non-pharmaceutical interventions as containment strategies against the COVID-19 pandemic. *medRxiv*.
<https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20092304>

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group?. *Psychology Health & Medicine*, 26 (1), 23-24. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1754438>

International Council of Nurses. (2017). International Classification for Nursing Practice 2017 version. Geneva: International Council of Nurses

Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), 231-243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>

Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da República n.º 155/2005 - I-A Série. Assembleia da República. Lisboa

Lei n.º 36/1998 de 24 de Julho. *Diário da República n.º 169/1998 - I-A Série*. Assembleia da República. Lisboa

lei n.º 9/2020 de 10 de Abril. Diário da República n.º 71-A/2020, Série I. Assembleia da República. Lisboa

Kazlauskas, E., & Quero, S. (2020). Adjustment and coronavirus: How to prepare for COVID-19 pandemic-related adjustment disorder worldwide?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (1), 22-24.
<http://dx.doi.org/10.1037/tra0000706>

Khalil, O. A. K., & Khalil, S. S. (2020). SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição. *Revista de Medicina*, 99 (5), 473-479. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p473-479>

Khedkar, P. H., & Patzak, A. (2020). SARS-CoV-2: What do we know so far?. *Acta physiologica*, 229 (2), e13470. <https://doi.org/10.1111/apha.13470>

Ladeia, D., Silva, A., Gonçalves, B., Damasceno, C., Vieira, J. P., Silva, J., Lopes, L., Queiroz, N., & Lopes, A. (2020). Análise da saúde mental na população geral durante a

pandemia de Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, e3925. <https://doi.org/10.25248/reas.e3925.2020>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3 (3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lam, M. H., Wing, Y. K., Yu, M. W., Leung, C. M., Ma, R. C., Kong, A. P., So, W. Y., Fong, S. Y., & Lam, S. P. (2009). Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Archives of Internal Medicine*, 169 (22), 2142-2147. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>

Lee, B., & Raszka, W. V. (2020). COVID-19 Transmission and Children: The Child Is Not to Blame. *Pediatrics*. 146 (2), e2020004879. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-004879>

Levine, C. (2020). Vulnerable Children in a Dual Epidemic. *Hastings Center Report*, 50 (3), 69-71. <https://doi.org/10.1002/hast.1140>

Lima, M. L. S. O., Almeida, R. K. S., Fonseca, F. S. A., & Gonçalves, C. C. S. (2020). A química dos saneantes em tempos de COVID-19: você sabe como isso funciona?. *Química Nova*, 43 (5), 668-678. <http://dx.doi.org/10.21577/0100-4042.20170685>

Maia, T. (2021). Apoio Emocional - Linha de apoio emocional a profissionais. *Saúde Mental*, 3, 8-9

Matsunaga, H., Mukai, K., Yamanishi, K. (2020). Acute impact of COVID-19 pandemic on phenomenological features in fully or partially remitted patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (10), 565-566. <https://doi.org/10.1111/pcn.13119>

Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*, 3 (8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>

Morgado, P. (2021). Cuidar de quem cuida - Programa de Consultas de Psiquiatria para Profissionais de Saúde. *Saúde Mental*, 3, 3-4

Moura, P., Ruivo, R., Pires, A. M. (2020). The PROGERPSI Programme: A New Comprehensive Approach for Healthcare Institutions in Portugal. In: Tevik Løvseth L., de Lange A.H. (eds) Integrating the Organization of Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59467-1_18

Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da

Literatura. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6 (2), 67-76.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>

National Health Commission of China (2020). Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia. Recuperado de <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>

Nunes, R. (2013). *Gene-Ética*. Coimbra: Almedina

Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., Wagner, G., Siebert, U., Ledingger, D., Zachariah, C., & Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD013574.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.pub2>

Okusaga, O., Yolken, R. H., Langenberg, P., Lapidus, M., Arling, T. A., Dickerson, F. B., Scrandis, D. A., Severance, E., Cabassa, J. A., Balis, T., & Postolache, T. T. (2011). Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 220-225.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.029>

Oliveira, B. A., Oliveira, L. C., Sabino, E. C., & Okay, T. S. (2020). SARS-CoV-2 and the COVID-19 disease: a mini review on diagnostic methods. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 62 (44). <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202062044>

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10* (10ª ed). EDUSP

Organização Mundial da Saúde. (2020a). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the vírus that causes it. Recuperado de [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

Organização Mundial de Saúde. (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organização Mundial de Saúde. (2020c). Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: Interim guidance - 19 March 2020. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331501>

Organização Mundial de Saúde. (2020d). COVID-19 situation in the WHO European Region. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>

Organização Mundial de Saúde. (2020e). Coronavírus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>

Organização Mundial de Saúde. (2020f). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavírus Disease 2019 (COVID-19). Recuperado de: <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, Publicado em Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-107

Palinkas, L. A., Petterson, J. S., Russell, J. C., & Downs, M. A. (2004). Ethnic differences in symptoms of post-traumatic stress after the Exxon Valdez oil spill. *Prehospital and Disaster Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S1049023X0000552>.

Pan, Y., Li, X., Yang, G., Fan, J., Tang, Y., Zhao, J., Long, X., Guo, S., Zhao, Z., Liu, Y., Hu, H., Xue, H., & Li, Y. (2020). Serological immunochromatographic approach in diagnosis with SARS-CoV-2 infected COVID-19 patients. *Journal of Infection*, 81 (1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.051>

Pinheiro, A. L. P. (2018). *Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29985/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Ana%20Lu%c3%adsa%20Pinheiro%20n%c2%ba7759.pdf>

Pinho, L., Correia, T., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Lopes, M., & Fonseca, C. (2021). The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environmental Research*, 195. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828>

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), 148-163. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160202>

Polit, D. et al. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª Ed). Porto Alegre, Brasil: Artmed

Preskorn, S. H. (2020). Mental Health Care Providers Dealing With Coronavírus Disease 2019 (COVID-19): What Is the Definition of a Case, How Is That Changing, and What Kinds of Tests Are Available?. *Journal of Psychiatric Practice*, 26 (3), 215-218. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000473>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed). Lisboa: Gradiva. ISBN: 972-662-275-1

Resolução n.º 15-A/2020 de 18 de Março da Assembleia da República. Diário da República n.º 55/2020, 3º Suplemento, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/15-A/2020/03/18/p/dre>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020 de 30 de Abril. Diário da República n.º 85/2020, 3º Suplemento, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/33-A/2020/04/30/p/dre>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 53-A/2020 de 14 de Julho. Diário da República n.º 135/2020, 2º Suplemento, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/53-A/2020/07/14/p/dre>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2020 de 24 de Setembro. Diário da República n.º 190/2020, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/81/2020/09/29/p/dre>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020 de 14 de Outubro. Diário da República n.º 200/2020, 1º Suplemento, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/88-A/2020/10/14/p/dre>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 92-A/2020 de 31 de Outubro. Diário da República n.º 213/2020, 1º Suplemento, Série I (2020). Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/92-A/2020/11/02/p/dre>

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136 (7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>

Ribeiro, E., Pereira, A. R., Gonçalves, M. M., & Sampaio, A. (2020). Impacto psicológico da pandemia em estudantes universitários e a Linha de Apoio Psicológico SOS COVID-19 (APsi-UMinho e EPsi). <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.24.2>

Rosales-Castillo, A., Ríos, C., García, J. (2020). Persistencia de manifestaciones clínicas tras la infección COVID-19: importancia del seguimiento. *Medicina Clínica*, 156 (1), 35-36 <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.08.001>

Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lúcio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5ª ed). Porto Alegre: Penso.

Singh, N., Rai, S. N., Singh, V., & Singh, M. P. (2020). Molecular characterization, pathogen-host interaction pathway and in silico approaches for vaccine design against

COVID-19. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 110, 101874.
<https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2020.101874>

Singh, A., Shaikh, A., Singh, R., & Singh, A. K. (2020). COVID-19: From bench to bed side. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14 (4), 277-281.
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.011>

Souza, L. C., Silva, T. O., Pinheiro, A. R. S., & Santos, F. S. (2021). SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2: uma revisão narrativa dos principais Coronavírus do século / SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2: a narrative review of the main Coronaviruses of the century. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (1), 1419-1439. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-120

Teixeira, J. (2005). *Psicopatologia Geral. Introdução, Métodos e Modelos, Psicopatologia Descritiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicopatologia Aplicada.

Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina - Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (1), 89-98. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1680/1260>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Effets psychosociaux d'une flambée de maladie à virus ebola aux échelles individuelle, communautaire et international. *Bulletin of the World Health Organization*, 94 (3), 210-214.
<https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>

Vilelas, J. (2017). *Investigação - o Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). Portugal: Edições Sílabo. ISBN: 9789726189015

Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4 (5), 397-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)

Vokó, Z., & Pitter, J. G. (2020). The effect of social distance measures on COVID-19 epidemics in Europe: an interrupted time series analysis. *GeroScience*, 42, 1075-1082.
<https://doi.org/10.1007/s11357-020-00205-0>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.

International Journal of Environmental Research and Public Health.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., Litvak, I. J. (2008). Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 43 (6), 706-712.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>

Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), 39-42. <https://doi.org/10.1002/jts.20004>

Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J.O., Leone, C. (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *Journal of Human Growth and Development*, 28(3), 356-360. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

Zhang, Y., Jiang, B., Yuan, J., Tao, Y. (2020). The impact of social distancing and epicenter lockdown on the COVID-19 epidemic in mainland China: A data-driven SEIQR model study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.04.20031187>

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3 (1), 3-8.
<https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

ANEXOS

ANEXO I - Questionário do Projeto “Saúde mental e pandemia por COVID-19: reações e stress pós-traumático em pessoas em isolamento profilático ou infectadas, após recuperação”

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

☐ Compreendi o que me foi explicado e desejo participar no estudo

(passar para o questionário sociodemográfico)

☐ Não desejo participar no estudo

(agradecemos igualmente o tempo que disponibilizou)

Questionário sócio-demográfico

1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Nacionalidade: _____

4. Naturalidade: _____

5. Residência (Concelho): _____

6. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade ☐ 4ª classe ☐ 6º ano ☐ 9º ano ☐ 12º ano ☐

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Outro _____

7. Situação Profissional:

Ativo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Outro _____

8. Profissão: _____

9. Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

10. Filhos: Sim _____ Não _____ Se sim, quantos? _____

11. Rendimento anual familiar:

inferior a 10.000€ ☐ entre 10.001 e 20.000€ ☐ entre 20.001 e 37.500€ ☐

entre 37.501 e 70.000€ ☐ superior a 70.001€ ☐

2. ANAMNESE DE ENTRADA (SE ESTEVE ISOLADO DEVIDO A 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 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 - CivilianVersion

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

2.5.6. () 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.

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

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

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

Sim () Não ()

8. Devido ao isolamento e à experiência que vivenciou, teve oportunidade de estar em contacto com informações referentes à 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	☐	☐	☐	☐	☐
Direção Geral de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Presidência da República	☐	☐	☐	☐	☐
Governo / Ministério da Saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Hospitais	☐	☐	☐	☐	☐
Centros de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐
SNS24	☐	☐	☐	☐	☐
Comunicação social	☐	☐	☐	☐	☐
Redes Sociais	☐	☐	☐	☐	☐

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 cadauma 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 ouimpediram-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 acercada minha experiência.	0	1	2	3
8 – Dei por mim a pensar, automaticamente, acerca do que tinhaacontecido.	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 afastaros 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

INVENTÁRIO 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 VIVENCIOU 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:

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

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

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

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

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

Obrigado pela
sua colaboração!

ANEXO II - TABELA: Avaliação da associação entre a presença de sintomas após 90 dias e a sintomatologia psiquiátrica

TABELA: Avaliação da associação entre a presença de sintomas após 90 dias e a sintomatologia psiquiátrica

ANOVA					
		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z
Somatization	Entre Grupos	9,863	1	9,863	24,075
	Nos grupos	137,243	335	,410	
	Total	147,106	336		
Obsessive-Compulsive	Entre Grupos	17,485	1	17,485	42,853
	Nos grupos	136,683	335	,408	
	Total	154,168	336		
Interpersonal Sensitivity	Entre Grupos	22,786	1	22,786	32,702
	Nos grupos	233,425	335	,697	
	Total	256,211	336		
Depression	Entre Grupos	17,977	1	17,977	39,949
	Nos grupos	150,748	335	,450	
	Total	168,725	336		
Anxiety	Entre Grupos	13,052	1	13,052	24,065
	Nos grupos	181,693	335	,542	
	Total	194,745	336		
Hostility	Entre Grupos	16,902	1	16,902	42,644
	Nos grupos	132,774	335	,396	
	Total	149,676	336		
Phobic Anxiety	Entre Grupos	16,341	1	16,341	28,741
	Nos grupos	190,461	335	,569	
	Total	206,802	336		
Paranoid Ideation	Entre Grupos	17,416	1	17,416	33,107
	Nos grupos	176,227	335	,526	
	Total	193,643	336		
Psychoticism	Entre Grupos	7,638	1	7,638	16,496
	Nos grupos	155,109	335	,463	
	Total	162,747	336		

		Sig.
Somatization	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Obsessive-Compulsive	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Interpersonal Sensitivity	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Depression	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Anxiety	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Hostility	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Phobic Anxiety	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Paranoid Ideation	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
Psychoticism	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	

ANEXO III - TABELA: Avaliação das diferenças entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades

TABELA: Avaliação das diferenças entre as médias das subescalas do BSI e do GSI nos participantes com e sem comorbilidades

ANOVA		df	Z	Sig.
Somatization	Entre Grupos	1	29,415	,000
	Nos grupos	223		
Obsessive-Compulsive	Entre Grupos	1	46,271	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Interpersonal Sensitivity	Entre Grupos	1	43,819	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Depression	Entre Grupos	1	23,963	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Anxiety	Entre Grupos	1	12,364	,001
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Hostility	Entre Grupos	1	45,302	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Phobic Anxiety	Entre Grupos	1	11,897	,001
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Paranoid Ideation	Entre Grupos	1	55,596	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Psychoticism	Entre Grupos	1	18,269	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		
Global Severity Index	Entre Grupos	1	55,828	,000
	Nos grupos	223		
	Total	224		