



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Distress psicológico e estratégias de coping após isolamento
social devido a COVID-19

Dissertação

Porto, 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

DISTRESS PSICOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE COPING APÓS ISOLAMENTO SOCIAL DEVIDO A
COVID-19

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND COPING STRATEGIES AFTER SOCIAL ISOLATION DUE TO COVID-19

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu e coorientada pela Professora Doutora
Graça Pimenta

Paulo César da Costa Dias

Porto, 2021

Agradecimentos

O caminho realizado culminou com a conclusão desta dissertação. Este trajeto foi feito de recuos e avanços, com algumas retas mas também com curvas acentuadas. Mas as dificuldades existem apenas para serem ultrapassadas. Todas as lutas, pausas e limitações foram ultrapassadas com os contributos e incentivos de alguém. A todos fica o meu sincero reconhecimento e profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, como não podia deixar de ser, a todos os participantes que, no meio dos desafios que a atual pandemia impõe, demonstraram disponibilidade e interesse na participação deste estudo. Muitos, com certeza, descobriram ou reviveram o verdadeiro impacto, luta e dificuldades que a COVID-19 fez invadir nas suas vidas.

Aos Professores Doutora Graça Pimenta e Doutor Wilson Abreu um agradecimento pela paciência, confiança, rigor e apoio, mas principalmente pelos determinantes contributos prestados que permitiram a conclusão deste trabalho. De forma particular, ao Professor Doutor Wilson Abreu, que me acompanhou desde o início desta caminhada há dois anos atrás, mostrando-me sempre a direção certa, procurando minimizar alguns dos meus anseios e obstáculos que a insularidade assim impunha, inclusive na altura em que nos deparamos com um dos maiores desafios vividos até agora como foi a pandemia por COVID-19 enquanto pessoas, sociedade e neste caso alunos.

A todos os meus colegas, professores e orientadores, pela paciência, colaboração, ensinamentos e partilha. À colega e amiga Filipa que com a sua amizade e atenção de sempre encurtou milhares de quilómetros de distância.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde mais uma vez os nossos caminhos se cruzaram. Foi um regresso.

A toda a minha família. Por toda a vida de exemplo, educação e amor que me fizeram chegar até aqui.

À Margarida e Pedro, a minha grande força, a minha vida.

Por fim, ao Sr. João. Porque o início desta caminhada não começou há 2 anos. Sempre presente.

A todos, o meu sincero obrigado!

LISTA DE SIGLAS

BSI – *Brief Symptom Inventory*

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICC – Inventário de Crenças Centrais

IGS – Índice Global de Sintomas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSPT – Perturbação Stress Pós Traumático

RNA – Ácido Ribonucléico

MERS CoV – Síndrome respiratória do Médio Oriente coronavírus

SARS CoV – Síndrome respiratória aguda grave coronavírus

SARS CoV-2 – Síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

LISTA DE ABREVIATURAS

Cit. - citado

Et. al – E outros

F – teste de diferenças paramétrico ANOVA

gl – grau de liberdade

Kb – quilobase

N – população

P – nível de significância

r – Coeficiente de Correlação Pearson

Sig – Significância estatística

RESUMO

A presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social que a COVID-19 obriga é uma realidade patente em algumas das pessoas que experienciam esta vivência.

O presente estudo é parte integrante de um projeto de maior dimensão alocado ao CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Wilson Abreu subordinado ao tema: “*Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery*”. Segue uma abordagem quantitativa não experimental, descritiva, transversal e correlacional. Adotou-se uma técnica de amostragem não probabilística efetuada em efeito bola de neve (*snowball*), contabilizando um total de 581 participantes voluntários que vivenciaram situação de isolamento social. A amostra apresentava uma média de idades de 34,5 anos, na sua maioria do sexo feminino (82,6%). Os dados foram colhidos entre Janeiro e Março de 2021 com a aplicação de um questionário que contemplava as seguintes escalas: *Brief Symptom Inventory*, Derogatis (1993) (versão portuguesa) *Core Beliefs Inventory*, Cann et. al (2010) (versão portuguesa).

Os resultados deste estudo permitem constatar que existe evidência da presença de distress psicológico nas pessoas que vivenciam a situação de isolamento social por COVID-19, identificando a existência de distúrbio em todas as subescalas do BSI e do Índice Global de Sintomas (IGS). Identificamos que o ICC se correlaciona positiva e significativamente com todas as dimensões do distress psicológico em estudo, o que sugere que, quanto maior forem as alterações nas crenças previamente existentes, mais impacto terá na intensidade do mal-estar psicológico. O estudo realizado, através da ANOVA (F) permitiu concluir que, relativamente aos níveis de distress apresentados, existe uma diferença entre o tipo de isolamento social vivenciado uma vez que, quem vivencia a situação de isolamento por motivo de infeção apresenta níveis de sintomas psicopatológicos inferiores quando comparado com as pessoas que vivenciaram a situação de isolamento por motivo profilático com $p \leq 0,05$ na maioria das subescalas. Verificamos ainda que, apesar de significativamente relacionadas com o tipo de isolamento (profilático ou infeção), ambas as classificações dos tipos de suporte (social e dos serviços de saúde) não apresentam diferença relevante entre si.

Palavras-Chave: COVID-19; Isolamento Social; Distress; Saúde Mental

ABSTRACT

The presence of psychological distress symptoms due to the social isolation caused by COVID-19 is a reality evident in some of the people who experience it.

This study is part of a larger project allocated to CINTESIS/ESEP, coordinated by Professor Wilson Abreu, under the theme “Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”. We followed a non-experimental, descriptive, transversal, and correlational quantitative approach. We used the snowball effect, a non-probabilistic sampling technique, in a sample of 581 volunteer participants total who experienced social isolation. The sample was mostly female (82.6%) with an average age of 34.5 years. The data was collected between January and March of 2021 through a questionnaire that included the following scales: Brief Symptom Inventory, Derogatis (1993) (Portuguese version) Core Beliefs Inventory, Cann et. al (2010) (Portuguese version).

As for part of the results of this study, we are able to see that there is evidence of psychological distress symptoms in people who experience social isolation due to COVID-19, identifying disorder in all the BSI and Global Symptom Index subscales. We identified that the Core Beliefs Inventory is positively and significantly correlated with all dimensions of psychological distress in study, which suggests that the greater the changes in previously existing beliefs, the more impact they will have on the intensity of psychological distress. Regarding the existing levels of distress, the study conducted through ANOVA (F) allowed us to understand that there is a difference between the types of social isolation experienced, since those who experience isolation due to infection show lower levels of psychopathological symptoms when compared to those who experienced isolation for prophylactic reasons, reaching $p \leq 0.05$ results in most subscales.

Although significantly related to the type of isolation (prophylactic or infection), we also found out that both classifications of the support types (social and health services) do not show between them differences to be considered relevant.

Keywords: COVID-19; Social isolation; Distress; Mental health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I - COVID-19, ISOLAMENTO SOCIAL E PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE MENTAL	16
1. COVID-19 e Isolamento Social	16
1.1. Infecção pelo SARS-CoV-2: epidemiologia da infecção	16
1.2. Boas práticas de prevenção e tratamento. O isolamento social.....	19
1.3. Evidências sobre o recurso ao isolamento social.....	22
2. Isolamento Social: problemáticas de saúde mental	26
2.1. As relações interpessoais no contexto da saúde mental	29
2.2. Distress psicológico e isolamento social	32
2.3. Fatores de risco e ajustamento psicológico após isolamento social.....	35
CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO	42
1. Considerações metodológicas.....	42
1.1. Questão de investigação	42
1.2. Objetivos do estudo	43
1.3. Hipóteses de Investigação	44
1.4. Tipo de estudo.....	45
1.5. Amostra, Critérios de inclusão e exclusão.....	45
1.6. Instrumentos de recolha de dados.....	46
1.7. Procedimentos legais e éticos	48
1.8. Tratamento e análise dos dados	48
CAPITULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	50
1. Apresentação de resultados do estudo.....	50
1.1. Análise descritiva.....	50
1.2. Análise inferencial	60
CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
CONCLUSÃO	71
Referências Bibliográficas	74
ANEXOS	78
Anexo I – Questionário aplicado	

Anexo II - Estatística Descritiva dos sintomas psicopatológicos

ANEXO III - Estatística Descritiva relativa ao suporte social e serviços de saúde

Anexo V - Estatística Descritiva da média do BSI de acordo com o tipo de isolamento

Anexo VI - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)

Anexo VII - Relação entre o tipo de isolamento (profilático ou infeção) e a classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da população em situação de isolamento	51
Tabela 2 - Estatística Descritiva relativa aos diferentes tipos de suporte durante o isolamento	58
Tabela 3 - Estatística descritiva e comparação da média das dimensões do BSI da amostra com a média da população portuguesa.....	58
Tabela 4 - Coeficiente da Correlação de Pearson entre as variáveis relativas ao IGS e o ICC.....	61
Tabela 5 - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)	62
Tabela 6 - Estatística Descritiva dos sintomas Psicopatológicos.....	14
Tabela 7 - - Estatística Descritiva relativa ao suporte social de familiares e amigos durante o isolamento	16
Tabela 8 - Estatística Descritiva relativa ao suporte dos serviços de saúde durante o isolamento.....	16
Tabela 9 - Estatística Descritiva das médias relativas aos diferentes tipos de suporte durante o isolamento.....	16
Tabela 10 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Inventário de Crenças Centrais	18
Tabela 11 - Estatística Descritiva da média do BSI de acordo com o tipo de isolamento.....	20
Tabela 12 - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)	22
Tabela 13 - Relação entre o tipo de isolamento (profilático ou infeção) e a classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Organização e estrutura do genoma do SARS-CoV – 2	18
Figura 2- Ilustração dos objetivos das medidas de distanciamento social para reduzir e atrasar o pico da epidemia e proteger a capacidade dos serviços de saúde	25
Figura 3- Determinantes sociais da saúde mental durante a pandemia de COVID-19	39
Figura 4 - Os elementos temporais da resiliência psicológica.....	40
Figura 5 - Sexo dos participantes	53
Figura 6- Estado Civil	54
Figura 7 - Habilitações Literárias	54
Figura 8- Situação Profissional	54
Figura 9- Rendimento Anual Familiar	55
Figura 10 – Causa de isolamento.....	56
Figura 11 - Presença de Sintomas	56
Figura 12 - Sintomas Predominantes	56
Figura 13 - Presença de sintomas 90 dias após infecção	57

INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação científica do Professor Doutor Wilson Abreu e coorientação da Professora Doutora Graça Pimenta.

Este estudo é parte integrante de um projeto de maior dimensão alocado ao CINTESIS / Escola Superior de Enfermagem do Porto, coordenado pelo Professor Dr. Wilson Abreu subordinado ao tema: “*Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery*”. De uma forma geral, o objetivo principal do presente trabalho é identificar e entender a presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social.

Historicamente, a prevalência e disseminação dos coronavírus têm apresentado um enorme impacto na saúde pública global. A compreensão insuficiente do mecanismo patogénico tem resultado numa dificuldade da humanidade em lidar com este tipo de vírus de forma rápida e eficaz. No início de 2020, foi descoberto na província de Wuhan, China, um novo tipo de coronavírus. Num curto espaço de tempo, o número confirmado de casos aumentou significativamente onde uma percentagem considerável de infetados desenvolveu febre, tosse ou até mesmo síndrome de dificuldade respiratória.

No final de Janeiro de 2020, perante a rápida disseminação apresentada em Wuhan, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) como uma emergência de saúde pública. Rapidamente, este novo vírus foi identificado em outros países por todo o mundo, resultando num aumento considerável de pessoas infetadas. Este aumento levou então a OMS a declarar pandemia global a 11 de Março. No final de Maio de 2020, haviam sido identificados quase 6 000 000 de infetados e cerca de 353 000 mortos o que revelou uma forte transmissibilidade e patogenicidade (Budimir, O'Rourke, Pieh, & Probst, 2020).

A emergência e o aumento crescente do nível de contágios do novo coronavírus (SARS-COV-2) colocou desafios inesperados a todas as entidades nos mais diversos setores que compõem o tecido social e

económico, português e internacional. Nenhum país, sistema de saúde ou instituição estavam preparados para uma pandemia com a dimensão e com as repercussões que se observam. Sobretudo, a pandemia continua a constituir, por um período que se estima longo, uma dura prova para todos os países e setores a nível global (CNS, 2020).

A realidade vivenciada em Portugal veio colocar à vista várias fragilidades do sistema de saúde, algumas já apontadas ao longo de muitos anos e outras identificadas de forma mais clara ao longo destes meses. O Sistema Nacional de Saúde, tal como a sociedade civil e as demais instituições, não estavam convenientemente preparados para enfrentar emergências de saúde pública como a COVID-19. Os vários anos de desinvestimento e desorçamentação limitaram os meios financeiros, os equipamentos e os meios humanos e fizeram questionar a capacidade de resposta (CNS, 2020). Contudo, apesar da realidade descrita, também outros países facilmente reconhecidos por apresentarem mais recursos, dotações superiores no que toca aos cuidados e com sistemas de saúde mais robustos também apresentaram dificuldades e limitações na resposta à COVID-19.

O impacto na saúde das populações e a acentuada velocidade de transmissão da informação, por sua vez, suscitam nas populações sentimentos frequentes de medo, angústia, ansiedade, com implicações diretas e indiretas na saúde mental individual e social. Estas implicações atingem não apenas os indivíduos de forma indiscriminada, mas têm um peso significativo em pessoas doentes, em profissionais de saúde, em cuidadores informais, em crianças e em grupos vulneráveis, entre os quais se encontram os grupos de risco para infeção pelo SARS-CoV-2 (DGS, Norma 011/2020, 2020).

Atualmente, face a inexistência de um tratamento específico que se revele eficaz e mediante a contínua disseminação de SARS-CoV 2, os diversos sistemas governamentais adotaram algumas medidas preventivas de saúde pública com o objetivo de controlar esta mesma disseminação, de forma a identificar precocemente e isolar estes novos casos, assim como de grupos que apresentem maior suscetibilidade de contágio. De uma forma geral, estas medidas procuram restringir o fluxo de pessoas e o contacto entre as mesmas. Diversos estudos tem demonstrado a eficácia destas medidas na disseminação do vírus (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020). A quarentena e o isolamento são medidas de afastamento social essenciais em Saúde Pública. São especialmente utilizadas com o objetivo de proteger a população através da quebra da cadeia de transmissão entre indivíduos.

Nunca se verificou uma quarentena massiva de milhões de pessoas em simultâneo, muitas vezes sem um término à vista, o que corresponde a um aspeto negativo para a resiliência da saúde mental. Se é verdade que o isolamento é importante para proteger a nossa saúde física, impedindo o contágio pelo

vírus, também é verdade que quanto mais tempo estivermos isolados, maiores serão os riscos de sofrermos doenças psiquiátricas (Afonso, 2020).

A quarentena pode originar uma constelação de sintomas psicopatológicos, designadamente humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, etc. Além disso, identificaram-se consequências a longo prazo para a saúde mental. Existem evidências que, cerca de três anos após a quarentena, pode verificar-se um aumento de risco para o aparecimento de abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PSPT) e depressão. Neste contexto de isolamento, provavelmente irão aumentar as perturbações depressivas e as PSPT. Para além do *stress* associado ao receio de contrair a doença, existem ainda outros fatores que aumentam a vulnerabilidade psicológica das pessoas em quarentena (Afonso, 2020).

O atual contexto pandémico e o seu impacto nas mais diversas áreas obrigam a uma abordagem que se quer estruturada. No âmbito do que é a área de atenção e intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, este trabalho adquire uma pertinência e importância relevantes uma vez que procura definir uma estratégia de ajuda ou abordagem às pessoas em situação de isolamento social devido à COVID-19 permitindo a identificação de diagnósticos e das competências para a implementação de um plano de cuidados, centrado nas intervenções psicoterapêuticas em enfermagem e respetiva monitorização. De uma forma geral, este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria definindo possíveis focos de intervenção no contexto da temática abordada no atual trabalho.

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, não experimental, transversal e correlacional. O problema de investigação enquanto elemento fulcral e basilar do início desta investigação procura identificar e entender a presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social.

Recorreu-se a uma amostra de um total de 581 participantes, com idades igual ou superiores a 18 anos, de ambos os sexos, que vivenciaram uma situação de isolamento social devido a COVID-19, não portadoras de infeção ou que, tendo sido infetadas, estejam em situação de remissão (teste negativo). O presente estudo obedeceu a todas as considerações éticas que se impõem tendo sido solicitado aos participantes o consentimento informado que viabilizasse a sua participação. Para a recolha de dados

foram aplicados um conjunto de questionários já validados para a realidade portuguesa por intermédio do *Google Forms* no período entre Janeiro e Março de 2021.

No que concerne à estrutura, este trabalho é composto por três partes distintas: o enquadramento teórico que procura estabelecer a fundamentação conceptual do trabalho, o estudo realizado, que abrange a descrição do mesmo assim como a análise de dados e resultados e por fim a conclusão. A primeira parte, que corresponde ao primeiro capítulo, procura efetuar o enquadramento conceptual do estudo e explanação das temáticas abordadas: a epidemiologia da Infecção pelo SARS-CoV-2, boas práticas de prevenção e tratamento, evidências sobre o recurso ao isolamento social, o impacto do isolamento social na saúde mental, distress psicológico fatores de risco e ajustamento psicológico após isolamento social. A segunda parte, correspondente ao segundo capítulo, envolve o estudo empírico realizado. Contempla o desenho do estudo propriamente dito: a definição do problema de investigação, os procedimentos e métodos adotados para a recolha e tratamento de dados e por fim a análise dos dados recolhidos. A terceira e última parte reporta-se à conclusão do trabalho onde são explanadas algumas ilações e considerações finais e onde consta uma síntese das evidências para a prática de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiatria tendo como alvo a população do presente estudo.

CAPITULO I - COVID-19, ISOLAMENTO SOCIAL E PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

1. COVID-19 e Isolamento Social

A pandemia originada pelo novo coronavírus resultou numa crise que abalou os alicerces da nossa identidade, deixando-nos a todos numa situação de vulnerabilidade em que toda a sociedade, nas suas diversas vertentes, não se encontrava suficientemente preparada para a sua chegada.

Desde dezembro de 2019, após o início da disseminação do vírus, um pouco por todo o mundo, os diferentes sistemas governamentais, optaram por determinar quarentenas sendo que, algumas delas em larga escala, uma vez que as medidas anteriores não se revelavam totalmente eficazes no controle da propagação da COVID-19. A quarentena separa as pessoas e restringe o movimento de quem possa ter sido exposto de forma a prevenir a propagação da doença (Dakanalis, Hopwood, Youngstrom, & Stefana, 2020).

A pandemia por COVID-19 representa um desafio constante para os governos, sistemas de saúde e pessoas. Em consonância com as recomendações da OMS e com as diretrizes nacionais, as medidas preventivas devem contemplar as consequências psicológicas da doença, lidar com os medos subjacentes e promover a resiliência na população para lidar com a COVID-19 (Daiber, Gilan, Hahad, & Munzel, 2020).

1.1. Infecção pelo SARS-CoV-2: epidemiologia da infecção

Historicamente, a prevalência e disseminação dos coronavírus têm apresentado um enorme impacto na saúde pública global. A compreensão insuficiente do mecanismo patogénico tem resultado numa dificuldade da humanidade em lidar com este tipo de vírus de forma rápida e eficaz.

Ao longo do tempo, foram identificados três surtos de coronavírus patogênicos entre os humanos que causaram a transmissão global, resultando em enormes desafios à saúde pública global e ao desenvolvimento econômico. São o Síndrome Respiratório Aguda Grave coronavírus (SARS-CoV) em 2003, o coronavírus da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV) em 2012 e o novo coronavírus, Síndrome Respiratória Aguda Grave coronavírus 2 (SARSCoV-2) (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

No início de 2020, foi descoberto na província de Wuhan, China, um novo tipo de coronavírus. Num curto espaço de tempo, o número confirmado de casos aumentou significativamente onde uma percentagem considerável de infetados desenvolveu febre, tosse ou até mesmo síndrome de dificuldade respiratória. A sequenciação do genoma do vírus confirmou-o como coronavírus sendo que a sua origem, apesar de semelhante à encontrada em morcegos e pangolins, ainda se encontra por determinar (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Toda a análise de sequenciação do genoma demonstrou que o vírus pertence a um novo tipo de coronavírus do género β . Esta sequência do novo coronavírus foi 79,5% semelhante ao SARS-CoV e 96% semelhante ao coronavírus transportado por morcegos. Outro estudo descobriu que o domínio de ligação do recetor de SARS-CoV-2 foi o mais próximo do coronavírus transportado por pangolins. No entanto, pode ainda haver um ou mais hospedeiros intermediários desconhecidos (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Perante o ocorrido, a OMS nomeou a doença COVID-19 e o Comité Internacional de Taxonomia dos Vírus nomeou o vírus síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021).

As análises genómicas revelaram que o SARS-CoV-2 é um novo tipo de coronavírus, apresentando um genoma com RNA com uma única fita simples e com uma organização e estrutura típica de outros coronavírus, tais como outros SARS e MERS (Zhu et al., 2020 cit Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021).

Os coronavírus são o tipo de vírus RNA mais conhecidos, com um comprimento de 27-32 kb. A razão pela qual o coronavírus pode apresentar um potencial pandémico humano está intimamente relacionada com a sua estrutura particular. Os resultados da sequência do genoma SARS-CoV-2 mostraram que o seu genoma contém cerca de 29 kb e 11 regiões de codificação de proteínas,

incluindo 1ab, 1a, S, 3a, 4, M, 6, 7a, 7b, 8, N, 10 . A entrada de SARS-CoV-2 em células hospedeiras é mediada principalmente pela utilização da proteína *spike* (S) (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

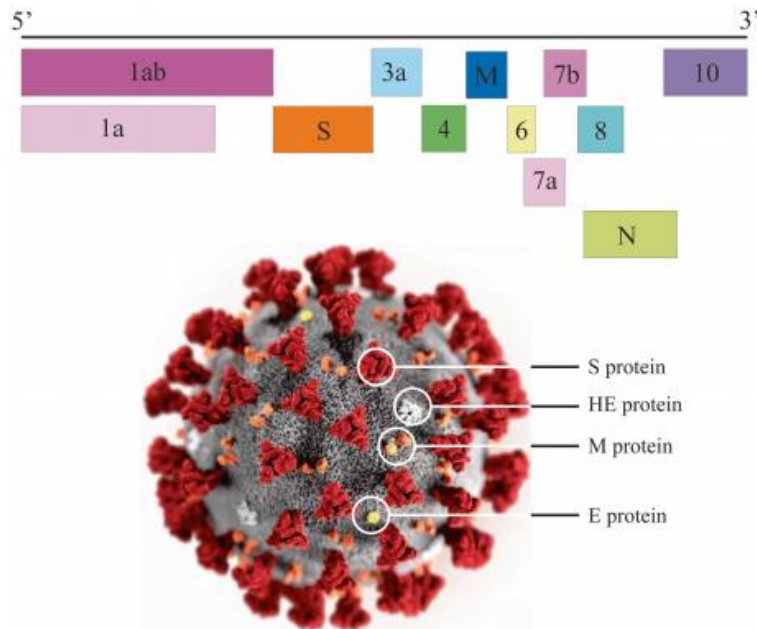


Figura 1- Organização e estrutura do genoma do SARS-CoV – 2 (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020)

A maioria das infecções originais identificadas por SARS-CoV-2 foram provenientes de um mercado local. O ambiente presente no mercado era semelhante ao lugar onde a SARS-CoV foi descoberta em 2003. O ambiente húmido e sujo fornecia as condições favoráveis para que o vírus sobrevivesse e se reproduzisse. Além disso, era possível encontrar no mercado uma acentuada variedade de alimentos provenientes do mar e também a existência de tráfico e venda ilegal de animais selvagens, favorecendo a existência de agentes patogénicos e hospedeiros intermédios (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

No final de Janeiro, a OMS, perante a rápida disseminação apresentada em Wuhan, declarou a SARS-CoV-2 como uma emergência de saúde pública. Rapidamente, este novo vírus foi identificado em países por todo o mundo o que resultou num aumento considerável de pessoas infetadas. Este aumento levou então a OMS a declarar pandemia global a 11 de Março. No final de Maio, haviam sido identificados quase 6 000 000 de infetados e cerca de 353 000 mortos o que revelou uma forte transmissibilidade e patogenicidade (Budimir, O'Rourke, Pieh, & Probst, 2020).

Do ponto de vista epidemiológico, o potencial pandémico dos coronavírus encontra-se relacionado com a sua estrutura particular, nomeadamente da proteína S (*spike*) e da sua capacidade em penetrar na estrutura celular. Os dados epidemiológicos demonstraram que o SARS-CoV-2 apresenta uma forte capacidade infecciosa demonstrando ser altamente contagioso (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Os surtos de infeção existentes por SARS-CoV-2 sugerem que, possivelmente, a transmissão por gotículas aéreas seja o principal veículo de transmissão, principalmente quando associado a espaços confinados e com má ventilação. O próprio tempo de incubação, segundo diversos estudos, pode variar entre 2 e 14 dias, com um período médio de incubação de 6,4 dias, influenciando e dificultando a determinação da origem da infeção e sua cadeia de transmissão. (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Os sintomas clínicos associados à infeção por SARS CoV-2 são principalmente febre, fadiga e tosse sendo que a maioria dos infetados não apresenta sintomas óbvios o que dificulta o seu diagnóstico. Associados a estes sintomas, algumas pessoas também apresentaram diminuição apetite, náuseas, vômitos e diarreia. Em casos severos, a condição clínica pode evoluir para síndrome de dificuldade respiratória ou até mesmo falência de alguns órgãos.

A Direção Geral de Saúde (DGS), numa estratégia de combate à pandemia, que se quer abrangente, adotou algumas medidas de saúde pública com o objetivo de reduzir a transmissão individual e de propagação do agente na população, reduzindo o número total de casos (entre os quais os casos graves) e o número de óbitos o que determinaria um impacto positivo nos serviços de saúde.

Uma das medidas contempladas na abordagem estratégica da DGS é o distanciamento social, que é realizado através do isolamento dos doentes (casos suspeitos e confirmados de infeção) ou pela quarentena/isolamento de contactos, referente à separação ou restrição de movimentos e de interação social de pessoas que estiveram em contacto próximo com caso confirmado (DGS, Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), 2020).

1.2.Boas práticas de prevenção e tratamento. O isolamento social

A pandemia por COVID-19 representa um desafio hercúleo para os governos, sistemas de saúde e pessoas, pois mesmo com um resultado incerto, representa um impacto significativo na saúde mental da população. Em consonância com as recomendações da OMS e diretrizes nacionais, as medidas preventivas devem contemplar as consequências psicológicas da doença, lidar com os medos subjacentes e promover a resiliência na população para lidar com a COVID-19 (Daiber, Gilan, Hahad, & Munzel, 2020).

Face a inexistência de um tratamento específico que se revele eficaz e mediante a contínua disseminação de SARS-CoV 2, torna-se crucial a adoção de medidas preventivas de saúde pública que permitam controlar esta mesma disseminação, de forma a identificar precocemente e isolar estes novos casos, assim como de grupos que apresentem maior suscetibilidade de contágio. De uma forma geral, estas medidas procuram restringir o fluxo de pessoas e o contacto entre as mesmas. Diversos estudos tem demonstrado a eficácia destas medidas na disseminação do vírus (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020). De uma forma abrangente, algumas destas medidas podem contemplar desde a restrição ou controle de passageiros em viagem até ao cancelamento de eventos públicos.

Por todo o mundo, foram adotadas medidas extraordinárias para controlar a propagação do vírus prevenindo o colapso dos serviços hospitalares. Perante a ausência de um tratamento que revele uma eficácia elevada, a esperança reside na imunidade de grupo através da vacinação.

Do ponto de vista clínico e farmacológico, vários medicamentos foram estudados ou estão atualmente em ensaios clínicos para avaliar sua segurança e eficácia como potenciais agentes para a profilaxia farmacêutica ou tratamento da COVID-19. Estes incluem corticosteroides, o análogo de nucleótido antiviral *remdesivir*, interferons sistêmicos, anticorpos monoclonais contra componentes do sistema imunológico como a interleucina-6 e outros moduladores imunológicos e anticorpos monoclonais contra componentes de SARS-CoV-2. Os ensaios clínicos de intervenções terapêuticas para COVID-19, tem incidido, principalmente, em utentes adultos, desconhecendo-se para já os dados sobre o tratamento da COVID-19 em crianças (ECDC, 2020).

Perante a incerteza temporal da obtenção da imunidade de grupo ou de medidas farmacológicas eficazes, tem sido adotado de forma preferencial algumas estratégias não farmacológicas de saúde pública e de carácter preventivo de contenção da propagação do vírus.

Para além do interesse na aplicação de diferentes combinações de medidas de saúde pública, os fatores que condicionam a determinação das diferentes medidas aplicadas são a gravidade da doença

e a transmissibilidade do agente, essenciais na avaliação do potencial impacto de uma pandemia (DGS, Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), 2020)

Perante esta premissa e o cenário vivido, a DGS (2020) elaborou o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). O mesmo determinou um conjunto de medidas de caráter preventivo de forma a controlar a propagação e o índice de transmissibilidade do novo coronavírus:

➤ Abordagem estratégica

Proteção individual: as medidas de proteção individual consistem em ações preventivas que podem ser realizadas regularmente. Apesar de já serem realizadas pela maioria dos profissionais de saúde, estas medidas podem ser aplicadas à população em geral, de modo a serem do seu conhecimento e adotadas por todos. O ideal será conseguir que os métodos corretos de higiene das mãos e de etiqueta respiratória sejam praticados por rotina e de forma automática;

Etiqueta respiratória: a adoção de medidas de etiqueta (higiene) respiratória está fortemente recomendada devido à redução da dispersão de gotículas contaminadas pelo vírus que são lançadas no ar através da tosse ou do espirro;

Equipamento de proteção individual: em contexto comunitário, o equipamento resume-se à utilização de máscara facial;

➤ Distanciamento social

- Isolamento dos doentes: a quarentena e o isolamento tem como objetivo impedir o estabelecimento de cadeias de transmissão e conter a transmissibilidade do vírus;
- Intervenção em contexto escolar: estas intervenções têm como público-alvo as crianças e/ou jovens em idade escolar e a comunidade escolar. Estas medidas podem traduzir-se no encerramento pró-ativo ou reativo de escolas. Existe ainda outro tipo de medidas menos interventivas, que permitem, sem interromper as atividades letivas, reduzir a interação entre os alunos (por exemplo redução do tamanho das turmas);
- Intervenção em contexto laboral: as medidas de saúde pública aplicáveis ao contexto laboral têm como objetivo reduzir o risco de transmissão em meio laboral, considerado como um contexto em que a interação entre pessoas pode ser próxima e prolongada. Estas medidas podem traduzir-se na implementação de horários de trabalho flexíveis e

desencontrados, promoção do trabalho à distância e maior utilização de ferramentas de comunicação como o correio eletrónico ou a teleconferência.

- Intervenção em contextos especiais (Estruturas residenciais, Estabelecimentos prisionais), eventos de massa, locais ou transportes de utilização coletiva): esta intervenção visa minimizar o impacto em contextos de elevada densidade de pessoas, sendo que muitas vezes, estas apresentam maior fragilidade.

Centrando a análise no distanciamento social, este consiste numa ação destinada a minimizar o contacto com outros indivíduos; as medidas de distanciamento social são uma categoria de medidas não farmacológicas de combate ao vírus destinadas a reduzir a transmissão da doença e por conseguinte, reduzir também a pressão sobre os serviços de saúde (ECDC, 2020).

A quarentena e o isolamento são medidas de afastamento social essenciais em Saúde Pública. São especialmente utilizadas em resposta a uma epidemia e pretendem proteger a população através da quebra da cadeia de transmissão entre indivíduos. A diferença entre a quarentena e o isolamento reporta ao estado de doença do indivíduo que se quer em afastamento social. Quarentena é utilizada em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas que possam ter estado em contacto com um doente com o diagnóstico confirmado de infeção. O isolamento é a medida utilizada em indivíduos doentes, para que através do afastamento social não contagiem outros cidadãos. Estas medidas de afastamento social são das medidas mais efetivas para quebrar as cadeias de transmissão sendo por isso utilizadas pelas Autoridades de Saúde para minimizar a transmissão da COVID-19 (DGS, Orientação, 2020).

A quarentena ou isolamento, segundo a DGS, podem assim ser indicadas nas seguintes situações:

- Contacto com um doente diagnosticado com COVID-19 e esta medida for determinada pela Autoridade de Saúde (avaliação caso a caso).
- Diagnosticado com COVID-19 e se o médico assistente o avaliar determinando que a sua situação clínica não necessita de internamento;

1.3.Evidências sobre o recurso ao isolamento social

Historicamente, a quarentena foi uma das poucas medidas conhecidas para proteger vidas e cidades durante as epidemias de peste na Europa durante o século 14. Mais tarde, nos Estados Unidos, com o crescente aparecimento de diferentes doenças infecciosas, onde se inclui a febre-amarela, foi criada a Lei Nacional de Quarentena de 1878. Desde então, através dos séculos, a quarentena tornou-se determinante para lidar com a cólera, epidemias e muitos outros eventos históricos relacionados a doenças infecciosas em todo o mundo. Quarentena e isolamento são medidas de saúde pública utilizadas para prevenir a transmissão de doenças infecciosas entre os indivíduos e comunidades. Como referido anteriormente, conceitualmente, quarentena e isolamento partilham do mesmo propósito de prevenção de infeções (Hossain, Purohit, & Sultana, 2020).

Desde o final de 2019, a rápida disseminação global do vírus, associado a cenários de Hospitais sobrelotados, principalmente unidades de cuidados intensivos, autoridades de saúde sobrecarregadas, escassez de recursos de saúde para proteger os profissionais de saúde e cidadãos, gerou um estado de alarme nos países desenvolvidos até então desconhecido para a atual geração. Perante isso, a maioria dos governos europeus acabou por decretar medidas de confinamento, quarentena e isolamento populacional nas suas próprias casas ou até mesmo em instalações públicas (hospitais, hotéis, etc.) (Alcover, et al., 2020).

No contexto Europeu, o primeiro país fortemente afetado pela COVID-19 foi a Itália. A braços com um exponencial crescimento de casos o que, em determinadas regiões, resultou no colapso do sistema de saúde foi necessário adotar medidas que se revelassem eficazes para lidar com o aparecimento crescente de novos casos de COVID-19. Nesta altura, a Itália anunciou uma quarentena nacional. Esta realidade fez com que a comunidade científica chamasse a atenção para a quarentena, isolamento e outras medidas preventivas que pudessem proteger a saúde e salvar vidas em todo o mundo (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020) .

Estas estratégias de contenção são consideradas como algumas das principais contramedidas a adotar (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020). O próprio *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) definiu a quarentena como "*uma abordagem que separa e restringe os movimentos dos indivíduos que são expostos a uma doença*" enquanto o isolamento como "*manter as pessoas infetadas longe daqueles que não estão expostos a doença infecciosa*" (Agha, 2020).

O confinamento, enquanto medida de saúde pública preventiva de forma a reduzir o risco de transmissão de doenças, afeta não só os doentes, mas também indivíduos saudáveis ou assintomáticos dado que procura isolar quem tenha sido potencialmente exposto à doença contagiosa para

determinar se estão doentes ou se têm sintomas; seu objetivo é reduzir o risco de que possam infectar outras pessoas no seu contexto social próximo ou público (Alcover, et al., 2020).

Conforme referido, o distanciamento social consiste numa ação destinada a minimizar o contacto com outros indivíduos. Outras medidas não farmacológicas incluem medidas de proteção individual (higiene das mãos, etiqueta respiratória e utilização de máscaras de partículas ou máscaras faciais) e medidas ambientais (limpeza assídua de superfícies, roupas e objetos frequentemente utilizados; minimização da partilha de objetos e garantia de um arejamento adequado (ECDC, 2020).

No que se refere à Saúde Pública, o *Imperial College COVID-19 Response Team*, 2020 citado pelo ECDC (2020), realça os modelos matemáticos dos efeitos das intervenções de distanciamento social que podem apoiar e justificar a tomada de decisões, isto com base nos padrões locais de contacto e nos parâmetros conhecidos ou presumidos de infecciosidade, do tempo de incubação e da duração da imunidade.

A abordagem à atual pandemia bebe muito dos ensinamentos retirados de anteriores pandemias de gripe (por exemplo 1918, 1957, 1968 e 2009), das epidemias anuais de gripe sazonal e do surto de SARS em 2003 acabando por influenciar nos processos de decisão e aplicação atuais. No entanto, é importante ter em conta que a COVID-19 é uma doença nova, com as suas próprias características e que ainda não são totalmente compreensíveis. (ECDC, 2020).

O ECDC determina de forma clara os objetivos das medidas de distanciamento social O termo distanciamento social refere-se a esforços que visam, através de diversos meios, diminuir ou interromper a transmissão da COVID-19 num (sub) grupo da população minimizando o contacto físico entre indivíduos potencialmente infectados e indivíduos saudáveis ou entre grupos da população com taxas elevadas de transmissão e grupos da população com um nível de transmissão nulo ou baixo. São necessárias medidas de distanciamento social a nível da comunidade, paralelamente a esforços de contenção como por exemplo, o rastreio dos contactos, sempre que se torne claro que a contenção, por si só, já não é suficientemente eficaz, para diminuir a magnitude do pico e proteger a capacidade dos serviços de saúde ou para proteger os grupos vulneráveis em risco de desfecho negativo (ECDC, 2020).

A própria OMS corrobora as estratégias propostas, tais como quarentena e o isolamento, evitando o contacto próximo e associando comportamentos de proteção individual, busca de informação atual sobre os sintomas e risco de forma a evitar a propagação da doença sendo que o propósito da

quarentena e isolamento em qualquer surto é impedir a transmissão de doenças infecciosas entre os indivíduos e comunidades (Agha, 2020).

Existem vários tipos diferentes de medidas de distanciamento social que diferem pelo seu nível de rigor. É importante notar que o termo «distanciamento social» se centra na redução do contacto físico como estratégia para interromper a transmissão e que, embora a redução do contacto social possa ser um resultado desta medida, não é um objetivo específico da mesma. Com efeito, o êxito das medidas de distanciamento social que são aplicadas durante um período prolongado pode depender da garantia de que as pessoas mantenham o contacto social — à distância — com amigos, familiares e colegas. As comunicações via Internet são, por conseguinte, um instrumento essencial para garantir o êxito da estratégia de distanciamento social (ECDC, 2020).

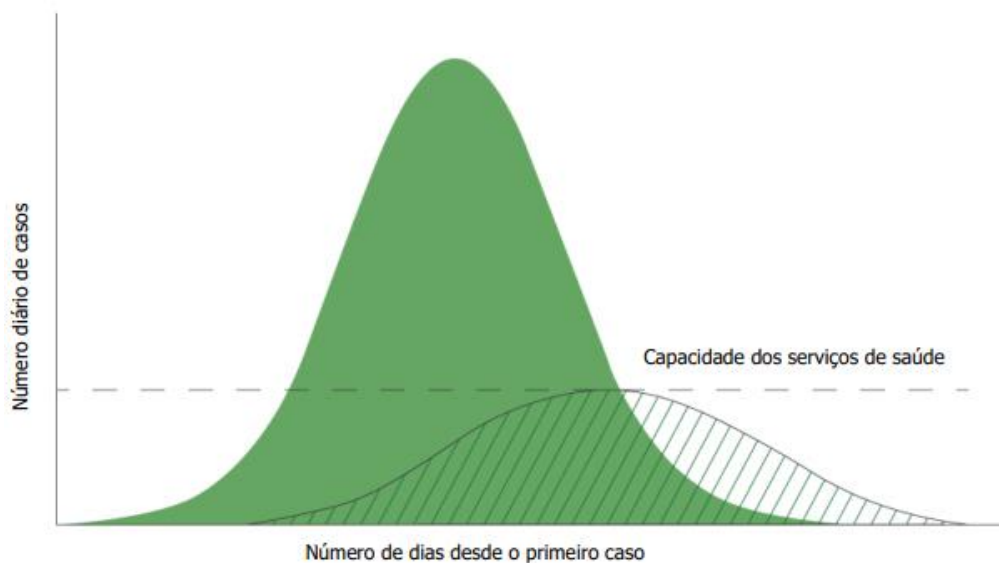


Figura 2- Ilustração dos objetivos das medidas de distanciamento social para reduzir e atrasar o pico da epidemia e proteger a capacidade dos serviços de saúde (ECDC, 2020)

Segundo WHO, 2020 e Medicine Io, 2020 citado pelo ECDC, 2020, os dados observados e resultantes de modelos de pandemias anteriores (gripe) e da experiência inicial da China com a COVID-19, indicam que a aplicação atempada, decisiva, rápida, coordenada e exaustiva de medidas de distanciamento social é provavelmente mais eficaz a abrandar a propagação do vírus do que ações implementadas numa fase posterior; estima-se que, se um determinado conjunto de intervenções não farmacêuticas, incluindo o distanciamento social, tivessem sido levadas a cabo uma, duas, ou três semanas antes na China, o número casos de COVID-19 teria sido reduzido em 66 %, 86 % e 95 %, respetivamente, reduzindo também de forma significativa o número de zonas afetadas (ECDC, 2020).

2. Isolamento Social: problemáticas de saúde mental

Por todo o mundo foram adotadas diversas medidas com um objetivo comum, controlar a propagação do vírus. Entre as medidas adotadas, necessariamente as pessoas foram instruídas a permanecer um maior e indeterminado período de tempo nas suas casas. Tal resultou em riscos acrescidos para a saúde física e mental (Agha, 2020).

Embora necessárias e eficazes, essas medidas tiveram um impacto social significativo, incluindo isolamento, dificuldades económicas, alterações na dinâmica familiar, implicações no sistema educativo, deterioração da saúde mental, aumento da violência doméstica e pressão sobre as populações já vulneráveis, como idosos, crianças em risco, sem-abrigo, imigrantes e pessoas com problemáticas de uso de álcool e outras substâncias (AJN, 2020).

Tem emergido evidências que a Pandemia por COVID 19, inclusive as medidas adotadas, podem aumentar a gravidade de doenças mentais pré-existentes e causar novos sintomas em indivíduos sem distúrbios previamente identificados (Cullen et al., 2020 cit. Apaolaza, Fernandez-Robin, Hartmann, Paredes, & Yañez-Martinez, 2021).

Inclusive, aquando da ocorrência de epidemias anteriores por SARS e MERS, frequentemente, alguns dos indivíduos infetados apresentavam sintomas de confusão (27,9%), depressão (32,6%), compromisso da memória (34.1%), insónia (41,9%), ocasionalmente mania induzida por esteroides e psicose (0,7%). No entanto, o mesmo estudo indicou que a longo prazo, surgiram efeitos para a saúde

mental, incluindo depressão, insônia, ansiedade, irritabilidade, fadiga, memórias traumáticas e PSPT (Rogers et al., 2020 cit Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021).

No geral, a revisão da literatura sugere que o impacto psicológico da quarentena e do confinamento é abrangente, substancial e prejudicial, podendo perdurar ao longo do tempo dependendo da sua duração. Mesmo períodos de isolamento inferiores a 10 dias podem ter efeitos a longo prazo, com o aparecimento de sintomas psiquiátricos até 3 anos depois (Brooks et al., 2020). Contudo, a evidência mostra que quanto maior for a duração da quarentena, mais visíveis ou acentuados são os seus efeitos psicológicos negativos (Alcover, et al., 2020).

Consequentemente, a disseminação global da SARS-CoV-2 resultou num impacto médico e social tremendo por todo o mundo. A determinada altura, a OMS estimou que a taxa de mortalidade SARS-CoV-2 situava-se em 3,4%. Além disso, certos estudos demonstraram que alguns indivíduos infetados poderiam desenvolver certos sintomas, nomeadamente insônia, humor depressivo e agressividade (Kim et al., 2018; Rio Jeong et al., 2016 cit. Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021), assim como perturbações psicóticas, bem como PSPT (Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021).

Atendendo a que a quarentena e o isolamento são adotados para proteger saúde física dos indivíduos devido a doenças infecciosas, também é essencial considerar as implicações dessas medidas para a saúde mental para aqueles que experimentam tais restrições. Ao longo do tempo, aquando ocorrência de surtos anteriores, as pessoas colocadas em quarentena ou isolamento, manifestaram complicações no âmbito de saúde mental após o período de quarentena (Hossain, Purohit, & Sultana, 2020).

Cada indivíduo responde de forma diferente perante a angústia emocional provocada por eventos traumáticos como por exemplo a atual pandemia (Killgore et al., 2020 cit. Apaolaza, Fernandez-Robin, Hartmann, Paredes, & Yañez-Martinez, 2021). A literatura sugere que a resiliência enquanto traço de personalidade determina a forma como cada indivíduo lida com os efeitos psicológicos negativos de eventos traumáticos (Cyran, Gładka, Misiak, Rymaszewska, & Szcześniak, 2021), incluindo a pandemia devido a Covid 19 (Liu et al., 2020 cit. Apaolaza, Fernandez-Robin, Hartmann, Paredes, & Yañez-Martinez, 2021). Indivíduos com maior resiliência são menos suscetíveis às consequências psicológicas negativas da pandemia (Apaolaza, Fernandez-Robin, Hartmann, Paredes, & Yañez-Martinez, 2021).

Existem diversos estudos realizados em contextos semelhantes, no que se refere ao aparecimento de surtos, que fornecem alguns insights sobre os efeitos prejudiciais de crises semelhantes na saúde

mental de toda a população. Em 2003, a epidemia de SARS de 2003 foi associada a um aumento de 30% nos suicídios em pessoas com mais de 65 anos sendo que quase um terço dos profissionais de saúde identificou algum tipo de sofrimento emocional. Algumas pessoas que desenvolveram a doença, apresentaram risco de PSPT e depressão. A adoção de estratégias de mitigação como quarentena, apesar de necessárias para conter a propagação viral, têm um impacto psicológico negativo, como causar sintomas de stress pós-traumático, distúrbios emocionais, depressão e insônia (Medicine, 2020).

Conclui-se então que algumas das medidas de contenção, nomeadamente a quarentena e isolamento, têm um impacto negativo sobre a saúde mental uma vez que “obriga” a vivência de um amplo espectro de agentes stressores. De igual forma, populações vulneráveis e consideradas de risco antes da implementação de medidas de contenção, como por exemplo pessoas com doença mental, baixos rendimentos ou com fraca rede de suporte social, podem correr um risco particularmente maior durante e após a quarentena ou isolamento (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020).

Assim sendo, dado que os indivíduos em quarentena ou isolamento apresentam um maior risco de desenvolver problemas de saúde mental, nomeadamente depressão, ansiedade, transtornos relacionados com *stress* e raiva, as medidas de contenção de quarentena ou isolamento são consideradas um fator de risco independente para resultados adversos na saúde mental. Esta premissa destaca a necessidade de adoção de estratégias de prevenção de saúde mental para as populações em risco, onde se inclui de forma particular, os profissionais de saúde quer tenham ou não sido expostos a infeção e indivíduos que já enfrentavam adversidades psicossociais antes da quarentena ou isolamento, incluindo aqueles com baixos rendimentos, suporte social reduzido ou perturbações no âmbito da saúde mental (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020).

No atual contexto, não só as medidas de contenção acarretam um impacto significativo na saúde mental. O receio associado à taxa de mortalidade assim como a rápida transmissão de SARS-CoV-2 pode aumentar o risco de doenças do foro mental como alterações da cognição e ansiedade.

Este receio, quando associado a outras alterações que ocorrem resultantes da situação de isolamento por COVID-19, onde são patentes as alterações de hábitos, rotinas alimentares, utilização de aparelhos eletrónicos e até do padrão de exposição à luz solar, podem causar perturbações nos ritmos circadianos e ciclos de sono-vigília, que estão associados a um maior risco de doenças mentais incluindo *stress*, ansiedade e alterações no humor (Khan, et al., 2020).

As repercussões psicológicas da pandemia por COVID-19 na população, de uma forma geral, poderão durar por muito tempo em comparação com a crise clínica atual. As principais preocupações no âmbito da saúde mental, após a pandemia, podem incluir a perturbação por stress pós-traumático, sintomas agudos que perdurem no tempo, exacerbação de perturbações pré-existentes e alterações psicossociais como a interação social e segregação familiar (Bhandari, Dutta, Joseph, Nayar, & Shoib, 2021).

O contexto vivido atualmente apresenta um carácter condicionante à população. Principalmente, a uma franja que, antecipadamente seria considerada mais vulnerável pela existência de uma condição prévia como é o caso de apresentarem doença mental, crianças ou adultos portadores de deficiências no desenvolvimento físico e/ou intelectual, crianças e adultos com distúrbios emocionais ou com o historial de consumo de substâncias, podem acarretar um maior risco de doença e hospitalização (Alavi, et al., 2020)

Conforme já abordado, alguns estudos demonstraram que as pessoas em situação de isolamento prolongado e por tempo indeterminado, apresentam níveis elevados de *stress*, ansiedade e depressão. Entre estes estudos, alguns tem demonstrado uma relação entre os diversos estilos de *coping* e os sintomas de *stress*. Descrevem que a evasão e a negação são as estratégias mais comumente utilizadas em pessoas com problemas no âmbito da saúde mental. No entanto, há uma relação acentuada entre as estratégias de *coping* ativo (*active coping*) com níveis mais baixos de ansiedade, tal como as estratégias focadas na resolução de problemas (*problem-focused*), são consideradas como mais eficazes na gestão do *stress* (Agha, 2020).

Assim sendo, enquanto abordagens para lidar com situações de isolamento, as estratégias de evitamento e negação são consideradas pouco eficazes, ao invés, incidindo um foco positivo direcionado na resolução de problemas e em estratégias para aumentar o bem-estar, poderá resultar num efeito benéfico na proteção da saúde mental das pessoas durante e após o surto (Agha, 2020).

2.1.As relações interpessoais no contexto da saúde mental

Dada a natureza social do ser humano, a vida em grupo e as relações sociais de alta qualidade, são vitais para a saúde e bem-estar. O contacto social e a vida em grupo são motivações humanas fundamentais e abrangentes de forma a moldar as raízes da identidade pessoal e social (Alcover, et al., 2020).

As relações interpessoais, seja pela sua quantidade ou qualidade, apresentam um impacto significativo a curto e a longo prazo na saúde mental (Montez & Umberson, 2010) (Fekete, Siegrist, & Tough, 2017). Inclusive, são igualmente importantes na adoção de comportamentos de procura de saúde, saúde física e risco de mortalidade. Alguns indivíduos considerados saudáveis que vivenciam situações de isolamento social correm o risco de ocorrência de problemas físicos e psiquiátricos (Montez & Umberson, 2010).

Montez e Umberson (2010), através de uma pesquisa que procurava determinar o impacto das relações sociais na saúde, entre outras, chegaram às seguintes conclusões: as relações sociais têm efeitos significativos na saúde; as relações sociais afetam a saúde nas áreas comportamentais, psicossociais e fisiológicas; os relacionamentos determinam a condição de saúde ao longo do curso de vida apresentando um efeito cumulativo ao longo do tempo. Esta premissa foi igualmente reforçada por Fekete, Siegrist e Tough (2017) que, através de uma revisão sistemática de literatura revelaram haver evidências consistentes de que a interação social contínua com o próximo e com o ambiente social (por exemplo, família, amigos e vida profissional) exerce efeitos benéficos na saúde e no bem-estar sendo que ao invés, o isolamento social é associado a problemas de saúde física, mental e aumento do risco de mortalidade (Fekete, Siegrist, & Tough, 2017).

De uma forma geral, a forma como as relações sociais podem influenciar a saúde são caracterizadas pelas áreas:

- Comportamental: as relações sociais condicionam a adoção de comportamentos saudáveis, em parte, porque influenciam, ou "controlam" os hábitos e estilos de vida (Umberson et al. 2010 cit. Montez & Umberson, 2010).
- Psicossocial: os mecanismos subjacentes a esta área reportam-se ao apoio efetivo ou percebido resultante das relações sociais; ao controle pessoal, nomeadamente, às crenças dos indivíduos em como as suas ações podem controlar os resultados de suas vidas; ao significado simbólico de determinados laços sociais onde, por exemplo, alguns tipos de relações como o casamento ou parentalidade podem promover um maior sentido de

responsabilidade e adoção de comportamento saudáveis (Nock 1998; Waite 1995 cit. Montez & Umberson, 2010 cit. Montez & Umberson, 2010); à saúde mental, mecanismo fundamental onde a qualidade das relações sociais melhora o bem-estar geral, que por sua vez, pode reduzir o risco de comportamentos não saudáveis e outros problemas de saúde (Kiecolt-Glaser et al. 2002; Thoits 1995; Uchino 2004 cit. Montez & Umberson, 2010).

- Fisiológico: interações sociais beneficiam as funções imunológicas, endócrinas e cardiovasculares reduzindo a carga alostática e o desgaste fisiológico, em parte, associado a uma exposição crônica de situações geradoras de *stress* (Montez & Umberson, 2010).

Apesar de ser uma medida adotada ao longo da história, nunca antes o isolamento social havia sido experimentado em tão larga escala como atualmente em resposta ao novo coronavírus.

O ambiente social que nos rodeia tem um impacto significativo no sentido atribuído à vida de cada um, à sua satisfação e bem-estar. Em tempos de angústia, crise ou desastre, a resiliência humana depende da riqueza e da força das conexões sociais, bem como da participação ativa em grupos e comunidades. Nos últimos anos, as evidências emergentes de várias disciplinas demonstraram que a pessoa em isolamento social, ou seja, a vivenciar uma situação de solidão, acarreta uma forte ameaça à sobrevivência e longevidade. Em sentido oposto, são destacados os efeitos benéficos dos laços sociais, a sua criação e manutenção (Bzdok & Dunbar, 2020).

Na componente neuro cognitiva (Alenquer, Araújo, Oliveira, Pinheiro, & Rolim, 2019), o isolamento social e a dimensão do mesmo apresentam consequências na saúde mental e física sendo consensual que a mesma é indutora de *stress* provocando a sensação de solidão (Bzdok & Dunbar, 2020).

Apesar do isolamento social ser necessário para controlar a propagação da pandemia, a condição humana não se encontra preparada para viver em segregação por muito tempo (Pietrabissa & Simpson, 2020).

Existem agora evidências que as amizades são uma condição *sine qua non* para a qualidade da saúde individual. Quanto maior ou significativa for a presença em redes de suporte social como por exemplo o grupo de amigos, menor será a probabilidade de adoecer. Vários estudos demonstram que a solidão e falta de relações sociais levam a uma maior suscetibilidade à doença por afetar o sistema imunitário podendo até potencializar a ocorrência de uma morte prematura (Alenquer, Araújo, Oliveira, Pinheiro, & Rolim, 2019).

A resiliência humana está intimamente ligada à profundidade e à força das nossas ligações interpessoais, incluindo o nosso envolvimento em grupos e comunidades. Em contraste, a solidão parece ser uma das maiores ameaças à nossa saúde, sobrevivência, e bem-estar (Pietrabissa & Simpson, 2020).

Podemos afirmar então que existe uma relação entre a saúde mental e a qualidade das relações existente (Budimir, O'Rourke, Pieh, & Probst, 2020). Tal encontra-se comprovado com alguns estudos que demonstraram evidências que os indivíduos divorciados ou que nunca foram casados apresentam uma maior propensão ao aparecimento de complicações na saúde mental do que os indivíduos pertencentes a uma relação (Budimir, O'Rourke, Pieh, & Probst, 2020). Inclusive, em contexto de pandemia, outro estudo demonstrou que os participantes casados apresentavam uma probabilidade 40% inferior de desenvolverem ansiedade durante o confinamento geral por COVID-19 quando comparado com os participantes solteiros (Budimir, O'Rourke, Pieh, & Probst, 2020).

Cadzow e Servoss (2009), através de um estudo realizado, concluíram que, a percentagem de participantes que manifestou percepção de apoio social insuficiente, apresentou maiores taxas de excesso de peso e obesidade, problemas cardíacos, ansiedade e depressão (Franzoi, et al., 2016).

Algumas das consequências, de certa forma previsíveis na saúde mental e psiquiátrica, além de uma consequência direta da pandemia, são também em grande parte impulsionadas pelos efeitos do isolamento social prolongado caracterizados por uma falta objetiva de interações sociais com os outros (Leigh-Hunt et al., 2017 cit Pietrabissa & Simpson, 2020) onde inclusive, surge a ideia que o outro pode eventualmente ser portador de ameaça e ser potencialmente perigoso para nós ou para os entes queridos (Pietrabissa & Simpson, 2020).

2.2. Distress psicológico e isolamento social

A angústia emocional generalizada em resposta à Pandemia por COVID-19 prende-se principalmente com o medo de infeção (Ahorsu et al., 2020; Lee, 2020; Mertens, Gerristen, Salemink, e Engelhard, 2020 cit. Asmundson, et al., 2020). A elevada transmissibilidade do novo coronavírus, conforme descrito, levou a que se adotassem medidas restritivas de isolamento social.

De forma a prevenir o aparecimento ou crescimento de novos surtos, torna-se necessário o isolamento de grupos ou áreas de alto risco assim como limitar a movimentação e concentração de pessoas. Em algumas situações extremas, uma larga franja da sociedade é colocada em confinamento.

O vivenciar a situação de isolamento é uma experiência desagradável. Para quem não é portador de infeção, durante o período de isolamento, é vivenciada uma situação de perda de liberdade, perda de segurança podendo originar situações de impulsividade e raiva. Quem for portador de infeção, além da perda de liberdade também vivencia a separação de pessoas significativas e algum desconhecimento sobre a sua doença e evolução da mesma. Resultante desta condição, existe uma maior suscetibilidade para o aparecimento de problemas psicológicos (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Segundo Kitson (2020), perante situações geradoras de *stress*, a maioria da população, pode lidar de forma resiliente e reagir de forma contundente perante as adversidades pessoais e sociais. Contudo, perante a incerteza do atual cenário pandémico e o vivenciar frequente de agentes stressores pode afetar a saúde mental de algumas pessoas (Acquarini, et al., 2020).

No atual contexto importa atender ao *stress* enquanto resposta de adaptação de um indivíduo a ameaças internas ou externas (Lecic-Tosevski et al., 2011) enquanto o *stress* percebido é o resultado de um avaliação da pessoa perante um agente ou fator stressante determinando-o como ameaçador ou não ameaçador assim como as próprias capacidades de lidar com ele (Garcia-Barrera, Lithopoulos, Liu, & Rhodes, 2021).

Neste sentido, também na população idosa, o isolamento e a solidão subjacente é considerada um problema de saúde pública, desenvolvendo o risco de ansiedade e depressão, compromisso cognitivo, doença cardiovascular, perda funcional e até morte (AJN, 2020)

Desde o seu recente aparecimento, a Pandemia pela COVID-19 tem sido responsável por um impacto disruptivo na maioria dos alicerces em que se sustentam as sociedades modernas: saúde, comunicação, relacionamento interpessoal/familiar/social, mobilidade, trabalho, economia (DGS, Norma 011/2020, 2020).

O impacto na saúde das populações e a velocidade instantânea de transmissão da informação, por sua vez, suscitam nas populações sentimentos frequentes de medo, angústia, ansiedade, com implicações diretas e indiretas na saúde mental individual e social. Nestas circunstâncias, 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 (DGS, Norma 011/2020, 2020).

Também o Conselho Nacional de Saúde partilhou da preocupação que o impacto da pandemia e medidas de isolamento apresentam na saúde mental dos cidadãos (CNS, 2020).

Nunca se verificou uma quarentena massiva de milhões de pessoas em simultâneo, inclusive, muitas vezes, sem uma previsão certa de término, o que corresponde a um aspeto negativo para a resiliência da saúde mental.

Alguns fatores correlacionados de preocupação com o COVID-19 como o medo dos efeitos clínicos da infeção, que inclui o medo de entrar em contacto pessoas infetadas ou objetos contaminados, preocupações socioeconómicas do COVID-19, receios xenófobos em relação a viajantes podem coincidir e originar perturbação por PSTP com origem na pandemia por COVID-19.

A existência de dificuldades no ajustamento em resposta aos agentes stressores, quando associado ao COVID-19, pode estar presente nos vários meses desde o início da pandemia, podendo prolongar durante muito tempo depois do aparecimento de uma vacina ou medicação eficaz para curar COVID-19. Esta dificuldade no ajustamento pode ser caracterizada pela manifestação clínica dos seguintes sintomas: preocupação perante um agente stressor e falha na adaptação ao mesmo o que pode incluir sintomas de distúrbio do sono, entre outros (Kazlauskas & Quero, 2020).

Apesar de se reconhecer a importância do isolamento enquanto medida protetora da nossa saúde física, segundo Reynolds et. al (2020) citado por Afonso (2020), também é verdade que quanto mais tempo estivermos isolados maiores serão os riscos de sofrermos doenças psiquiátricas. Também a quarentena profilática associada à pandemia, origina uma série de riscos para a saúde mental. (Afonso, 2020).

A ideia é corroborada por Brooks et. Al (2020) citado por Afonso (2020) refere que a quarentena pode originar uma constelação de sintomas psicopatológicos, designadamente, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, etc. Inclusive, a longo prazo poderão resultar num aumento de casos de depressões e stress pós traumático (Hawryluc, Gold, Pogorski, & Styra, 2020).

Atendendo ao impacto que a pandemia pode ter na saúde mental e reconhecendo o potencial enquanto elemento gerador de *stress*, algum dos agentes stressores durante este período crítico podem incluir o medo da infeção, o medo da morte, a incerteza, a perda de contactos sociais, o confinamento, informação inadequada, conselhos contraditórios, perda de atividades ao ar livre,

desconexão da natureza, solidão, depressão, desamparo, raiva, baixo autoestima, perdas financeiras e obstáculos ao fornecimento de bens essenciais (Brooks et al., 2020; Jiménez-Pavón et al., 2020; Xiang et al., 2020 cit. Dominski, Marks, & Matias, 2020).

Perante o COVID-19, as pessoas tem sido sujeitas a desafios constantes onde tem sido necessário lidar com agentes stressores de forma contínua e controlar o sofrimento psicológico ao mínimo. Vários estudos transversais de âmbito nacional documentaram sintomas de depressão e ansiedade entre os chineses durante a pandemia de COVID-19 (Chen & Bonanno, 2020 cit. Qiu et. al, 2020; Wang et. al, 2020).

Além disso, os sintomas associados ao *stress* assim como depressão e ansiedade estão associados a um apoio social e resiliência menores, o que aumenta a percepção do impacto negativo das situações a que se encontram sujeitos (Brailovskaia, Schönfeld, Kochetkov, & Margraf, 2019; Hoorelbeke, Marchetti, De Schryver, & Koster, 2016; Ren, Qin, Zhang, & Zhang, 2018 cit. Brailovskaia & Margraf, 2020).

2.3.Fatores de risco e ajustamento psicológico após isolamento social

Segundo a análise de diversos estudos, foi possível identificar um conjunto de fatores ou determinantes com relevância estatística para o desenvolvimento de alterações psicológicas quando associados a períodos de isolamento social (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020):

➤ Idade

Indivíduos em idade jovem estão associados a um maior risco de desenvolvimento de perturbações relacionadas com *stress* como PSPT. Indivíduos com idade superior a 55 anos apresentam maior risco de depressão.

➤ Género

As mulheres apresentam maior risco de desenvolver doenças no âmbito da saúde mental e em particular depressão e PSPT enquanto os homens apresentam um maior risco de desenvolverem distúrbio por uso de álcool.

➤ **Habilitações literárias**

Níveis mais baixos de educação encontram-se associados a sintomas mais severos de perturbações relacionadas com *stress* assim como maior risco de depressão.

➤ **Rendimentos**

Rendimentos mais baixos dos agregados, perdas financeiras ou impacto severo da economia derivado da pandemia, encontram-se relacionados com um maior risco de desenvolvimentos de efeitos psicológicos negativos como depressões, ansiedade, raiva, perturbações relacionadas com *stress*, etc. Rendimentos mais baixos também se encontram associados a um prolongar de sintomas de PSPT. Agregados com maiores rendimentos encontram-se associados a um maior risco de desenvolvimento de distúrbio por uso de álcool.

➤ **Rede Social**

Baixos níveis de capital social, menor perceção de suporte social, fracas relações de vizinhanças foram associadas a níveis mais altos de depressão, ansiedade, *stress*, insónias, maior persistência de sintomas de PSPT. Importa acrescentar que os Profissionais de Saúde são alvos de uma maior estigmatização.

➤ **Antecedentes de doença mental**

História prévia de doença mental e psiquiátrica encontra-se associada a níveis mais elevados de ansiedade e raiva. A ocorrência de traumas anteriores também determina um maior risco de depressão.

De salientar que os episódios de depressão ou sintomatologia de PSPT, o uso abusivo de álcool foi utilizado enquanto estratégia de *coping*.

➤ **Estado geral de saúde**

Existe uma maior predisposição para ocorrência de depressão quando existe uma fraca perceção do estado de saúde geral.

➤ **Exposição à infeção**

No caso de situações de exposição a indivíduos infetados, como por exemplo amigos ou familiares, ou mesmo pessoas que apresentam uma maior perceção de risco de infeção, pode ocorrer num maior desenvolvimento de perturbações na saúde mental. Este risco é superior em pessoas com historial de infeção.

No que concerne aos Profissionais de Saúde, estes apresentam um maior risco de desenvolverem perturbações quando comparados com pessoal administrativo. Entre os diversos profissionais de saúde, o risco é superior quando em contacto com pacientes infetados.

Entre os sintomas ou perturbações apresentadas encontram-se a ansiedade e raiva, perturbações relacionadas com *stress*, PSPT, exaustão emocional, insónias, uso abusivo de álcool entre outros. Os Profissionais de Saúde cuja atividade profissional contemple procedimentos a pessoas infetadas podem apresentar uma maior persistência dos sintomas de PSPT.

➤ **Satisfação dos utentes e Profissionais de Saúde**

Os indivíduos que se apresentem em situação de isolamento ou quarentena, que não se apresentem satisfeitos com as medidas de contenção ou com os próprios profissionais de saúde, poderão apresentar maiores níveis de ansiedade e raiva ou perturbações relacionadas com *stress*.

➤ **Duração da quarentena/Isolamento**

Quanto maior for a duração da quarentena ou isolamento, maiores serão os níveis de ansiedade, raiva, comportamentos de evitamento e perturbações relacionadas com *stress*. Independentemente da ocorrência de infeção ou não, os efeitos psicológicos negativos são identificados ao fim de uma semana de isolamento ou quarentena e principalmente ao fim de duas semanas.

Resultante do contexto atual, por todo o mundo, as pessoas são sujeitas a situações potencialmente geradoras de sofrimento e *stress*. Situações de isolamento social, quarentena, perda de emprego ou rendimentos, risco de infeção, luto por pessoas significativas, são um conjunto complexo de fatores que podem condicionar a capacidade de ajustamento de quem vivencia alguma ou algumas destas situações (Acquarini, et al., 2020; Kazlauskas & Quero, 2020; Chen & Bonanno, 2020).

As eventuais alterações na capacidade de ajustamento demonstrada pelas pessoas, podem-se manifestar por expressões emocionais desadequadas e/ou reações comportamentais

inapropriadas resultando numa fraca adaptação a um *stress* psicológico identificável. Os sinais e sintomas são caracterizados por demonstrações de ruminação contínua sobre o *stress* e os seus efeitos, níveis elevados de preocupação, angústia e reações de *stress* exacerbadas indo contra o social e culturalmente esperado podendo resultar num comprometimento do funcionamento diário (APA 2013 cit Alyanak, Çakiroğlu, & Ertaş, 2020).

Assim sendo, é determinante uma avaliação precisa dos prováveis efeitos psicológicos durante e após a pandemia, sendo particularmente importante uma correta intervenção prospetiva assumindo um caráter preventivo. Reconhecendo a pandemia por COVID-19 como um fator de *stress*, deve-se enfatizar o processo de adaptação e identificar eventuais alterações no processo de ajustamento e estigmatização (Alyanak, Çakiroğlu, & Ertaş, 2020). Sabe-se igualmente que os eventos traumáticos apresentam frequentemente sintomas recorrentes de revivência, *flashbacks*, pesadelos, hiperestimulação, evitação e abstinência social (APA 2013 cit. Alyanak, Çakiroğlu, & Ertaş, 2020).

Na sua singularidade própria, cada país impõe diferentes políticas públicas para responder e gerir a crise provocada pela COVID-19. Alguns adotam medidas mais restritivas e políticas públicas menos participativas, enquanto outros adotam medidas menos restritivas com abordagens mais participativas. Os países também diferem relativamente ao contexto socioeconómico, número de casos ativos, sistema de saúde em vigor e diferentes valores culturais. Todos estes fatores acabam por, não apenas influenciar na perceção que as pessoas tem dos agentes stressores, como também nos fatores de risco existentes, resiliência da população (Acquarini, et al., 2020).

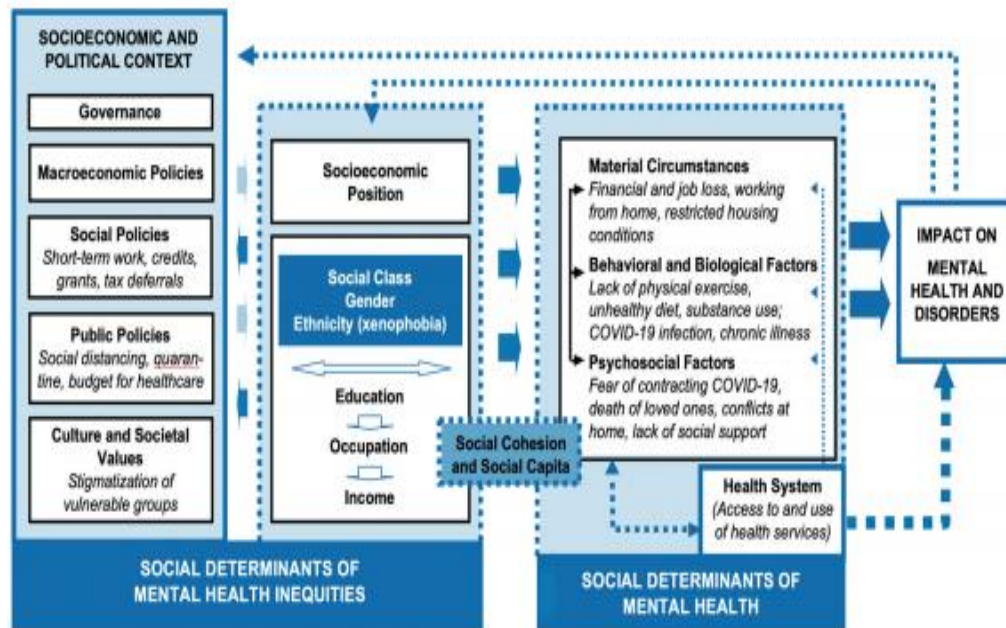


Figura 3- Determinantes sociais da saúde mental durante a pandemia de COVID-19. Quadro adaptado do Conceitual da OMS: Estrutura para os Determinantes Sociais da Saúde (Solar & Irwin, 2010 cit. por Acqurini, et al., 2020)

A resiliência e capacidade de ajustamento depende de vários fatores de risco e de proteção relacionados com a individualidade de cada um, com o contexto familiar e características da comunidade. Embora a dimensão da exposição aos agentes stressores possa influenciar os resultados, vários fatores demonstraram promover a resiliência, incluindo a personalidade e também alguns fatores externos, como recursos sociais disponíveis e interpessoais. O conhecimento desses fatores pode ser especialmente útil face às ameaças contínuas e incertas decorrentes da pandemia por COVID-19. Esses fatores incluem otimismo, apoio social e vínculo, manter-se informado assim como adotar estratégias de distração. Para as pessoas infetadas com COVID-19, pode ser especialmente importante mobilizar o apoio social, aumentar os comportamentos de busca de ajuda e manter cuidados físicos contínuos para manter a resiliência.

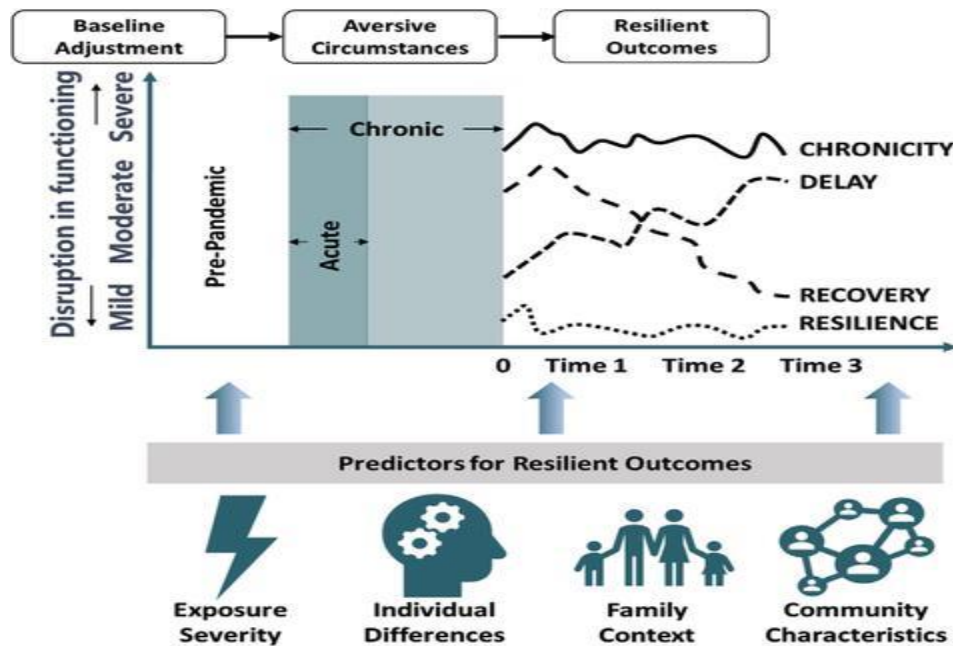


Figura 4 - Os elementos temporais da resiliência psicológica. Adaptado por Chen & Bonanno, (2020)

Por sua vez, a saúde mental positiva, a sensação de bem-estar social, emocional e psicológico (Lukat et al., 2016) contribui para o efeito positivo, promoção de resiliência e redução das consequências nefastas resultantes de experiências negativas, proporcionando uma resposta adaptativa a determinadas situações o que minimiza os sintomas de perturbação do ajustamento após a experiência de eventos de vida stressantes (Truskauskaite-Kuneviciene, Kazlauskas, Ostreikaite-Jurevice, Brailovskaia, & Margraf, 2020 cit Brailovskaia & Margraf, 2020).

Através de alguns estudos desenvolvidos, de forma geral, foram identificadas 6 áreas determinantes que influenciam a capacidade de ajustamento das pessoas e que procuram prevenir eventuais complicações neste mesmo processo ou até mesmo no desenvolvimento de distúrbios relacionados com *stress*:

- ✓ Ação preventiva de forma a limitar propagação do vírus;
- ✓ Estilo de vida saudável com a realização de atividade física e adoção de dieta equilibrada;
- ✓ Hábitos de sono e repouso;
- ✓ Atividades significativas;
- ✓ Organização diária com enfoque em manter minha rotina diária;

- ✓ Apoio Social facilitando a presença e contacto com pessoas significativas (Acquarini, et al., 2020).

De forma a promover e/ou facilitar a capacidade de ajustamento das pessoas perante o contexto pandémico, a própria DGS emanou uma Norma (011/2020) que aborda a necessidade de se adotarem respostas em saúde mental que se adequem às necessidades específicas originadas por esta pandemia sendo que estas as dimensões de informação geral/literacia, passando pela prevenção até à intervenção dos próprios serviços de saúde (DGS, Norma 011/2020, 2020).

CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Considerações metodológicas

O presente capítulo procura descrever o processo metodológico que sustentou a realização do estudo. Segundo Fortin (1999), a metodologia refere-se a um *“conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”* (Fortin M. , 1999). Assim sendo, é descrita toda a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas e ao processo heurístico que culminou na realização do presente trabalho.

A revisão de literatura efetuada permitiu uma maior clarificação sobre alguns dos aspetos e conceitos relacionados com o tema do estudo reforçando, igualmente, a sua pertinência.

Este capítulo encontra-se estruturado em diversas secções. Inicialmente abordamos a questão ou problema de investigação. De seguida são descritos os objetivos da investigação assim como os princípios metodológicos e métodos a utilizar onde serão abordados o tipo de estudo, a população e amostra do estudo, o processo de recolha de dados com os instrumentos a utilizar assim como o tratamento efetuado.

1.1 Questão de investigação

De uma forma mais ou menos direta, a pandemia por COVID 19 revela uma influência acentuada no quotidiano e saúde das pessoas. O fenómeno atual ainda carece de algumas explicações e ainda apresenta muitas dúvidas e incertezas sobre o verdadeiro impacto atual e no futuro. Assim sendo, havendo algo que carece de explicação, interessa confirmar ou desafiar as relações entre variáveis (Ribeiro, 2010).

Estando a maioria da população sujeita a medidas restritivas como o isolamento social, importa perceber melhor este fenómeno e o seu verdadeiro impacto.

O problema ou a questão de investigação constituem o elemento fundamental do início de uma investigação (Ribeiro, 2010). Por conseguinte, importa identificar e entender a presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social.

1.2. Objetivos do estudo

O elevado ritmo de evolução desta pandemia a nível global, apresenta desafios para a recolha de dados em tempo real de forma a identificar as necessidades em saúde pública a curto e longo prazo. De uma forma geral, este estudo também procura contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria definindo possíveis focos de intervenção. Dado o contexto impactante do tema deste estudo, foram determinados os seguintes objetivos:

- a) Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- b) Avaliar sinais e sintomas de distress em pessoas após isolamento social (profilático ou não) devido à infeção SARS-CoV-2;
- c) Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de distress psicológico;
- d) Analisar o papel do suporte social e dos serviços de saúde na forma como as pessoas vivenciam e gerem os sinais e sintomas resultantes direta ou indiretamente do isolamento;
- e) Identificar as estratégias de ajustamento psicológico e *coping* para lidar com o distress relacionado com o isolamento;
- e) Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social devido ao COVID-19.

1.3. Hipóteses de Investigação

Segundo Fortin (2009), uma hipótese “*pode definir-se como um resultado antecipado das relações entre variáveis (...) estabelece uma ligação de associação ou causalidade entre variáveis e é o objeto de uma verificação empírica*”. De uma forma geral, o objetivo deste trabalho é identificar e entender a presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social. Assim sendo, formularam-se as seguintes hipóteses:

- H 1: Existe relação entre a alteração das crenças centrais e o nível de distress;
- H 2: O tipo de isolamento por COVID 19 está relacionado com o nível de distress;
- H 3: Existe relação entre os tipos de isolamento por COVID-19 e a perceção do apoio social e dos serviços de saúde.

Estas hipóteses emergem dos pressupostos e referencial descritos no enquadramento teórico onde também estão contemplados alguns estudos realizados na temática em análise potenciando, assim, a consolidação e desenvolvimento dos mesmos pressupostos.

1.3.1. Variáveis do estudo

Uma variável “*corresponde a uma qualidade ou a uma característica que é atribuída a pessoas ou acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico*” (Fortin, 2009). Baseado nas hipóteses já levantadas, de forma a dar resposta às mesmas e procurando uma relação entre elas, foram identificadas as seguintes variáveis:

- Variável dependente
 - Sintomatologia psiquiátrica/distress;
 - Perceção do apoio social/serviços de saúde;

- Variáveis independentes
 - Variáveis sociodemográficas;
 - Isolamento (Profilático ou Infecção);
 - Crenças centrais

1.4. Tipo de estudo

Este estudo é parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao CINTESIS / Escola Superior de Enfermagem do Porto, coordenado pelo Professor Wilson Abreu subordinado ao tema: *“Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”*.

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa não experimental, transversal e correlacional. No que concerne à estrutura, reporta-se a um estudo descritivo onde se procura fornecer informação acerca da população em estudo (Ribeiro, 2010) e transversal tendo os dados sido colhidos num período único e focado numa determinada população. Sendo correlacional, procura inspecionar se a ocorrência de determinadas doenças estão relacionadas com aspetos que se suspeitam ser fatores de risco (Ribeiro, 2010). De uma forma concreta, importa perceber os sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social.

1.5. Amostra, Critérios de inclusão e exclusão

Em investigação, as pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população (Norusis, 1991 cit. por Ribeiro, 2010) sendo a amostra um subgrupo da população

selecionada de forma a obter informações relativas às características dessa população (Miaoulis & Michener, 1976 cit. por Ribeiro, 2010). O processo de definição da amostra designa-se por amostragem (Ribeiro, 2010).

No presente estudo, a amostragem, enquanto processo de seleção e procurando ter uma representatividade da população foi definida de forma a atingir os objetivos propostos. Adotou-se uma técnica de amostragem não probabilística e foi efetuado em efeito bola de neve (*snowball*) uma vez que foi selecionado e solicitado a um conjunto de participantes iniciais que fornecesse e divulgasse o estudo a outros potenciais participantes repetindo o processo de forma sucessiva a cada participante (Ribeiro, 2010).

Assim sendo, considerou-se como população em estudo, todas as pessoas com mais de 18 anos de idade que tenham permanecido em isolamento social devido a COVID-19, não portadoras de infeção ou que, tendo sido infetadas, estivessem em situação de remissão (teste negativo). A amostra consistiu no conjunto de pessoas acessíveis, passíveis de serem contactadas entre 3 de Janeiro e de Março de 2021.

Assim sendo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Os participantes apresentarem idade igual ou superior a 18 anos;
- Terem estado em situação de isolamento social;
- Não sejam portadores de infeção ou se encontrem em estado de remissão.

Como critérios de exclusão considerou-se todas as pessoas com menos de 18 anos de idade, que apresentassem infeção ativa e por fim que nunca tenham estado em situação de isolamento social.

1.6. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado o protocolo do projeto major, que é composto por um conjunto de questionários já validados para a realidade portuguesa e cuja utilização foi permitida pelos autores (ANEXO I). Assim foi utilizado um questionário sociodemográfico (com questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica), o *Core Beliefs Inventory*, Cann et. al (2010) (versão portuguesa) e o

Brief Symptom Inventory (BSI), Derogatis (1993) (versão portuguesa). A estratégia de recolha de dados adotada, atendendo à situação epidemiológica aquando da altura da recolha de dados, foi em efeito bola de neve (*snowball*).

➤ Questionário Sociodemográfico e Anamnese

O primeiro questionário permite obtenção de dados sociodemográficos da população dispondo dados relativos à idade, sexo, naturalidade, nacionalidade, concelho de residência, habilitações literárias, situação profissional, profissão, estado civil, número de filhos e o rendimento anual. O segundo questionário relativo a uma anamnese de entradas permite dispor de informações relativas às características do isolamento vivenciado, nomeadamente a rede de suporte social e dos serviços de saúde e o tipo de isolamento vivenciado.

➤ Inventário de Crenças Centrais – *Core Beliefs Inventory*

O ICC, validado para a população portuguesa, é um instrumento frequentemente utilizado para avaliar o grau de disrupção das crenças centrais no período subsequente ao trauma, sendo igualmente essencial em determinar o crescimento individual após o vivenciar de uma situação traumática.

➤ Breve Inventário de Sintomas - *Brief Symptom Index*

O Breve Inventário de sintomas, da autoria de Derogatis (1993), traduzido e validado por Canavarro (1999) é um questionário de 53 itens e 3 subescalas que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos. As 53 questões dão resposta a 9 dimensões de psico-sintomatologia: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Os valores obtidos permitem o cálculo de 3 subescalas referentes a 3 Índices Globais: Índice Geral de sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos.

A fiabilidade da versão portuguesa foi evidenciada por alguns autores através da análise da consistência interna. No que toca ao coeficiente alfa de *Cronbach*, este apresenta valores que variam entre os 0,71 referentes à dimensão do psicocitismo e os 0,85 da depressão (Abreu, Costa, Jackson, & Tolson, 2018).

1.7. Procedimentos legais e éticos

No processo de investigação, os aspetos éticos são decisivos de forma a não comprometer a própria investigação. Qualquer investigação em saúde necessita obedecer a procedimentos éticos e legais até pela possibilidade de lidar com pessoas em situação de doença (Ribeiro, 2010). Para que a ciência se desenvolva através da investigação, é importante que o processo científico ofereça garantias morais e éticas, existindo um limite que não deve ser ultrapassado, o respeito pela pessoa humana e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin M. , 1999).

Como parte integrante do projeto alocado ao CINTESIS, a obtenção do parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ESEP foi solicitada pelo coordenador do projeto. Ainda como parte dos procedimentos de natureza ética, foi solicitado o consentimento informado a cada um dos participantes do estudo, recorrendo ao documento previamente avaliado pela Comissão de Ética. Aos participantes, de igual forma, quando solicitado o consentimento, após explicação do estudo, foi comunicado que podiam retirar-se do estudo sem que isso representasse qualquer dano para os próprios.

1.8. Tratamento e análise dos dados

O tratamento de dados foi efetuado através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 24 e a análise 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 adotadas as estratégias preconizadas pelos autores dos questionários.

A investigação tem por objetivo responder às questões de investigação e verificar hipóteses. A análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos tendo em vista realçar o essencial (Fortin, 2009). Assim sendo, proceder-se-á à organização, apresentação e estruturação das informações colhidas de forma a retirar as devidas conclusões.

A interpretação dos resultados consiste em integrar as informações retidas, explicá-las e eventualmente confrontá-las com informação constante noutros trabalhos ou investigações. A interpretação é finalizada com uma conclusão que exprime o resultado essencial e as principais implicações decorrentes da exposição precedente (Fortin, 2009).

A apresentação dos dados será efetuada através de tabelas e gráficos permitindo uma leitura simplificada dos mesmos. No que toca à análise inferencial, de forma a analisar a relação entre as variáveis e testar as hipóteses, foram adotados os seguintes testes estatísticos: coeficiente de correlação linear de *Pearson*, o teste do Qui-Quadrado e o teste de diferenças paramétrico ANOVA (F).

O teste de associação coeficiente de correlação linear de *Pearson* permite analisar a associação entre duas variáveis intervalares, avaliando a sua direção (positiva ou negativa) e magnitude (+1 e -1). Se +1 há uma correlação positiva entre as duas variáveis ao invés que -1 significa que há uma correlação negativa. Se a correlação for zero (0) ou tender para zero, significa ausência de relação entre as variáveis (Martins, 2011).

O teste de associação do Qui-Quadrado relaciona duas variáveis nominais ou uma nominal e outra ordinal. Esta testa a independência entre as duas variáveis de forma a averiguar a existência de algum tipo de associação. Na sua utilização existe três valores a ter em atenção: o valor do teste, os graus de liberdade e o nível de significância (p) (Martins, 2011).

Com o objetivo de analisar as diferenças entre as variáveis utilizou-se ainda a prova paramétrica ANOVA. Os testes ANOVA constituem um método ideal para comparar três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar (Martins, 2011). Assim, o teste ANOVA irá permitir verificar se existem diferenças significativas entre os diversos contextos tendo em análise duas ou mais variáveis. No nosso estudo utilizamos a ANOVA num conjunto de dados para avaliar se existe relação linear entre a variável dependente (Sintomatologia psiquiátrica/distress) e a variável independente (tipo de isolamento-profilático ou infeção) e comparar as médias entre os dois grupos. Optou-se pelo teste ANOVA ("*one-way* ANOVA") por ser um teste robusto que tolera a análise em distribuições não normais.

Para testar a hipótese utilizando o teste ANOVA, que corresponde ao quociente entre grupos e a variância residual, foi tido em conta o p-valor. Se o p-valor <0.05 rejeitamos a hipótese de nulidade H₀. Caso contrário, não rejeitamos a hipótese de nulidade H₀, o que indica que não há evidências de diferenças significativas entre os tipos de isolamento (variável independente).

CAPITULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

1. Apresentação de resultados do estudo

A apresentação, análise e interpretação dos resultados de uma investigação são consideradas etapas distintas no processo de investigação que contemplam a análise estatística dos dados onde são comparados e confrontados os resultados entre si e fazendo referência à teoria ou estudos relacionados com o fenómeno em estudo. Conforme referido anteriormente, a análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos tendo em vista realçar o essencial. Ela incide sobre a descrição de fatos permitindo por em evidência as variáveis que serviram para caracterizar a amostra e as que foram ligadas entre si de forma a determinar se as hipóteses colocadas à prova por testes estatísticos são confirmadas ou infirmadas. Esta contempla duas etapas: a análise descritiva dos resultados e a análise inferencial dos resultados (Fortin, 2009).

O presente capítulo procura apresentar e analisar os resultados obtidos nos 581 questionários realizados. Estes dados serão apresentados de acordo com as dimensões constantes no instrumento de colheita de dados permitindo a visualização dos valores apresentados pelos sujeitos da amostra como também associar variáveis dando resposta aos objetivos propostos. Assim sendo, inicialmente será efetuada uma análise descritiva dos resultados de forma a, posteriormente, realizar uma análise da relação entre variáveis. Os resultados serão apresentados através de tabelas onde constam os dados colhidos e trabalhados através do SPSS.

1.1. Análise descritiva

A estatística descritiva permite caracterizar a amostra tendo como finalidade fornecer um resumo das características dos participantes e examinar a distribuição dos valores das principais variáveis determinadas com o auxílio de testes estatísticos. Em certos tipos de estudo descritivos, como os descritivos correlacionais, exploram-se relações entre variáveis sem a formulação de hipóteses (Fortin, 2009).

➤ **Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas**

Conforme descrito, nesta parte, serão apresentadas as características gerais da amostra em estudo e os valores medidos das variáveis em apreço.

Analisando a tabela 1, podemos constatar que a investigação realizada contempla uma amostra de um total de 581 participantes sendo que 101 (17,4%) são do sexo masculino e 480 (82,6%) do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (60,4%) e de seguida em situação de casados ou em união de facto (36,5%). No que concerne à idade dos participantes, esta situa-se entre os 18 e os 73 nos de idade, alcançando a idade média de 34,5 anos com um desvio padrão (DP) de 11,5.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da população em situação de isolamento (N=581)

Variáveis	Pessoas em isolamento	
	N	Percentagem
Sexo		
Masculino	101	17,4%
Feminino	480	82,6%
Idade (média)	34,5	
	(Intervalo 18-73)	
	(Desvio padrão 11,5)	
Habilitações Literárias		

4º Ano ou equivalente	1	0,2%
9º Ano ou equivalente	29	5,0%
12º Ano ou equivalente	169	29,1%
Ensino Superior	298	51,3%
Outro	84	14,5%
Estado Civil		
Solteiro	351	60,4%
Casado/União de facto	212	36,5%
Divorciado	17	2,9%
Viúvo	1	0,2%
Situação Profissional		
Ativo	421	72,5%
Desempregado	32	5,5%
Reformado	10	1,7%
Estudante	118	20,3%
Profissão		
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos;	9	1,5%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas;	307	52,8%
Enfermeiros	(245)	(42,2%)
Médicos	(9)	(1,5%)
Professor	(20)	(3,4%)
Técnicos e profissões de nível intermédio;	9	1,5%
Pessoal administrativo;	14	2,4%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e Vendedores;	63	10,8%
Assistente Operacional	(28)	(4,8%)
Auxiliar Ação Educativa	(8)	(1,4%)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;	1	0,2%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;	7	1,2%
Trabalhadores não qualificados;	1	0,2%

Reformado;	23	4,0%
Estudante;	118	20,3%
NS/NR;	29	5,0%
Rendimento Anual Familiar		
<10.000 €	115	19,8%
10.001€ - 20.000€	327	56,3%
20.001€ - 37.500€	109	18,8%
37.501€ - 70.000€	25	4,3%
> 70.000 €	5	0,9%

Através da análise dos gráficos apresentados, podemos constatar que, no que toca às habilitações literárias, a mesma varia entre o 4º ano e o ensino superior sendo que a maioria encontra-se concentrada no ensino superior (51,3%) e de seguida possui o 12ºano ou equivalente (29,1%). Analisando a situação profissional, uma larga maioria (72,5%) encontrava-se empregada sendo que importa igualmente realçar que 20,3% da população que esteve em isolamento era estudante. Por fim, entre a população empregada, foi possível verificar uma variabilidade acentuada de profissões, percorrendo os vários sectores e categoria profissionais incidindo em larga escala nas profissões contempladas pela categoria de "Especialistas das atividades intelectuais e científicas" (52,8%).

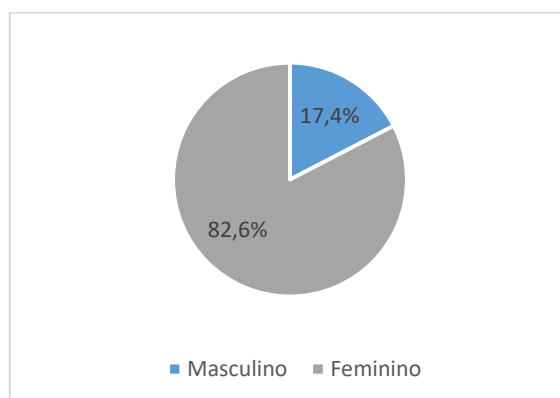


Figura 5 - Sexo dos participantes

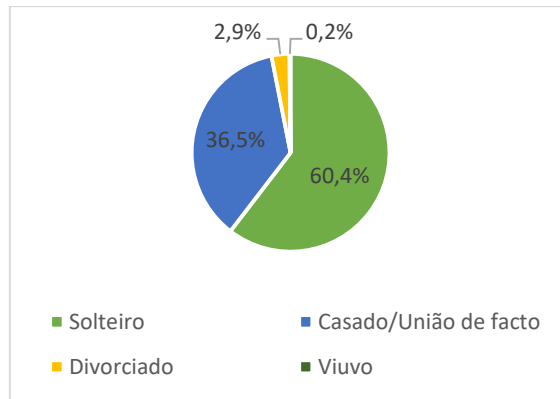


Figura 6- Estado Civil

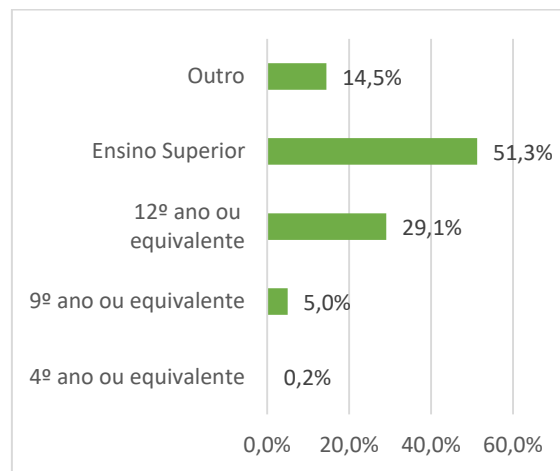


Figura 7 - Habilitações Literárias

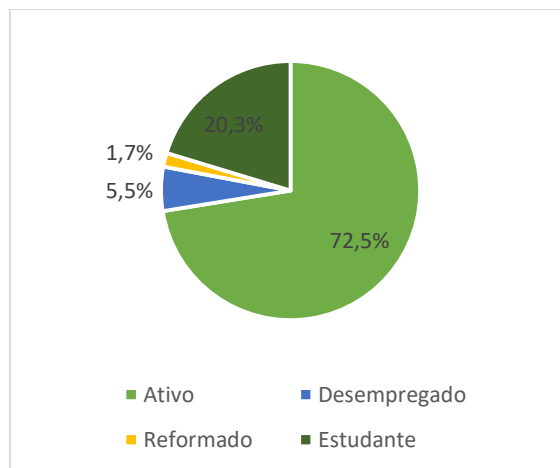


Figura 8- Situação Profissional

Importa salientar que, segundo a amostra, a área dos profissionais de saúde foi amplamente representada com o destaque para as profissões de Enfermeiros (42,2%), Médicos (1,5%) e Assistentes Operacionais (4,8%) perfazendo um total de 48,5% dos participantes. Também na área da educação, identificou-se uma percentagem significativa: Auxiliar de Ação Educativa (1,4%), Estudante (20,3%) e Professores (3,4%). Por fim, os rendimentos familiares anuais dos participantes situou-se, maioritariamente, entre os 10.001 € e os 20.000 € (56,3%).

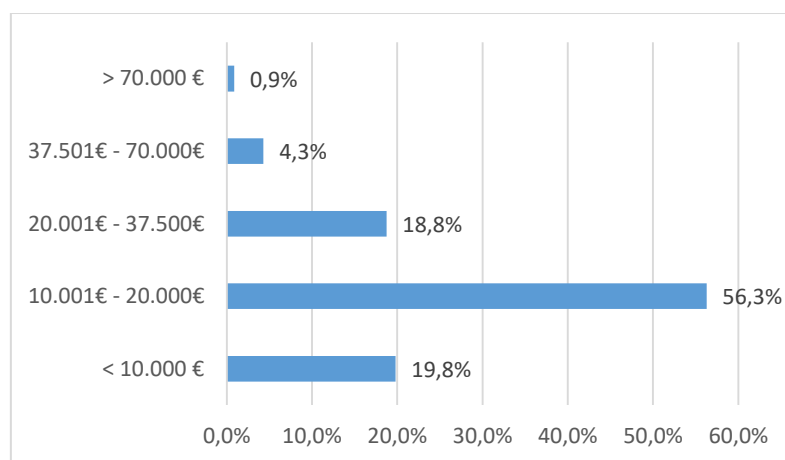


Figura 9- Rendimento Anual Familiar

Reportando agora à anamnese clínica efetuada através dos questionários, de forma a caracterizar a condição de isolamento, importa, primeiramente, referir que dos 581 participantes, 58% vivenciou a situação de isolamento derivado de infeção por COVID-19 enquanto 42% pelo motivo de isolamento profilático.

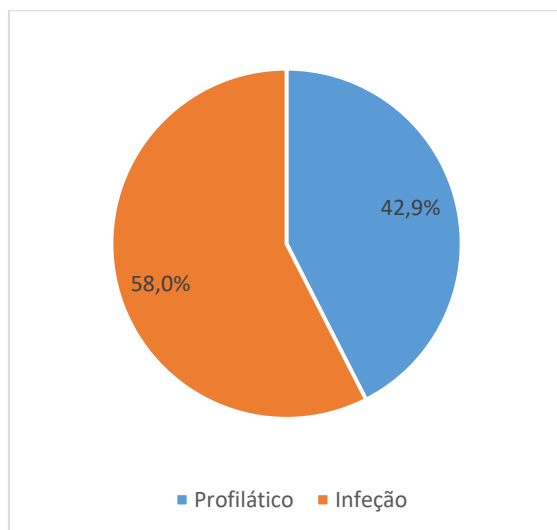


Figura 10 – Causa de isolamento

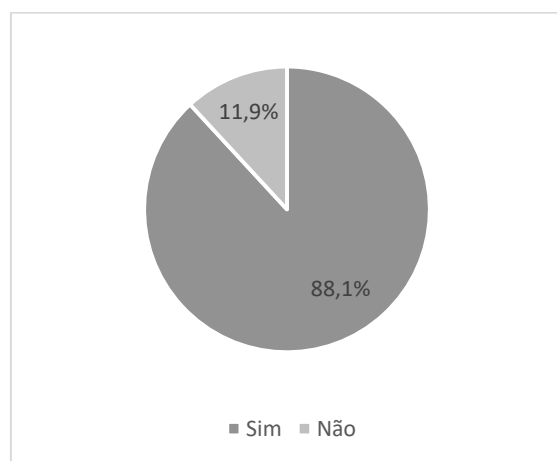


Figura 11 - Presença de Sintomas

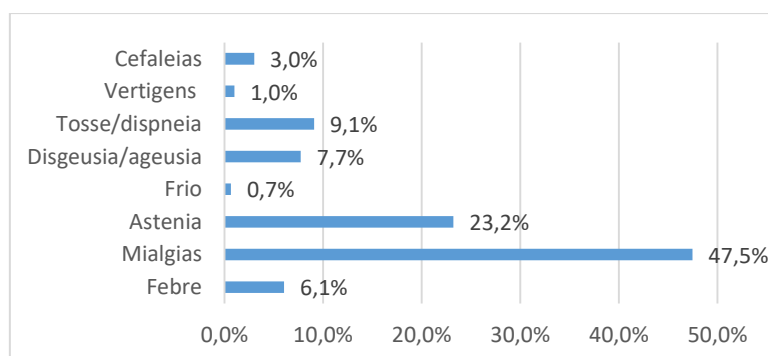


Figura 12 - Sintomas Predominantes

Concentrando a análise nos 337 participantes que vivenciaram a situação de isolamento social por motivos de infecção por COVID-19, 88,1% experienciou algum tipo de sintomas. Entre estes últimos, os sintomas maioritariamente experienciados foram as mialgias (47,5%), astenia (23,2%) e a tosse/dispneia (9,1%).

Um dado importante identificado foi que, 90 dias após a infecção, em 68,7% dos sintomáticos, perdurou a manifestação de sintomas.

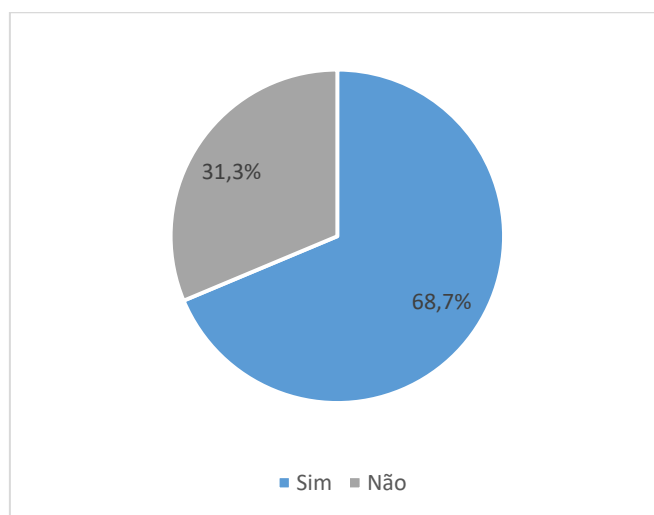


Figura 13 - Presença de sintomas 90 dias após infecção

➤ Resultados descritivos dos diferentes tipos de suporte

Os resultados obtidos sobre a percepção de suporte em situação de isolamento seja social através de familiares e ou dos próprios serviços de saúde podem ser observados na tabela 2. A avaliação do suporte podia ser classificado entre o mínimo de 1 e o máximo de 6. Encontra-se bem vincada a classificação positiva do suporte experienciado em situação de isolamento por parte dos 581 participantes uma vez que a classificação média encontra-se muito próxima do valor máximo. O suporte social de familiares e amigos apresenta uma média de 5,24 e um DP de 0,929 e o suporte dos serviços de saúde apresenta uma média de 4,35 e um DP de 1,335.

Tabela 2 - Estatística Descritiva relativa aos diferentes tipos de suporte durante o isolamento

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Suporte social de familiares e amigos	581	1	6	5,24	0,929
Suporte dos serviços de saúde	581	1	6	4,35	1,335

➤ Resultados descritivos sobre os Sintomas Psicopatológicos

Na avaliação dos sintomas psicopatológicos resultantes da vivência de isolamento social (profilático ou infeção) por COVID-19, baseado nas médias e desvio padrão, foram analisadas as 9 dimensões do BSI assim como o Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de sintomas Positivos.

Na tabela 3 encontram-se descritos e relacionados os valores médios para cada subescala e índices do BSI da amostra e os calculados para a população portuguesa (ponto de corte). Estes últimos reportam-se aos valores médios de referência para a população portuguesa calculados por Canavarro (2007) citado por Abreu et al. (2018).

Tabela 3 - Estatística descritiva e comparação da média das dimensões do BSI da amostra com a média da população portuguesa (N-581)

BSI	Média	Desvio Padrão	Valor Médio para a população portuguesa*	Resultado
Somatização	1,87	0,71	0,77	↑
Obsessão- Compulsão	2,03	0,70	1,25	↑
Sensibilidade Interpessoal	1,7	0,90	0,82	↑
Depressão	2,64	0,71	0,94	↑
Ansiedade	2,52	0,77	0,65	↑

Hostilidade	1,88	0,72	1	↑
Ansiedade Fóbica	2,54	0,79	0,55	↑
Ideação Paranoide	1,67	0,78	0,96	↑
Psicoticismo	2,14	0,71	0,62	↑
Índice Geral de Sintomas	2,11	0,62	0,83	↑
Total de Sintomas Positivos	26,87	11,46	26,99	↑
Índice de Sintomas Positivos	4,52	1,07	1,56	↑

* Canavarro, 2007 cit. Por Abreu et al., 2018

Conforme facilmente visível na tabela, ao comparar as duas médias, em todas as dimensões e subescalas identificadas, os valores correspondentes ao BSI das pessoas em situação de isolamento é claramente superior. Ou seja, todas as subescalas do BSI apresentam scores superiores ao valor médio considerado para a população portuguesa. Esta tendência revela o impacto emocional patente nas pessoas que vivenciaram a situação de isolamento social por COVID-19. Considerando apenas o Índice Geral de Sintomas que, sendo este uma média de todas as questões, traduz de uma forma geral a dimensão da intensidade do mal-estar psicológico causado pelo isolamento vivenciado, o que predispõe ao aparecimento de sintomatologia psiquiátrica.

De acordo com os resultados obtidos (ANEXO II), pode-se identificar que, entre os indivíduos participantes e entre as nove dimensões do BSI, as dimensões com maior significado ou relevância e que apresentam uma média superior foram a Depressão com 2,64 (DP-0,71; Intervalo 1-5), a Ansiedade Fóbica com 2,54 (DP-0,79; Intervalo 1-5) e a Ansiedade com 2,52 (DP-0,77; Intervalo 1-5). Ao invés, a dimensão Ideação Paranoide foi a que apresentou o valor médio mais baixo de 1,67 (DP 0,78; Intervalo 1-4,). No que toca aos índices, o Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos apresentam uma média de 2,11, 26,87 e 4,52 respetivamente revelando o impacto psicopatológico do isolamento social.

- Resultados descritivos sobre o suporte social de família e amigos e dos serviços de saúde

Os resultados descritivos relativos ao suporte social da família e amigos assim como dos serviços de saúde durante o episódio de isolamento social por COVID-19 (ANEXO III) revelaram a influência do suporte prestado em situação de isolamento por COVID-19. Entre os participantes, relativamente a uma classificação que variava entre 1 e 6, a classificação média do suporte social dos familiares e amigos foi de 5,24 enquanto, relativamente ao suporte dos serviços de saúde foi de 4,35.

Importa referir que 50,77% dos inquiridos classificou o suporte social como Muito Bom e apenas 3,61% caracterizou de forma negativa. No que toca ao suporte dos serviços de saúde, 65,92% classificou o mesmo como positivo (Muito Bom – 28,23%) e 34,08% como negativo.

➤ Resultados descritivos sobre o Inventário de Crenças Centrais

Os resultados obtidos com a aplicação do ICC (ANEXO IV), que permitiram avaliar o grau de disrupção das crenças centrais após isolamento por COVID-19 e de que forma determinou crescimento individual revelaram que, de forma mais significativa, as áreas mais suscetíveis de mudança relativamente às crenças anteriores foram as crenças relacionadas com as relações com os outros onde 36,70% referiram alterações com algum impacto. No que toca às crenças acerca das capacidades, forças e fraquezas, 54,30% referiu ter colocado em causa as mesmas assim como 43,60% relativamente às expectativas futuras e 44,50% em relação ao significado atribuído à vida.

1.2. Análise inferencial

A estatística inferencial permite determinar se as hipóteses ou situações em estudo podem ser confirmadas ou infirmadas e se é possível inferir a existência de relações entre as variáveis estudadas. Pretende determinar em que medida a informação proveniente de uma amostra reflete a realidade

da população destacando assim as suas características. A inferência estatística, através dos resultados da amostra, por inferência, prevê o comportamento ou as características da população (Fortin, 2009). Assim sendo, será realizada a análise estatística tendo por base a identificação entre o distress psicológico enquanto consequência do isolamento social devido à COVID-19, e a utilização de diferentes estratégias de *coping* e ajustamento para lidar com o isolamento social. Este processo passa pela análise de uma eventual relação entre as variáveis identificadas de forma a apreciar as hipóteses levantadas.

- H 1: Existe relação entre a alteração das crenças centrais e o nível de distress;

De acordo com os resultados descritos no ANEXO II (Estatística Descritiva dos sintomas Psicopatológicos), as subescalas com maior significado ou relevância e que apresentam uma média superior foram a Depressão, a Ansiedade Fóbica e a Ansiedade. Enquanto no ANEXO IV (Estatísticas Descritivas Relativas ao Inventário de Crenças Centrais), foi possível visualizar algumas áreas em que os participantes alteraram a sua percepção ou crenças.

Com o objetivo de medir a relação entre as duas variáveis em questão, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson de forma a compreender como uma das variáveis se comporta perante a variação da outra.

Uma vez que o IGS, de uma forma geral e sendo uma média de todos os itens, permite ponderar a intensidade do mal-estar psicológico foi estabelecida a sua relação com o ICC.

Tabela 4 - Coeficiente da Correlação de Pearson entre as variáveis relativas ao IGS e o ICC

		Índice Geral de Sintomas
	r	0,307**
Inventário de Crenças Centrais	Sig. (bilateral)	<0,001

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

Através da leitura da tabela 4 podemos verificar que o IGS correlaciona de forma positiva ($r= 0,307$) com o ICC (quando um aumenta o outro segue a tendência) e de forma muito significativa ($p\leq 0,001$)

pois p tende para 0,000. Podemos então afirmar que existe uma relação evidente entre as duas variáveis.

- H 2: O tipo de isolamento por COVID 19 está relacionado com o nível de distress;

Conforme perceptível através da visualização da tabela do ANEXO V, quando comparamos a média alcançada em todas as subescalas do BSI de acordo com o tipo de isolamento vivenciado, percebe-se que em todas, o valor da população que fez isolamento social por motivo profilático foi superior aos valores apresentados por quem fez isolamento social por ter estado infetado com COVID-19.

Tabela 5 - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)

	F	Sig.
Somatização	2,583	0,109
Obsessão- Compulsão	9,319	0,002
Sensibilidade Interpessoal	12,195	0,001
Depressão	4,993	0,026
Ansiedade	5,99	0,015
Hostilidade	8,369	0,004
Ansiedade Fóbica	12,808	0,000
Ideação Paranóide	16,226	0,000

Conforme visível na tabela 5, aplicando o teste de diferenças ANOVA (tabela integral disponível no Anexo VI) de forma a avaliar se existe relação linear entre a variável dependente (Sintomatologia psiquiátrica/distress) e a variável independente (tipo de isolamento-profilático ou infecção) e comparando as médias entre os dois grupos, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores referentes às dimensões da sintomatologia psiquiátrica entre os dois grupos identificados (isolamento profilático/isolamento por infecção) dado que para a grande maioria, 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 à exceção da dimensão “Somatização” que apresenta um valor de $p \geq 0,05$, não existindo neste caso evidências de diferença significativa entre as médias.

- H 3: Existe relação entre os tipos de isolamento por COVID-19 e a percepção do apoio social e dos serviços de saúde?

Com o objetivo de medir a relação entre as variáveis tipos de isolamento e a percepção do apoio social e dos serviços de saúde foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. A utilização deste teste teve o objetivo de relacionar duas variáveis nominais e testar a independência entre as duas variáveis de forma a averiguar a existência de algum tipo de associação.

Através dos dados constantes no ANEXO VII, podemos observar que, relacionando a classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos com o tipo de isolamento vivenciado (profilático ou infecção), o valor do teste do QUI-Quadrado obtido, com o grau de liberdade 5 é de 89,208 e com $p < 0,001$. Por sua vez, relacionando a classificação do Suporte dos Serviços de Saúde com o tipo de isolamento vivenciado (profilático ou infecção) o valor do teste do QUI-Quadrado, com o grau de liberdade 5 é de 104,004 e igualmente com $p < 0,001$.

Podemos então inferir que, em ambos os tipos de suporte (social e dos serviços de saúde) e uma vez que $p = 0,000$ ($p < 0,001$), existe efetivamente uma relação muito significativa entre o tipo de isolamento e a percepção desse mesmo suporte social (para ambos os tipos de suporte, como referido).

Contudo, conclui-se que, sendo os tipos de suporte aparentemente muito relevantes no efeito que produzem, não há diferença substantiva para o sujeito que deles beneficia seja qual for o tipo de isolamento (profilático ou infecção).

CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em investigação, os resultados enriquecem os conhecimentos sobre o tema que foi alvo de estudo. Torna-se necessário situá-los em relação a outros resultados existentes em outras investigações. Retirado o significado dos resultados, deve-se tirar as conclusões, avaliar as suas implicações e formular eventuais recomendações no que se refere à prática e futuras investigações (Fortin, 2009).

O objetivo geral do presente estudo consistiu em identificar e entender a presença de sintomas de distress psicológico como consequência do isolamento social devido à COVID-19 e de que maneira as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de *coping* e ajustamento de forma a lidar com o isolamento social.

Visando cumprir um dos objetivos propostos no que toca à caracterização sociodemográfica e clínica da população em estudo, o número total de participantes foi 581 sendo que 17,4% são do sexo masculino e 82,6% do sexo feminino. Estes dados poderão ir ao encontro dos disponibilizados pela Direção Geral de Saúde em Julho de 2021 onde, reportando apenas aos casos de infeção e excluindo os casos de isolamento profilático, 54,13% são mulheres. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (60,4%) e no que concerne à idade dos participantes, esta situa-se entre os 18 e os 73 anos de idade o que permite vislumbrar o impacto do isolamento ao longo de diversas faixas etárias. Se voltarmos a comparar com os dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde, focando apenas nos casos de infeção, a maioria situa-se entre os 20 e 60 anos. Assim sendo, ainda carece de mais dados referentes à população em situação de isolamento profilático e não apenas por infeção. Dado que a amostra é composta maioritariamente pelo sexo feminino e apresenta uma média de idades de 34,5 anos, os dados obtidos são comparáveis a outros estudos semelhantes efetuados por Allande-Cussó, et al. (2021) que revelou que o aparecimento de sintomatologia psicopatológica era mais evidente no sexo feminino e em pessoas com idade igual ou inferior a 43 anos de idade.

Analisando a situação profissional, uma larga maioria dos participantes (72,5%) encontrava-se empregada o que é facilmente atribuível ao maior fluxo populacional e a maiores concentrações de pessoas pois muitos dos contactos terão sido efetuados em contexto laboral.

Ainda relativamente às profissões da amostra, importa salientar que a área dos profissionais de saúde foi amplamente representada com o destaque para as profissões de Enfermeiros (42,2%), Médicos (1,5%) e Assistentes Operacionais (4,8%) perfazendo um total de 48,5% dos participantes. Também na área da educação, identificou-se uma percentagem significativa: Auxiliar de Ação Educativa (1,4%), Estudante (20,3%) e Professores (3,4%). Tal não será dissociado ao facto de, por exemplo, os serviços de saúde terem que obrigatoriamente manter-se em atividade ao invés de outros sectores que puderam exercer a prática na modalidade de teletrabalho. Os contextos de trabalho na saúde também obrigam muitas vezes a uma concentração acentuada de pessoas e exposição acrescida de vários utentes sendo que, alguns deles eventuais portadores de infeção por COVID-19.

Concentrando a análise nos 337 participantes que vivenciaram a situação de isolamento social por motivos de infeção por COVID-19, 88,1% experienciou algum tipo de sintomas. Entre estes últimos, os sintomas maioritariamente experienciados foram as mialgias (47,5%), astenia (23,2%) e a tosse/dispneia (9,1%). Estes sintomas manifestados vão ao encontro dos já referidos por alguns autores que referem que os sintomas clínicos mais comumente associados à infeção por SARS CoV-2 são febre, fadiga e tosse (Feng, Shaoqing, Wang, & Zong, 2020).

Um dos dados clínicos relevantes colhidos no estudo foi a presença de sintomas 90 dias após a infeção em 68,7% dos sintomáticos, perdurando a manifestação dos mesmos. Este dado torna-se relevante na medida em que, perante a sucessão corrente de aparecimento de novos casos e conseqüente necessidade de vigilância, seria pertinente efetuar um *follow up* prolongado de infeções antigas.

Um dos objetivos delineados para este trabalho era avaliar os sinais e sintomas de distress em pessoas após a experiência de isolamento social (profilático ou por infeção) devido à COVID-19. Através da aplicação do BSI, de acordo com os resultados descritos dos sintomas psicopatológicos, todas as subescalas tiveram representatividade sendo que as que apresentaram maior significado ou relevância e que apresentam uma média superior foram a Depressão, a Ansiedade Fóbica e a Ansiedade. A este dado acresce que todas as subescalas e inclusive o IGS do BSI apresentam scores superiores ao valor médio considerado para a população portuguesa. Esta tendência revela o tremendo impacto emocional e os níveis de distress patente nas pessoas que vivenciaram a situação de isolamento social por COVID-19.

Este dado vai ao encontro da revisão de literatura efetuada onde se encontra bem patente que os indivíduos em quarentena ou isolamento apresentam um maior risco de desenvolver problemas de saúde mental, nomeadamente depressão, ansiedade, transtornos relacionados com *stress* e raiva e

onde as medidas de contenção seja de quarentena ou isolamento são consideradas um fator de risco independente para resultados adversos na saúde mental. Esta premissa destaca a necessidade de adoção de estratégias de prevenção de saúde mental para as populações em geral e principalmente a de maior risco, onde se incluí de forma particular, os profissionais de saúde quer tenham ou não sido expostos a infeção e indivíduos que já enfrentavam adversidades psicossociais antes da quarentena ou isolamento, incluindo aqueles com baixos rendimentos, suporte social reduzido ou perturbações no âmbito da saúde mental (Bohemen, Brandt, Heinz, Henssler, & Stock, 2020). (Agha, 2020). A ideia é corroborada por Brooks et. Al (2020) citado por Afonso (2020) refere que a quarentena pode originar uma constelação de sintomas psicopatológicos, designadamente, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, etc. Inclusive, a longo prazo poderão resultar num aumento de casos de depressões e stress pós traumático (Hawryluc, Gold, Pogorski, & Styra, 2020).

Uma das medidas mais efetivas e preconizadas para quebrar as cadeias de transmissão sendo por isso utilizada pelas Autoridades de Saúde para minimizar a transmissão da COVID-19 é o isolamento social (DGS, Orientação, 2020). Na revisão da literatura efetuada, que permitiu fazer um enquadramento da problemática em estudo, Montez e Umberson (2010), através de uma pesquisa que procurava determinar o impacto das relações sociais na saúde, chegaram à conclusão que as relações sociais têm efeitos significativos na saúde sendo que as mesmas afetam a saúde nas áreas comportamentais, psicossociais e fisiológicas. Esta premissa foi igualmente reforçada por Fekete, Siegrist e Tough (2017) que, através de uma revisão sistemática de literatura revelaram haver evidências consistentes de que a interação social contínua com o próximo e com o ambiente social (por exemplo, família, amigos e vida profissional) exerce efeitos benéficos na saúde e no bem-estar sendo que ao invés, o isolamento social é associado a problemas de saúde física, mental e aumento do risco de mortalidade (Montez, Umberson, 2010; Fekete, Siegrist e Tough, 2017).

Um dos objetivos deste trabalho era analisar o papel do suporte social por parte dos familiares e amigos assim como dos serviços de saúde na forma como as pessoas vivenciam e gerem os sinais e sintomas resultantes direta ou indiretamente do isolamento. Por um lado, encontra-se bem vincada a classificação positiva do suporte experienciado (social ou dos serviços de saúde) em situação de isolamento por parte dos 581 participantes uma vez que a classificação média encontra-se muito próxima do valor máximo possível. Por outro lado, apesar desta perceção positiva do suporte, conforme descrito anteriormente, o impacto do isolamento social por COVID-19 leva ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Em futuros estudos, seria pertinente perceber se, perante uma perspetiva não tão favorável do suporte, o desenvolvimento de sintomas

psicopatológicos seria mais intenso conforme alguns autores, Cadzow e Servoss (2009), que através de um estudo realizado, concluíram que, a percentagem de participantes que manifestou percepção de apoio social insuficiente, apresentou maiores taxas de excesso de peso e obesidade, problemas cardíacos, ansiedade e depressão (Franzoi, et al., 2016).

Uma das conclusões que podemos inferir foi que ambas as classificações dos tipos de suporte (social e dos serviços de saúde) são muito significativas independentemente do tipo de isolamento. Relativamente ao impacto no sujeito que beneficia do suporte, sendo ambos importantes, não há evidências de diferenças entre eles. Objetivamente, podemos concluir que houve apoio efetivo independentemente do tipo de isolamento pressupondo ser este um fator facilitador do ajustamento perante a situação de isolamento.

A revisão da literatura efetuada revelou que uma saúde mental positiva, com uma sensação de bem-estar social, emocional e psicológico (Lukat et al., 2016) contribui para o efeito positivo, promoção de resiliência e redução das consequências nefastas resultantes de experiências negativas que proporciona uma resposta adaptativa a determinadas situações e minimiza os sintomas de perturbação do ajustamento após a experiência de eventos de vida stressantes (Truskauskaitė-Kuneviciene, Kazlauskas, Ostreikaite-Jurevice, Brailovskaia, & Margraf, 2020 cit Brailovskaia & Margraf, 2020).

Conforme descrito no presente trabalho, as áreas mais suscetíveis de mudança relativamente às crenças anteriores à situação traumática como o isolamento social foram as crenças relacionadas com as relações com os outros onde 36,70% referiram alterações com relativo impacto. Sendo as pessoas o principal veículo de transmissão, acaba por fazer sentido a alteração da percepção individual de cada um em relação à interação com as pessoas que lhe rodeiam. No que toca às crenças acerca das capacidades, forças e fraquezas, 54,30% referiu ter colocado em causa as mesmas assim como 43,60% relativamente às expectativas futuras e 44,50% em relação ao significado atribuído à vida. Estas alterações de percepção revelam a capacidade e as alterações necessárias para o ajustamento adequado a uma situação impactante e que coloca em causa todo o autoconceito presente até ao momento do isolamento. Esta ideia é corroborada por alguns autores que referem que forma como as relações sociais podem influenciar a saúde são caracterizadas pelas áreas psicossocial onde os mecanismos subjacentes a esta área reportam-se ao apoio efetivo ou percecionado resultante das relações sociais, ao controle pessoal, nomeadamente, às crenças dos indivíduos em como as suas

ações podem controlar os resultados de suas vidas e ao significado simbólico de determinados laços sociais (Nock 1998; Waite 1995 cit. Montez e Umberson, 2010).

Inclusive, uma das hipóteses levantadas procurava perceber a forma como as crenças centrais influenciavam o nível de *stress* apresentado nas situações de isolamento social. Conclui-se que ambos se correlacionam de forma positiva sendo que quando um aumenta o outro segue a tendência de forma significativa. Perante esta relação, podemos afirmar que as crenças pessoais de cada um tem um papel determinante enquanto estratégia de *coping* que pode determinar na capacidade de ajustamento de cada pessoa.

Assim sendo, as abordagens para lidar com pessoas em situação de isolamento, de forma a proceder ao seu ajustamento, devem incidir num foco positivo direcionado na resolução de problemas e em estratégias para aumentar o bem-estar, resultando em um efeito benéfico na proteção da saúde mental das pessoas durante e após o surto (Agha, 2020).

Os diferentes tipos de isolamento social por COVID-19 revelaram ter uma influência significativa nos níveis de distress/sintomatologia psicopatológica apresentados pela amostra uma vez que, quem vivenciou situação de isolamento social por motivos de infecção apresentou um nível de sintomatologia psicopatológica inferior quando comparado com quem fez isolamento social por motivo profilático. Este dado divergiu de alguma literatura existente pois, analisando o estudo efetuado por Allande-Cussó, et al. (2021), este revelou que, quem apresentava uma fraca percepção da condição de saúde tinha maior suscetibilidade de desenvolver sintomatologia psicopatológica.

A presente investigação, através dos resultados obtidos e em congruência com as conclusões retiradas, permite Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria auxiliando na definição de uma estratégia de ajuda ou abordagem às pessoas em situação de isolamento social devido ao COVID-19 e a identificação dos diagnósticos e das competências para a implementação de um plano de cuidados, centrado nas intervenções psicoterapêuticas em enfermagem e respetiva monitorização.

Estes focos apresentam um domínio muito próprio que traduzem a área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim sendo, ao longo do trabalho assim como na discussão dos resultados identificou-se o seguinte conjunto de focos de atenção de enfermagem:

a) Ansiedade

- b) Comportamentos aditivos
- c) Interação social
- d) Crise familiar
- e) Humor depressivo
- f) Potencial de recuperação
- g) *Stress*
- h) PSPT
- i) Insónias.

No que se refere às limitações sentidas com o presente estudo, este foi desenvolvido em tempo real de pandemia por COVID-19 onde a velocidade e evolução do conhecimento é bem acentuada e suscetível de ser alterada de um momento para o outro. Sendo que, com o decorrer do tempo, é provável que o impacto da pandemia na saúde mental venha a acentuar-se. Também o facto de ser um estudo com uma abordagem quantitativa não permitiu explorar a realidade individual de cada um de forma a perceber as vivências destas pessoas em relação ao tema em estudo. Por fim, foi visível uma distribuição desigual do género na amostra sendo que uma larga percentagem dos participantes foi feminina.

CONCLUSÃO

A pandemia originada pelo novo coronavírus resultou numa crise que colocou à prova a saúde e todos os setores sociais. Demonstrou a vulnerabilidade de toda a sociedade nas suas diversas vertentes, sendo que a mesma não se encontrava suficientemente preparada para a sua chegada obrigando-a a um contínuo ajuste para dar resposta às vicissitudes da pandemia do novo coronavírus. O impacto na saúde das populações e a velocidade instantânea de transmissão da informação, por sua vez, suscitam nas populações sentimentos frequentes de medo, angústia, ansiedade, com implicações diretas e indiretas na saúde mental individual e social (DGS, Norma 011/2020, 2020).

O considerável ritmo de propagação do SARS-CoV-2 apresenta desafios em tempo real para a recolha de dados junto das populações que permitam informar as necessidades de saúde pública a curto prazo, bem como em futuras investigações.

O presente trabalho, através de dados constantes no BSI e IGS, permitiu confirmar o impacto que a COVID-19 tem na saúde mental da população. Mais especificamente, no que se refere às pessoas que vivenciam a situação de isolamento por motivos de infeção ou profilático.

Perante esta condição, ficou bem patente o papel que o suporte social, tanto de familiares como amigos, pode ter neste processo de isolamento independentemente do motivo que causou o mesmo.

Por outro lado, apesar do apoio ser fundamental no processo de ajustamento e enquanto estratégia de *coping*, não se corroborou nesta amostra, uma diferença significativa entre a perceção do suporte social ou dos serviços de saúde com o tipo de isolamento por COVID-19. Também as crenças pessoais de cada um tem um papel determinante enquanto estratégia de *coping* que pode determinar na capacidade de ajustamento de cada pessoa. Ambos relacionam-se de forma direta pelo que, do ponto de vista individual, a sensação de bem-estar social, emocional e psicológico contribui para a promoção de resiliência e redução das consequências prejudiciais resultantes de experiências negativas e que requerem uma resposta adaptativa a determinadas situações minimizando as dificuldades no processo de ajustamento após a experiência de eventos stressante como o isolamento social.

Com este trabalho de investigação, pretendeu-se que os dados e resultados enunciados e descritos promovam o desenvolvimento teórico neste domínio específico, de forma a capacitar os profissionais de saúde e até a população em geral em lidar e mitigar o impacto que a atual pandemia e eventualmente outras que possam surgir tem na saúde mental.

Portanto, a abordagem a adotar perante as pessoas em situação de isolamento social, contempla o apoio adequado, definição de estratégias e intervenções baseadas no indivíduo ou no grupo em que está inserido que lhe permita ultrapassar este evento crítico, fazer a transição do mesmo da forma mais harmoniosa possível ou então identificar precocemente complicações ou efeitos decorrentes da vivência de isolamento social por COVID-19.

A adoção de estratégias de redução de ansiedade, o apoio emocional, a adoção de estratégias de *coping* eficazes e a importância de manter uma rede de suporte social presente e eficaz são medidas ou áreas de intervenção estruturantes na abordagem terapêutica aos indivíduos que vivenciam ou vivenciaram situação de isolamento por COVID-19.

Assim sendo é importante gerir os efeitos do processo atempadamente de forma a evitar o aumento de problemas psicológicos no futuro. A própria DGS preconiza que as respostas em saúde mental se adequem às necessidades específicas resultantes da atual pandemia desde as dimensões da informação/literacia em saúde, passando pela prevenção até à intervenção nos serviços de saúde.

Segundo Galle (2020) o distanciamento social inerente à abordagem à COVID-19 pode levar ao isolamento social acarretando diversas complicações para a saúde das pessoas. Neste sentido, de forma a mitigar os efeitos desse isolamento torna-se necessário uma abordagem holística focando as intervenções nas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Perante esta necessidade de abordagem, os enfermeiros apresentam competências únicas na sua intervenção, capazes de intervir nas diferentes dimensões do ser humano o que permite promover a qualidade de vida e bem-estar da população em situações de isolamento social (Galle, 2020).

A OMS reconhece o impacto que a atual pandemia coloca ao nível da saúde mental sendo que a própria DGS emitiu uma Norma (011/2020) que visa garantir as respostas em saúde mental de forma a responder às necessidades específicas levantadas pela pandemia por COVID-19.

Do ponto de vista pessoal, espero que o presente trabalho tenha contribuído para acrescentar ou aprofundar os conhecimentos existentes relativamente à COVID-19 e o impacto que a mesma tem na saúde mental da população, mais concretamente no que toca ao desenvolvimento de sintomatologia

psicopatológica à população que experiencia a situação de isolamento social. De igual forma, perceber o papel e a relação que o suporte social e saúde apresentam neste processo.

Assim sendo, procurou-se contribuir para uma compreensão mais abrangente dos fatores que podem influenciar a transição e adaptação aos desafios que os tempos atuais impõem. Em função dos resultados, os dados sugerem que, nas pessoas em condição de isolamento, a importância de se promover estilos de *coping* eficazes, manter um suporte social efetivo e vigiar sinais de aparecimento de sintomatologia psicopatológica, destacando-se o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Com a elaboração desta dissertação, estando consciente das dificuldades sentidas na sua concretização, tenho a convicção que este percurso formativo me proporcionou momentos e oportunidades de grande crescimento pessoal e profissional que me permitiram alcançar os objetivos inicialmente propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W., Costa, N., Jackson, G., & Tolson, D. (2018). A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia*.
- Acquarini, E., Ajducovic, D., Ardino, V., Bottche, M., Bondyers, C., Bragesjo, M., . . . Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic – study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY*.
- Afonso, P. (8 de Abril de 2020). O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. *Acta Médica Periódica*.
- Agha, S. (2020). Ethics, Medicine and Mental Health. *Mental well-being and association of the four factors coping structure model: A perspective of people living in lockdown during COVID-19*.
- AJN. (Julho de 2020). The Ripple Effects of the Pandemic. *American Journal of Nursing*, pp. 14-15.
- Alavi, Z., Felzer-Kim, I., Haque, A., Haque, R., Lewicki, T., & Mormann, M. (4 de Abril de 2020). Implementing COVID 19 Mitigation in the Community Mental Health Setting: March 2020 and Lessons Learned. *Community Mental Health Journal* . Springer Science+Business Media.
- Alcover, C.-M., Barrio, J., Thomas, H., Rodríguez, F., Rey, M., & Pastor, Y. (12 de Outubro de 2020). Group Membership and Social and Personal Identities as Psychosocial Coping Resources to Psychological Consequences of the COVID-19 Confinement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Alenquer, A., Araújo, M., Oliveira, C., Pinheiro, C., & Rolim, K. (Outubro de 2019). Teoria das Relações Interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem em Foco*, pp. 64-69.
- Allande-Cussó, R., Dias, A., Dominguez-Salas, S., Gomez-Salgado, J., Ortega-Moreno, M., & Ruiz-Frutos, C. (Janeiro de 2021). Safety Science. *Health-related factors os psychological distress during the COVID-19 pandemoc among non-health workers in Spain*. Elsevier.
- Alyanak, B., Çakıroğlu, S., & Ertaş, E. (26 de Maio de 2020). THE COVID-19 PANDEMIC AND MENTAL HEALTH AS ISSUES CONSIDERED WITHIN THE CONTEXT OF ADJUSTMENT DISORDER AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS. *Turkish Journal of Psychiatry*. Turkish Journal of Psychiatry.
- Apaolaza, V., Fernandez-Robin, C., Hartmann, P., Paredes, M., & Yañez-Martinez, D. (2021). Personality and Individual Differences. *The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience*. Elsevier.

- Asmundson, G., Fergus, T., Landry, C., McKay, D., Paluszek, M., & Taylor, S. (13 de Junho de 2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Anxiety and Depression Association of America*. Wiley.
- Bhandari, S., Dutta, S., Joseph, S., Nayar, N., & Shoib, S. (Janeiro de 2021). Gearing up to tackle mental health issues in the post-COVID-19 world. *Open J Psychiatry Allied Sci*. HHS Public Access.
- Bohemen, J., Brandt, L., Heinz, A., Henssler, J., & Stock, F. (6 de Outubro de 2020). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, pp. 223-234.
- Brailovskaia, J., & Margraf, J. (28 de Junho de 2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. *International Journal*. Elsevier.
- Budimir, S., O'Rourke, T., Pieh, C., & Probst, T. (11 de Setembro de 2020). Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. *PLOS ONE*. Iranian Institute for Health.
- Bzdok, D., & Dunbar, R. (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in Cognitive Sciences*. Elsevier.
- Canavarro, M. (1997). *Relações Afetivas ao Longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/980>
- Chen, S., & Bonanno, G. (2020). *Psychological Adjustment During the Global Outbreak of COVID-19: A Resilience Perspective*. Obtido de APA PsycNet: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000685>
- CNS. (Outubro de 2020). PORTUGAL E A RESPOSTA À COVID-19 A POSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E O CONTRIBUTO DAS ENTIDADES QUE O CONSTITUEM. Conselho Nacional de Saúde.
- Cyran, A., Gładka, A., Misiak, B., Rymaszewska, J., & Szcześniak, D. (2021). Progress in Neuropsychopharmacology. *The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences*. Elsevier.
- Daiber, A., Gilan, D., Hahad, O., & Munzel, T. (2 de Maio de 2020). Public Mental Health as One of the Key Factors in Dealing with. *Thieme*, pp. 389-391.
- Dakanalis, A., Hopwood, C., Youngstrom, E., & Stefana, A. (4 de Maio de 2020). The COVID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- DGS. (18 de Abril de 2020). Norma 011/2020. *COVID-19: Fase de Mitigação - Saúde Mental*. Portugal.
- DGS. (16 de Março de 2020). Orientação. *010/2020*.
- DGS. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). Portugal.
- Dominski, F., Marks, D., & Matias, T. (2020). Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of Health Psychology*.

- ECDC. (23 de Março de 2020). European Centre for Disease Prevention and Control. *Considerações relativas às medidas de distanciamento social em resposta à COVID-19 - segunda atualização.*
- Enfermeiros, O. d. (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fekete, C., Siegrist, J., & Tough, H. (8 de Maio de 2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health.*
- Feng, W., Shaoqing, Z., Wang, F., & Zong, W. (2 de Junho de 2020). Severe acute respiratory syndrome. *Moleculklar Cancer.*
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidata.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusiciência.
- Franzoi, M., Jesus, C., Kamada, I., Lemos, K., Pinho, D., & Reis, P. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, pp. 3653-3661.
- Galle, A. (16 de Junho de 2020). Preventing Social Isolation: A Holistic Approach to Nursing Interventions. *Journal of Pschosocial Nursing*, pp. 11-13.
- Garcia-Barrera, M., Lithopoulos, A., Liu, S., & Rhodes, R. (2021). Personality and Individual Differences . *Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy.* Elsevier.
- Gonçalves, S., & Marcelino, D. (17 de Maio de 2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 71-75.
- Hawryluc, L., Gold, W., Pogorski, S., & Styra, R. (Julho de 2020). SARS control and psychological effects of quarantine. *Emerging Infective Dideases*, pp. 1206-1212.
- Hossain, M., Purohit, N., & Sultana, A. (2 de Junho de 2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *epiH*, pp. 1-11.
- Kazlauskas, E., & Quero, S. (2020). *Adjustment and Coronavirus: How to Prepare for COVID-19 Pandemic-Related Adjustment Disorder Worldwide?* Obtido de APA PsycNet: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000706>
- Khan, S., Li, Z., Liu, J., Nabi, G., Siddique, R., & Xue, M. (Abril de 2020). COVID-19 pandemic; prevention, treatment, and mental health. *HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS*, pp. 2215-2216.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ap IBM SPSS; saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilibrios edições.
- Medicine, N. (2020 de Maio de 2020). *Keep mental health in mind.* Obtido de <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0914-4>

Montez, J., & Umberson, D. (8 de Outubro de 2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behaviour*.

Pietrabissa, G., & Simpson, S. (9 de Setembro de 2020). Psychological Consequences of Social Isolation During COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychology*. eCampus University.

Ribeiro, J. P. (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.

ANEXO

Anexo I – Questionário aplicado

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

Questionário

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

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

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

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

Este estudo tem como objetivos:

- a) avaliar a presença de sintomatologia depressiva e de stress pós traumático em pessoas devido à COVID-19 (isolamento profilático ou isolamento devido a infeção);
- b) avaliar os sintomas de distress após a vivência do isolamento profilático ou isolamento devido a infeção;

c) identificar consequências a curto e médio prazo, a nível físico e psicológico, pela infeção pelo vírus SARS-CoV-2

d) estudar fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de stress pós traumático após a infeção;

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

A sua participação no estudo é voluntária. Pode decidir não tomar parte do estudo. Se decidir participar, poderá sempre desistir a qualquer momento. Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado responder a um protocolo com diversos questionários, onde lhe serão colocadas questões sobre o tema em estudo. O protocolo pode ser respondido de acordo com a sua disponibilidade. A realização do estudo poderá permitir uma maior compreensão da forma como as pessoas com COVID-19 ou que estiveram em isolamento profilático lidaram com a situação. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Compreendi o que me foi explicado e desejo participar no estudo (passar

para o questionário sociodemográfico)

Não desejo participar no estudo

(Agradecemos igualmente o tempo que disponibilizou)

Questionário sócio-demográfico

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

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Nacionalidade: _____

4. Naturalidade: _____

5. Residência (Concelho): _____

6. Habilitações literárias completas:

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

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Outro _____

7. Situação Profissional:

Ativo Desempregado Reformado Outro _____

8. Profissão: _____

9. Estado Civil:

Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo

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

11. Rendimento anual familiar:

inferior a 10.000€ entre 10.001 e 20.000€

entre 20.001 e 37.500€ entre 37.501 e 70.000€

superior a 70.001€

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

2.1. 1. Isolamento

Profilático ()

Social por infecção ()

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

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

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

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

Se esteve só em isolamento profilático passe para o Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version

2.2. Data: __/__/

2.3 Queixa principal_____

Não tive nenhum sintoma ()

2.4 Outras queixas (assinalar quais)

2.4. 1. Dificuldade respiratória ()

2.4. 2. Dores musculares ()

2.4. 3.Dor de garganta ()

2.4. 4. Perda de olfato ()

2.4. 5. Perda de paladar ()

2.4. 6. Tosse ()

2.4. 7. Não teve ()

2.5. Antecedentes Clínicos (físicos):

- 2.5.1. Hipertensão arterial
- 2.5.2 Diabetes Mellitus
- 2.5.3. ASMA
- 2.5.4. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica 2,5.5.
- Doença oncológica
- 2.5.6. Hipotireoidismo
- 2.5.7 Hipertireoidismo
- 2.5.8 Insuficiência cardíaca
- 2.5.9. Transplantação
- 2.5.10 Imunossupressão
- 2.5. 11 Doença Renal Crónica
- 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?_Indendifique-os com um númeo _(Ex: 1 – aaa; 2 – bbb)

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

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

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

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direção Geral de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presidência da Republica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Governo / Ministério da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centros de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SNS24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicação social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes Sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da
Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version**

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

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

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

Versão portuguesa do *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*

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

0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento

1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado do acontecimento

2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado do acontecimento

3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado do acontecimento

4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado do acontecimento

5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento

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

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

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

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

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

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

**Pensamentos Relacionados com o Acontecimento -(ERRI) Versão Portuguesa do Event
Related Rumination Inventory (ERRI)**

Parte 1

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

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

1 - Eu pensei no acontecimento, mesmo sem querer.	0	1	2	3
2 - Pensamentos acerca do acontecimento vieram-me à mente e eu nãoconsegui parar de pensar neles.	0	1	2	3
3 - Os pensamentos acerca do acontecimento distraíram-me 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 mente	Algumas Vezes	Frequente	Quase sempre
0	1	2	3

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

INVENTARIO DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS (BSI)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM CADA PROBLEMA O (A) INCOMODOU DURANTE O PERÍODO EM QUE VIVENCIAU

O ACONTECIMENTO. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder. Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes:

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

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

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

36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimento de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo II - Estatística Descritiva dos sintomas psicopatológicos

Tabela 6 - Estatística Descritiva dos sintomas Psicopatológicos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Somatização	581	1,00	4,00	1,87	0,71
Obsessão- Compulsão	581	1,00	4,00	2,03	0,70
Sensibilidade Interpessoal	581	1,00	5,00	1,70	0,90
Depressão	581	1,00	5,00	2,64	0,71
Ansiedade	581	1,00	5,00	2,52	0,77
Hostilidade	581	1,00	5,00	1,88	0,72
Ansiedade Fóbica	581	1,00	5,00	2,54	0,79
Ideação Paranóide	581	1,00	4,00	1,67	0,78
Psicoticismo	581	1,00	5,00	2,14	0,71
Índice Geral de Sintomas	581	1,00	4,00	2,11	0,62
Total de Sintomas Positivos	581	9,00	53,00	26,87	11,46
Índice de sintomas Positivos	581	2,37	8,78	4,52	1,07

ANEXO III - Estatística Descritiva relativa ao suporte social e serviços de saúde

Tabela 7 - - Estatística Descritiva relativa ao suporte social de familiares e amigos durante o isolamento (N-581)

	N	Percentagem
Péssima	2	0,34%
Muito Má	5	0,86%
Má	14	2,41%
Regular	106	18,24%
Boa	160	27,54%
Muito Boa	295	50,77%

Tabela 8 - Estatística Descritiva relativa ao suporte dos serviços de saúde durante o isolamento (N-581)

	N	Percentagem
Péssima	11	1,89%
Muito Má	17	2,93%
Má	170	29,26%
Regular	109	18,76%
Boa	110	18,93%
Muito Boa	164	28,23%

Tabela 9 - Estatística Descritiva das médias relativas aos diferentes tipos de suporte durante o isolamento

	N	Mínimo	Máximo	Média
Suporte social de familiares e amigos	581	1	6	5,24
Suporte dos serviços de saúde	581	1	6	4,35

Anexo IV - Estatística Descritiva relativa ao Inventário de Crenças Centrais

Tabela 10 - Estatísticas Descritivas Relativas ao Inventário de Crenças Centrais N - 581

Item	Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
Por causa do acontecimento examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justas	54,90%	10,20%	15,10%	10,30%	5,20%	4,30%
Por causa do acontecimento examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são controláveis	47,80%	13,80%	18,20%	8,80%	5,30%	6%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma	9,60%	26,20%	23,80%	23,60%	7,40%	9,50%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca das relações com as outras pessoas	9,40%	32,20%	21,90%	11,90%	10,20%	14,60%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas capacidades, forças e fraquezas	6,50%	19,80%	19,40%	29,30%	8,60%	16,40%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas expectativas para o futuro	7,90%	8,80%	39,80%	16,40%	12,40%	14,80%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca do significado da minha vida	17,60%	27%	10,80%	14,60%	12,90%	17%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças espirituais ou religiosas	33,40%	34,10%	8,60%	12,70%	2,80%	8,40%
Por causa do acontecimento examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa	24,60%	22,20%	9,80%	13,90%	12,40%	17%

Anexo V - Estatística Descritiva da média do BSI de acordo com o tipo de isolamento

Tabela 11 - Estatística Descritiva da média do BSI de acordo com o tipo de isolamento

Subescala BSI	Tipo de Isolamento	Média
Somatização	Isolamento Profilático	0,922
	Isolamento por infeção	0,826
Obsessão- Compulsão	Isolamento Profilático	1,137
	Isolamento por infeção	0,958
Sensibilidade Interpessoal	Isolamento Profilático	0,860
	Isolamento por infeção	0,595
Depressão	Isolamento Profilático	1,722
	Isolamento por infeção	1,588
Ansiedade	Isolamento Profilático	1,613
	Isolamento por infeção	1,455
Hostilidade	Isolamento Profilático	0,980
	Isolamento por infeção	0,804
Ansiedade Fóbica	Isolamento Profilático	1,680
	Isolamento por infeção	1,442
Ideação Paranóide	Isolamento Profilático	0,821
	Isolamento por infeção	0,561
Psicoticismo	Isolamento Profilático	1,251
	Isolamento por infeção	1,070

Anexo VI - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)

Tabela 12 - ANOVA Sintomatologia Psiquiátrica-Tipo de isolamento (social ou infeção)

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Somatização	Entre Grupos	1,292	1	1,292	2,583	0,109
	Nos Grupos	289,676	579	0,5		
Obsessão- Compulsão	Entre Grupos	4,517	1	4,517	9,319	0,002
	Nos Grupos	280,657	579	0,485		
Sensibilidade Interpessoal	Entre Grupos	9,915	1	9,915	12,195	0,001
	Nos Grupos	470,716	579	0,813		
Depressão	Entre Grupos	2,524	1	2,524	4,993	0,026
	Nos Grupos	292,755	579	0,506		
Ansiedade	Entre Grupos	3,547	1	3,547	5,99	0,015
	Nos Grupos	342,899	579	0,592		
Hostilidade	Entre Grupos	4,381	1	4,381	8,369	0,004
	Nos Grupos	303,133	579	0,524		
Ansiedade Fóbica	Entre Grupos	8,03	1	8,03	12,808	0,000
	Nos Grupos	362,987	579	0,627		
Ideação Paranóide	Entre Grupos	9,603	1	9,603	16,226	0,000
	Nos Grupos	342,652	579	0,592		
Psicoticismo	Entre Grupos	4,626	1	4,626	9,33	0,002
	Nos Grupos	287,077	579	0,496		

Anexo VII - Relação entre o tipo de isolamento (profilático ou infecção) e a classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos

Tabela 13 - Relação entre o tipo de isolamento (profilático ou infecção) e a classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos (N-581)

	Péssimo		Muito Má		Má		Regular		Boa		Muito Boa		p-valor*	Grau liberdade*	Valor*
	Profilático	Infeção	Profilático	Infeção	Profilático	Infeção	Profilático	Infeção	Profilático	Infeção	Profilático	Infeção			
Classificação do Suporte Social de Familiares e Amigos	0%	0,30%	0,50%	0,30%	1,50%	0,90%	6,50%	11,70%	19,60%	7,90%	13,80%	36,80%	0,000	5,000	89,208
Classificação do Suporte Serviços de Saúde	1%	1,20%	2,10%	0,90%	14,50%	14,80%	11,00%	7,70%	11,00%	7,90%	2,80%	25,50%	0,000	5,000	104,004

* Teste do Qui-Quadrado:
33,3% esperavam uma contagem <5. A contagem mínima esperada é de 0,84