UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Samantha Alves Pereira de Souza

SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS COVID-19

Belo Horizonte

2024

SAMANTHA ALVES PEREIRA DE SOUZA

SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia. Orientadora: Profª Pricila Cristina Correa Ribeiro

Belo Horizonte

2024

153.4
S729s
2024

Souza, Samantha Alves Pereira de.

Sintomas de transtorno de estresse pós-traumático pós Covid-19 [manuscrito] / Samantha Alves Pereira de Souza. - 2024.

71 f.

Orientadora: Pricila Cristina Correa Ribeiro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1.Psicologia – Teses. 2. Transtornos de estresse pós-traumático – Teses. 3.COVID-19 Pandemia, 2020- Teses. 4.Trauma psíquico – Teses. I. Ribeiro, Pricila Cristina Correa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Carvalho de Souza - Bibliotecária - CRB-6/1390

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SAMANTHA ALVES PEREIRA DE SOUZA

Realizou-se, no dia 27 de fevereiro de 2024, às 14:00 horas, Remoto, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Sintomas de transtorno de estresse pós-traumático pós Covid-19*, apresentada por **SAMANTHA ALVES PEREIRA DE SOUZA**, número de registro 2022659435, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro – Orientador (FAFICH-UFMG), Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro (UFMG), Prof(a). Christian Haag Kristensen (PUCRS).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2024.

Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro (Doutora)

Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro (Doutor)

Prof(a). Christian Haag Kristensen (Doutor)

Documento assinado eletronicamente por **Pricila Cristina Correa Ribeiro, Membro**, em 08/03/2024, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Christian Haag Kristensen, Usuário Externo**, em 11/03/2024, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Maycoln Leoni Martins Teodoro, Professor do Magistério Superior**, em 12/03/2024, às 08:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3051142** e o código CRC **44C60C55**.

Dedico esse trabalho à pessoa que tornou cada passo alcançável, fazendo com que um caminho tão desafiador se tornasse uma experiência totalmente possível. Àquele que, além de me permitir sonhar alto, ainda me dá asas para voar rumo aos meus sonhos. Ao meu esposo, ao meu amor.

AGRADECIMENTOS

Expresso meu sincero agradecimento à minha professora e orientadora Pricila, cuja paciência, compreensão, proatividade, leveza e bom humor transformaram este significativo passo em minha jornada como pesquisadora em uma experiência ímpar.

À equipe do Ambulatório de Terapia Intensiva Pós-Covid-19 do Hospital das Clínicas da UFMG representada pela Dra. Carolina Marinho que, com atenção e escuta contribuiu com este trabalho, além de se desdobrar para tornar meu n amostral minimamente significativo.

À equipe de iniciação científica: Danielly, Gabriel, Maria e Marina. Pela contribuição nas entrevistas e pelas trocas realizadas. Desejo que vocês tenham uma trajetória inigualável na psicologia.

Aos pacientes voluntários que aceitaram contribuir com a pesquisa e confiaram informações tão singulares sobre suas vidas e suas emoções.

Aos mestres do PPGCogCom que acalentaram todas as minhas dúvidas sobre minha metodologia durante as aulas.

Aos meus pais, meus irmãos e minhas amigas que acolheram meu momento e compreenderam minha limitação do tempo que poderia destinar a eles.

Ao meu pequeno que me fez companhia por longas horas durante minha escrita.

“na pandemia
na poesia
no amor
não há outra finalidade
senão destruir todos os sentidos preconcebidos”
Tarsilla Couto de Brito

RESUMO

A pandemia da Covid-19 causou consequências em todo o mundo. Considerando a magnitude desse evento global, alguns pesquisadores vêm apontando o impacto dessa situação no desenvolvimento de transtornos mentais, dentre os mais prevalentes, o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Contudo, ainda vem sendo questionado se a infecção por Covid-19 pode ser considerado um evento traumático sob a perspectiva teórica do DSM-5-TR. Com o objetivo de identificar a presença de sintomas desse transtorno e seus fatores sociodemográficos e clínicos associados realizou-se um estudo transversal com pacientes de um ambulatório pós-terapia intensiva, acompanhados devido a implicações prolongadas pós-Covid-19. Constatou-se uma prevalência de 50,98% de sintomas de TEPT na amostra estudada. A presença de sintomas de TEPT mostrou associação significativa com a idade, o estado civil, a presença de sintomas de ansiedade e de depressão. Aponta-se uma necessidade de avaliar sintomatologias psicológicas pós-Covid-19 tendo como hipótese o TEPT em comorbidade com ansiedade e depressão ou realizando um diagnóstico diferencial o que denota a importância do presente trabalho como contribuição para respaldos na área de intervenção em psicologia. Sugere-se novos estudos com amostras mais heterogêneas e também pesquisas que avaliem a Covid-19 como trauma de forma a contribuir com o conceito vigente do TEPT no DSM.

Palavras-chave: TEPT; Covid-19; trauma; pandemia.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has caused consequences around the world. Considering the magnitude of this global event, some researchers have been pointing out the impact of this situation on the development of mental disorders, among the most prevalent, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). However, it is still being questioned whether Covid-19 infection can be considered a traumatic event from the theoretical perspective of the DSM-5-TR. In order to identify the presence of symptoms of this disorder and its associated sociodemographic and clinical factors, a cross-sectional study was conducted with patients from a post-intensive care outpatient clinic, followed due to prolonged post-Covid-19 implications. A prevalence of PTSD symptoms of 50.98% was found in the sample studied. The presence of PTSD symptoms was significantly associated with age, marital status, and the presence of anxiety and depression symptoms. There is a need to evaluate post-Covid-19 psychological symptoms, hypothesizing PTSD in comorbidity with anxiety and depression or performing a differential diagnosis, which denotes the importance of the present work as a contribution to support in the area of intervention in psychology. Further studies with more heterogeneous samples and also research that evaluates Covid-19 as a trauma are suggested in order to contribute to the current concept of PTSD in the DSM.

Keywords: PTSD; Covid-19; trauma; pandemic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
2. REVISÃO DE LITERATURA 12
2.1 Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) 12
2.2. TEPT no contexto da Covid-19 14
2.3. Covid-19 enquanto experiência traumática 23
3. OBJETIVOS 26
3.1 Objetivo geral 26
3.2 Objetivos específicos 26
4. MÉTODO 26
4.1 Participantes 26
4.2 Procedimentos 27
4.3 Instrumentos 27
5. RESULTADOS 30
5.1 Análise dos dados 30
5.2 Discussão 37
6. CONCLUSÕES 45
REFERÊNCIAS 47
ANEXOS 58

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, ocorreu em Wuhan, na China, o surgimento de uma variante do Coronavírus conhecido como SARS-CoV-2, resultando em uma pandemia da doença respiratória denominada Covid-19 (Rogers et al., 2020). Os desdobramentos dessa situação foram de grande impacto nos âmbitos da saúde, da política, da cultura e da economia mundial. Foram adotadas medidas para conter a propagação do vírus enquanto os meios de comunicação informavam diariamente sobre o aumento dos casos de contaminação e óbitos. Eventos dessa magnitude influenciam diretamente a saúde mental das pessoas, potencializando o surgimento de sintomas psicopatológicos. (Bücker et al., 2021; Cénat et al., 2021; De Sousa Moreira et al., 2021; Fan, 2021; Pfefferbaum & North, 2020; Rogers et al., 2020).

Estudos revelam que, entre os principais quadros de saúde mental relacionados à pandemia da Covid-19 estão a ansiedade, a depressão e o estresse pós-traumático (Brooks et al, 2020; De Sousa Moreira et al., 2021; Goularte et al, 2022; Huang et al., 2022; Khademi et al., 2021; Liyanage-Don et al., 2022). É de fundamental importância identificar os impactos psicológicos causados por essa pandemia, uma vez que eles acarretam em prejuízos funcionais tais como: estilo de vida mais limitado para evitação de experiências que remetem ao evento traumático; consequências no funcionamento social e profissional e problemas de saúde física além de ideação e tentativas de suicídio. (APA, 2013; Monson et al., 2016). No entanto, no Brasil, ainda existe uma escassez de pesquisas sob essa perspectiva (Schmidt, 2020). Ter um diagnóstico preciso de uma patologia é um fator determinante para o tratamento adequado, mas no Brasil a devida notificação do estresse pós-traumático é insuficiente (Fukui, 2023; Rovatti et al., 2012).

Desta forma, este estudo procurou identificar os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em indivíduos diagnosticados com Covid-19 e quais circunstâncias relacionadas à vida e à saúde estavam associadas à presença destes sintomas. A seleção das características sociodemográficos e clínicas se baseou nos fatores de risco do TEPT descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e nas condições associadas apontadas em diversos estudos. Os sintomas mais comuns de TEPT na amostra foram descritos e analisada a associação destes sintomas de TEPT com sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Esta dissertação foi organizada em uma seção de revisão da literatura na qual apresenta-se a conceituação do TEPT a partir do aporte teórico utilizado; o TEPT no contexto da pandemia de Covid-19 e a Covid-19 enquanto experiência traumática. Em seguida foram apresentados o método, os resultados e a respectiva discussão dos dados encontrados em um estudo observacional conduzido com pacientes atendidos em um ambulatório público de atenção integral pós-terapia intensiva.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)

O TEPT é um transtorno mental que possui como critério diagnóstico fundamental ter experimentado ou presenciado um evento que envolva morte, ameaça à vida, violência sexual ou lesão grave. O DSM-5-TR (APA, 2023) apresenta os critérios diagnósticos necessários para caracterizar a presença do TEPT distinguindo a manifestação do transtorno em adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade. Os sintomas são descritos pela definição do evento traumático (critério A); por quatro grupos de sintomas (sintomas intrusivos, comportamentos evitativos, alterações na cognição e no humor e alterações na excitação e reatividade); pela duração das manifestações; pelo prejuízo funcional e pela eliminação da possibilidade dos sintomas serem decorrentes de outros quadros. Os critérios relacionados a manifestações na vida adulta estão descritos no ANEXO 1.

É fundamental que as três condições: frequência, intensidade e prejuízo, sejam identificadas para haver o diagnóstico já que elas servem para diferenciar um quadro psicopatológico de reações normais e esperadas diante de um evento com potencial traumático (APA, 2023; Stein et al., 2014). Ressalta-se que apenas atender ao critério A não é suficiente para considerar o diagnóstico de TEPT, é necessário que o sujeito apresente todos os sintomas listados anteriormente.

Os critérios para o TEPT mudaram a cada versão do DSM e no DSM-5 foi incluído um capítulo para descrever transtornos relacionados a traumas e estressores (APA, 2023). Na versão anterior, o TEPT estava presente no capítulo de transtornos de ansiedade por possuir sintomas característicos de ansiedade e medo, tendo sintomas sobrepostos a esse quadro. Porém, após revisão de especialistas, entendeu-se que o TEPT possui algumas características específicas e condizentes com outros quadros psiquiátricos cujos sintomas incluam exposição a trauma e a estressores. Dentre essas características específicas, as mais significativas foram descritas como: anedonia, disforia, manifestações externas de raiva, agressividade e dissociação – manifestações essas não encontradas em transtornos de ansiedade (APA, 2014). Dentre as mudanças nos critérios do TEPT do DSM-IV para o DSM-5 inclui-se um maior rigor na especificação do critério A e a inclusão do critério D (Monson, Resick, Rizvi, 2016).

Revisões realizadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) também contribuíram para conceituar o transtorno. Considerando que alguns sintomas são considerados inespecíficos ao TEPT, já que podem ser encontrados em outros quadros psicológicos, especialistas responsáveis pela revisão da CID-10 sugeriram que esses sintomas, tais como perturbações do sono e concentração prejudicada, sejam retirados dos critérios diagnósticos. Essa sobreposição de sintomas entre o TEPT e outras condições clínicas contribui para excessivos diagnósticos de TEPT em populações expostas a condições traumáticas. Para evitar esse excesso na CID-11 considerou-se importante reduzir os critérios diagnósticos para possibilitar um diagnóstico diferencial entre o TEPT e outros quadros (Stein et al., 2014).

Para pessoas que vivenciam diretamente o evento traumático a redução dos sintomas e do prejuízo funcional pode levar anos (Yuan et al, 2021). O curso do transtorno irá depender de vários fatores, dentre eles o início da manifestação dos sintomas. O TEPT pode ter início tardio, após seis meses do evento traumático, mas também pode ter expressão imediata. As manifestações dos sintomas variam entre indivíduos. Algumas pessoas podem apresentar maior predominância de sintomas de um grupo específico e outras podem apresentar combinações entre as classes de sintomas (APA, 2023).

O trauma pode apresentar sintomas diferentes a depender do tipo de experiência traumática vivenciada. Manifestações de TEPT relacionadas ao contexto hospitalar e de doença, por exemplo, podem requerer cuidados únicos, uma vez que o indivíduo pode evitar ambientes hospitalares e médicos, o que pode resultar em negligência de cuidados com a saúde integral (Jackson et al., 2016). A evitação e a experiência de reviver o trauma são observados como principais grupos de sintomas relacionados à experiência de cuidados intensivos em UTI em decorrência de doença grave, além do prejuízo funcional resultante desses sintomas.

O TEPT é pouco diagnosticado no contexto de doenças potencialmente fatais e pode não ser tratado devidamente, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com ansiedade, depressão e estresse já que são sintomas sobrepostos com quadro clínico semelhante. Compreende-se o TEPT mais comumente em experiências que envolvem situações urbanas como acidentes de trânsito e, ainda, relacionadas à veteranos de guerra (Qi et al., 2016). Porém, a compreensão dos estressores vem se ampliando e eventos médicos com ameaças de morte tem sido reconhecidos como

estressores potencialmente traumáticos (Jackson et al., 2016; Teixeira et al., 2015). Segundo Jackson e colaboradores (2016) sobreviventes de UTI com TEPT apresentam preocupação excessiva na reincidência da doença e de novamente terem que ser submetidos a estressores físicos e psicológicos do ambiente hospitalar, o que faz com que estes pacientes possam entrar em um quadro de negação sobre como se sentem, ficarem hipervigilantes com sintomas somáticos e se isolarem pelo medo de contaminações.

Posteriormente, ampliou-se o conceito para que o trauma ocorra não necessariamente ao experimentar o evento como vítima, mas também como testemunha ao presenciar o ocorrido ou, ainda, ter notícias de que alguém próximo vivenciou (APA, 2023).

O DSM-5-TR é o sistema diagnóstico mais utilizado na psicologia atualmente e está associado à CID-11. O DSM-5-TR busca um diagnóstico mais dimensional (APA, 2023), mas alguns transtornos ainda são classificados de forma categórica, como o TEPT. Para diagnosticar a partir desse manual é necessário que o sujeito atenda aos critérios estabelecidos para cada transtorno.

O DSM-5-TR aponta que a prevalência de TEPT varia de acordo com as condições ambientais da população e ao trabalho laboral. Prevalências mais altas serão encontradas em locais com maior risco a exposição a eventos traumáticos como zonas de conflitos militares e em indivíduos que possuem ocupações como bombeiro, policial e socorrista. É possível que seja ainda mais prevalente a ocorrência de alguns sintomas do que a presença de todos os critérios necessários para o diagnóstico. Considerando-se a população em geral dos países da América Latina a prevalência do TEPT é em torno de 0,5 a 1,0% (APA, 2014). Essa prevalência não engloba a experiência da pandemia da Covid-19, que pode trazer uma nova perspectiva de compreensão sobre o conceito de trauma e do TEPT.

2.2. TEPT no contexto da Covid-19

Nomeia-se como Coronavírus uma classe de vírus que causa, de forma predominante, infecção leve do trato respiratório superior em humanos, sendo uma das principais causas de resfriados comuns. Esse tipo de vírus já causou epidemias, sendo a primeira delas em 2002 quando 8.096 pessoas apresentaram quadro de

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) gerado pela contaminação do Coronavírus SARS-CoV (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave) e também, em 2012, causou um surto da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Uma variação desse tipo de vírus denominada como SARS-CoV-2 é a causadora da Covid-19, um distúrbio respiratório que contaminou a população em alta prevalência caracterizando uma pandemia desde os primeiros meses de 2020, sendo os primeiros casos detectados em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A pandemia se manifestou como um fenômeno causador de mudanças extremas em vários países, onde comércios, escolas, igrejas e empresas foram fechados enquanto se incentivava as pessoas a ficarem em casa (Bücker et al., 2021; Cénat et al., 2021; De Sousa Moreira et al., 2021; Rogers et al., 2020).

No Brasil o primeiro caso notificado de Covid-19 ocorreu em 26 de fevereiro de 2020, um mês após a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) ter declarado a Covid-19 como um surto de emergência mundial (Bücker et al., 2021; Nicola et al., 2020; Sohrabi et al., 2020). Como medidas para conter a transmissão em larga escala foram feitas tentativas de adotar medidas de distanciamento, isolamento, quarentena e *lockdown* (Bücker et al., 2021). O distanciamento consiste numa medida que visa diminuir as interações sociais, restringindo-as ao máximo. O isolamento busca separar pessoas doentes das não doentes. A quarentena é o isolamento mais rigoroso recomendado para pessoas que foram diagnosticadas com Covid-19 enquanto o *lockdown* é o distanciamento mais rigoroso implantado pelos munícipios e que envolve órgãos de primeiro, segundo e terceiro setor (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2022). Tanto o distanciamento quanto a quarentena e o *lockdown*, apesar de serem medidas necessárias para diminuir o avanço da propagação do vírus, são contextos que acarretam prejuízos na saúde mental, considerando-se a importância que a interação social tem na qualidade de vida.

Além da extensão territorial, outras circunstâncias também fizeram do Brasil um país fortemente afetado pela pandemia chegando a ser considerado o epicentro da pandemia em julho de 2020 (Nagarajan et al., 2021). Segundo dados do Ministério da Saúde (2023) o Brasil esteve em segundo lugar nos índices de letalidade e contaminação, sendo, respectivamente, mais de 700 mil e mais de 38 milhões de pessoas. Do período compreendido entre fevereiro de 2020 e fevereiro de 2022 a mortalidade por milhão de habitantes no Brasil foi de 2.932, número quatro vezes

maior do que a mortalidade por milhão de pessoas no mundo (Fiocruz, 2022). Além disso, outros fatores contribuíram para que os brasileiros vivenciassem a pandemia de forma mais intensa, como as respostas governamentais ineficazes diante do avanço rápido do vírus (Bücker et al., 2021; Meneguello & Porto, 2021) e os conflitos políticos e científicos somados à ausência de diretrizes nacionais hierárquicas e padronizadas para combater a doença, que resultaram em órgãos municipais implantando medidas de forma autônoma (Passos et al., 2020; Ponce, 2020; Bücker et al., 2021; Serafim et al., 2021). Enquanto a contaminação avançava, o governo federal apoiava o fim das medidas de distanciamento, minimizando a gravidade da situação, apoiava tratamentos sem comprovação científica e lidava com mudanças constantes do gestor do Ministério da Saúde, contando inclusive com ministros sem formação médica (Ponce, 2020; Meneguello & Porto, 2021).

Os brasileiros também vivenciaram a propagação de informações falsas sobre a infecção (Meneguello & Porto, 2021). O país suportou ainda uma crise na saúde pública devido à falta de equipamentos e leitos de UTI para atender aos contaminados em estado grave (Bücker et al., 2021; Marson, 2020; Passos et al., 2020; Ponce, 2020; Serafim et al., 2021). As condições sociais também contribuíram negativamente, uma vez que a situação de vulnerabilidade de muitas populações dificultou o acesso a serviços de saúde e a recursos que possibilitavam a prevenção da transmissão do vírus (Fiocruz, 2022; Ponce, 2020). Assim, é fundamental obter uma compreensão abrangente e contextualizada da vivência relacionada à Covid-19 no Brasil, a fim de analisar os efeitos desta na saúde mental e avaliar sua implicação no surgimento de sintomas associados a transtornos mentais.

A partir de uma metanálise, Cénat et al. (2021) apontaram impactos diretos e indiretos de surtos de doenças infecciosas. Como impactos diretos pode-se considerar os sintomas psiquiátricos apresentados tanto pela população contaminada de forma sintomática pela doença quanto pelas pessoas assintomáticas, bem como familiares e profissionais da saúde. Segundo estes autores e Mak et al. (2009), contaminações de doenças infecciosas em grande proporção estão associadas a sintomas de depressão, ansiedade e TEPT o que corrobora com diversas pesquisas realizadas no contexto da pandemia da Covid-19 (De Sousa Moreira et al., 2021; Goularte et al., 2022; Huang et al., 2022; Khademi et al., 2021; Liyanage-Don et al., 2022; Brooks et al., 2020). Os sintomas desses quadros constituem-se como fatores de risco diretos para a saúde mental da população afetada assim como outros fatores que

caracterizam-se como impactos indiretos: medo, preocupação e estresse diante do risco de infecção, impacto resultante das perdas de entes queridos, perdas financeiras associadas à perda de emprego e à insegurança da economia global, solidão diante das medidas de contenção do avanço da propagação do vírus (distanciamento, quarentena e *lockdown*) e consumo excessivo de informações propagadas pela mídia. Devido aos seus impactos indiretos e a outros fatores de risco pré-existentes nos indivíduos, constata-se que a pandemia aumentou as chances de desenvolvimento de transtornos mentais na população.

Outros estudos também identificaram associação entre a pandemia da Covid-19 e transtornos mentais devido às incertezas sobre o prognóstico da doença, a precariedade de recursos para diagnosticar e tratar, a falta de garantia da integridade dos profissionais de saúde na linha de frente, as decisões conflitantes e questionáveis das autoridades e adoção de medidas de distanciamento social (Pfefferbaum & North, 2020). Pessoas diagnosticadas com a doença precisavam ficar restritas ao contato por, no mínimo, 14 dias enquanto as que apresentam sintomas graves eram hospitalizadas em UTI sob risco de agravamento rápido e morte. Essas condições podem ter contribuído para agravar ainda mais os agravos em saúde mental (Fan, 2021).

Huang et al. (2022) na China realizaram um estudo com 2.469 pacientes pós internação hospitalar por agravamento do quadro de Covid-19 e detectaram que a prevalência de TEPT aos 6 e 12 meses após o diagnóstico de Covid-19 foi de 13,11% e 6,07%, respectivamente. Como fatores associados ao TEPT os autores apontam o nível de prejuízo e trauma causado pela Covid-19 além de familiares também diagnosticados.

De Sousa Moreira et al. (2021) realizaram uma revisão sistemática para analisar de forma abrangente as consequências psiquiátricas e neuropsiquiátricas da Covid-19 e apontaram que os sintomas podem ocorrer durante ou após a infecção de síndromes respiratórias agudas. Dentre as manifestações após o período infeccioso destacaram-se insônia e sintomas ansiosos, depressivos e psicóticos. Os autores afirmam que essas sequelas psiquiátricas são resultantes de uma série de fatores característicos da pandemia, como o medo de uma doença pouco conhecida, a imprevisibilidade do futuro e a escassez de recursos para combater a proliferação do vírus e para tratar os doentes.

Uma revisão sistemática de 70 estudos apontou que o isolamento, o medo do contágio, a cobertura midiática excessivamente negativa, o adoecimento e a perda de amigos e familiares, a gravidade da doença e hospitalização e experimentar sentimentos negativos como ansiedade, depressão, estresse, medo e desamparo, foram condições que aumentaram o risco de TEPT após a pandemia (Yuan et al., 2021). Além disso, os pesquisadores relatam os seguintes fatores de risco para o TEPT, tanto em população infectadas quanto em não infectadas, pós pandemia: indivíduos do sexo feminino, baixa renda, ser mais jovens, ter baixo nível de escolaridade, ser fumantes e residentes em cidades. Altos níveis de ansiedade, depressão e estresse; falta de qualidade do sono; quadro psiquiátrico prévio; doenças físicas e sintomas de TEPT entre familiares são outros fatores de risco apurados nos estudos revisados. Características pessoais, como os baixos níveis de tolerância ao sofrimento, exposição a situações traumáticas antes da pandemia com estratégias de enfrentamento ineficazes, o estado psicológico e a personalidade neurótica e psicopática, também se destacam como fatores de risco pessoais associados ao TEPT pós pandemia. Como fatores específicos da população contaminada com Covid-19 os autores destacam maior gravidade da doença e a morte de familiares pela infecção.

A partir de um estudo de metanálise, Nagarajan et al. (2022) estimaram que a prevalência total de sintomas de TEPT, mediante surtos de doenças infecciosas causadas pelo Coronavírus, foi de 18%, sendo a taxa de prevalência de 36% em surtos de MERS, 18% em surtos de SARS e de 9% de Covid-19 (doença de Coronavírus 2019). Esta metanálise também avaliou 10 estudos que verificaram a prevalência de sintomas de TEPT em sobreviventes do Coronavírus no Canadá, China, Singapura, Hong Kong e Coreia do Sul tendo um total de 794 indivíduos. Esses estudos apresentaram uma taxa de prevalência de 29% de sintomas de TEPT. Yuan et al. (2021) apontam que o TEPT apresenta uma prevalência em pacientes infectados considerada de alto nível se mantendo estável nos 6 meses seguintes à infecção. Os pesquisadores realizaram uma revisão sistemática com metanálise de 88 estudos na qual buscaram estimar a prevalência de TEPT pós pandemias das seguintes doenças infecciosas: SARS, H1N1, Poliomielite, Ebola, Zika, Nipah, MERS-CoV, H5N1 e Covid-19. Nesta revisão, 47 estudos se referiam-se especificamente a prevalência de TEPT no contexto da Covid-19 e descreveram uma prevalência agrupada de TEPT de 24,6%.

Brooks et al. (2020) fizeram uma revisão de 24 estudos realizados em contextos anteriores de isolamento e quarentena que apontaram uma série de impactos psicológicos causados por vários fatores como, por exemplo, falta de suprimentos no sistema de saúde para atender a população doente. Nestes estudos as populações afetadas apresentaram maior tendencia a um quadro de transtorno mental relacionado a trauma, depressão, estresse, irritabilidade, insônia, sintomas de estresse pós traumático, raiva e exaustão emocional. Devido à exposição ao vírus pela proximidade com pessoas que podem ter SARS indivíduos relataram sentir medo, nervosismo, tristeza, culpa e confusão. A revisão também aponta que alguns participantes mantiveram comportamento evitativo após o período de quarentena evitando pessoas tossindo ou espirrando, lugares fechados lotados e lugares públicos em geral nas semanas seguintes ao isolamento, além de mudanças comportamentais significativas de longo prazo, após meses. As análises dos estudos também evidenciam que uma saúde mental mais comprometida está vinculada a períodos prolongados de quarentena. O temor de contaminação própria e de pessoas próximas, juntamente com o isolamento e as alterações na rotina, contribuíram para sentimentos de tédio e frustração. Estes fatores, somados à escassez de informações adequadas por parte das autoridades em saúde e às dificuldades financeiras, constituíram estressores adicionais. Sobre este último, os estudos revisados apontaram que perdas financeiras ocasionadas pela dificuldade em manter as atividades profissionais resultaram em efeitos a longo prazo e se estabeleceu como um fator de risco para adoecimento mental. Participantes com menor condição socioeconômica apresentaram maiores sintomas depressivos e de estresse pós-traumático.

As preocupações acerca da possibilidade de precisar novamente de cuidados médicos especiais podem levar o indivíduo a reviver a experiência de doença o que pode ser agravado pelo fato de que muitos pacientes com Covid-19 tiveram sequelas cognitivas e respiratórias (Liyanage-Don et al., 2022). Então é importante analisar se há a presença de sintomas de TEPT nesses pacientes, considerando que no transtorno há a revivência da experiência estressora (APA, 2023; Jackson et al., 2016).

O DSM-5-TR categoriza os fatores de risco temperamentais, ambientais e genéticos/fisiológicos como pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. Os fatores peritraumáticos incluem gravidade do trauma enquanto se expor constantemente a lembranças desagradáveis do trauma e perdas relacionadas ao

trauma são fatores de risco pós-trauma (APA, 2023). Algumas condições relacionadas à história de vida, às características de personalidade e às estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo diante de um trauma necessitam de acompanhamento para serem identificadas. Outros fatores podem ser constatados a partir de um levantamento clínico e sociodemográfico, como transtornos mentais prévios próprios ou na família; baixas condições socioeconômicas; baixo nível de escolaridade, pertencimento a uma minoria racial/étnica; gênero feminino e idade mais jovem (no momento do trauma). Estes dois últimos foram apontados pela versão anterior do manual diagnóstico (APA, 2014).

Ao buscar explicar quais são os fatores associados à presença do TEPT pesquisas no contexto da Covid-19 encontraram fatores de risco que são descritos pelo DSM-5-TR e que podem ter contribuído para o quadro de TEPT. Um estudo, realizado na Itália aponta diagnóstico psiquiátrico prévio e sexo feminino como fatores de risco para o TEPT ao analisar uma amostra com 115 pessoas que haviam sido internadas pela Covid-19 (Tarsitani et al., 2021). Os autores encontraram uma prevalência de 10,4% de TEPT baseado na escala PCL-5. A presença anterior de transtorno mental foi apontada como fator de risco também na pesquisa realizada nos Estados Unidos por Liyanage-Don et al. (2022) com 153 participantes que passaram pela internação hospitalar ocasionada pela Covid-19, dentre os quais apresentam-se uma prevalência de 23,5% de TEPT. Numa amostra de 4.527 participantes, ao comparar prevalência de TEPT entre profissionais da saúde e não profissionais da saúde, a pesquisa norueguesa de Schou-Bredal et al. (2022) apontou que a prevalência do TEPT no sexo feminino e na faixa etária mais jovem é significativamente maior em ambos os grupos de tipos de profissionais. Sexo feminino e menor idade também se apresentaram como fatores associados a maiores escores na PCL-5 na pesquisa de Stavem et al. (2022) com 251 pacientes que receberam alta da internação causada por complicações do quadro de Covid-19 na Noruega, os quais apresentaram prevalência de TEPT de 14, 8 e 9% aos 1,5; 3 e 12 meses, respectivamente. Em uma pesquisa com a população geral no início da pandemia Sun et al. (2021), com uma amostra de 2091 pessoas, também apontaram o sexo feminino como fator preditivo para TEPT e uma prevalência de 4,6% medida pela escala PCL-5 um mês após o surto de Coronavírus.

Porém, o estudo de Rajkumari et al. (2022), com 228 pessoas na Índia que necessitaram de acompanhamento ambulatorial devido à Covid-19, encontraram a

idade mais velha como um fator de risco, juntamente com estar empregado no setor privado. Em consonância com estes achados, na pesquisa de Khademi et al. (2021), a idade menor de 50 anos surgiu como fator de proteção em uma amostra de 602 pessoas que foram hospitalizadas devido à Covid no Irã. O primeiro estudo encontrou uma prevalência de TEPT de 67,5% na amostra, enquanto o segundo obteve 3,8%. Sujan et al. (2023) em um estudo em Bangladesh com a população geral, com uma amostra de 326 participantes, também encontraram maior risco de apresentar TEPT entre adultos com idade maior ou igual a 40 anos e também entre aqueles com menor condição socioeconômica e com menor apoio social. Esta pesquisa apontou prevalência de TEPT de acordo com os pontos de corte da escala PCL-5 de 31, 32 e 33 sendo a prevalência estimada de TEPT de 40,5%, 37,7% e 35,9%, respectivamente. Apoio social percebido também foi apontado como fator de proteção para o TEPT num estudo realizado na China com 898 pessoas hospitalizadas por Covid-19 (Chen et al., 2021) além de uma prevalência de 13,2%.

Pesquisas brasileiras vêm trazendo dados do contexto nacional. Bücker et al. (2021) realizaram um estudo transversal com 327 pessoas do sul do país através de questionário online visando avaliar os impactos da pandemia na saúde mental da população em geral. Encontraram uma prevalência de 28,74% de TEPT, 41,6% de sintomas depressivos moderados e graves, 45,9% de sintomas ansiosos moderados e graves e 44,6% de sintomas de estresse. Não encontraram associação entre sintomas psicológicos e gênero, mas encontraram associação significativa entre os sintomas e idade mais jovem, escolaridade, renda, distanciamento social e transtornos mentais prévios.

Souza et al. (2021) obtiveram prevalência de 30,3% de ansiedade moderada e grave e 40% de sintomas de TEPT moderado e grave ao avaliar 287 sujeitos numa pesquisa longitudinal brasileira com a população em geral. A ansiedade diminuiu após 8 meses e foi mais significativa no sexo feminino, em pessoas mais jovens e em trabalhadores da saúde. Pessoas mais jovens também apresentaram correlação significativa nos sintomas de TEPT. Os sintomas de TEPT não apresentaram melhora no decorrer do tempo.

Ismael et al. (2021) realizaram um estudo de coorte prospectivo com 895 pessoas que apresentaram sintomatologia leve de Covid-19. Detectaram sintomas significativos de depressão (26,2%), ansiedade (22,4%) e estresse pós-traumático (26,2%). Outro estudo de coorte brasileiro foi realizado por Fumis et al. (2023) com

2.138 pacientes com Covid-19 internados. Avaliaram sintomas de TEPT, ansiedade e depressão após 30 e 90 dias da alta hospitalar. Todos os quadros psicopatológicos tiveram aumento de prevalência, tendo a depressão aumentado de 3,1% para 7,2%, a ansiedade de 3,2% para 6,2% e o TEPT de 2,3% para 5,0%.

Uma pesquisa transversal realizada por formulário online com 1334 brasileiros comparou pessoas diagnosticadas (n=668) com pessoas não diagnosticadas com Covid-19 (n=666) e não encontrou diferença significativa nos quadros de ansiedade, depressão e TEPT entre os dois grupos. A prevalência no grupo diagnosticado com Covid-19 foi de 29,8% de ansiedade, 24,6% de TEPT, 60,5% de insônia e 46,4% de depressão (Silva et al., 2023). Uma amostra de 8.754 pessoas respondeu uma pesquisa online em 8 países, incluindo o Brasil, entre setembro e novembro de 2020. A prevalência de depressão e TEPT foi de 28,9% e 5,1%, respectivamente (Abdalla et al., 2023).

O que se percebe das prevalências apontadas nesses estudos com pessoas hospitalizadas por agravamento da infecção é que, com exceção de pesquisas cuja prevalência se distancia significativamente das demais, países europeus e asiáticos apresentaram, em média, 10% de prevalência de TEPT em pessoas hospitalizadas por Covid-19, variando de 6,07% a 14% (Chen et al., 2021; Huang et al., 2022; Stavem et al., 2022; Tarsitani et al., 2021), enquanto em países como Brasil e Estados Unidos obtiveram prevalência mais elevada, de 26% em média, variando entre 23,5% e 28,74% (Bücker et al., 2021; Ismael et al., 2021; Liyanage-Don et al., 2022). Isso pode ser reflexo do quanto a pandemia foi mais impactante nos índices de pessoas contaminadas e que vieram a óbito no Brasil e nos Estados Unidos, em comparação com o restante do mundo. Além disso, o que todos estes estudos internacionais e nacionais, descritos na presente revisão, apontam é que pessoas diagnosticadas ou não com Covid-19 apresentam sintomatologia em grau significativo de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Importante mencionar que esses três quadros apresentam sobreposição de sintomas e, portanto, é fundamental realizar um diagnóstico diferencial desses quadros. Dentre essas patologias, somente o TEPT possui como critério essencial a vivência de uma experiência traumática. Portanto, se faz necessário avaliar se a vivência de infecção por Coronavírus no contexto da pandemia Covid-19 pode mesmo ser considerada como uma experiência traumática.

2.3. Covid-19 enquanto experiência traumática

O DSM-5-TR descreve que vivenciar uma doença que apresente risco de morte não se caracteriza, por si só, como um evento traumático (APA, 2023). Com isso há de se estabelecer uma discussão sobre o quanto contrair uma doença em contexto pandêmico, como foi o que a humanidade vivenciou com a Covid-19, apresenta-se como condição possível de ser considerada como uma experiência traumática. Nesta direção, Asmundson & Taylor (2021) discutem a problemática relacionada ao critério A do diagnóstico de TEPT no contexto da pandemia. Os autores destacam que é importante diferenciar o estresse relacionado à pandemia, causado sobretudo pelas informações midiáticas e pelo medo de contrair o Coronavírus, do estresse pós-trauma. O primeiro está relacionado ao que ocorreu na maioria da população como um desfecho esperado considerando-se o contexto de uma pandemia. O segundo diz de uma reação a um trauma, conforme especificado no critério A, que, por sua vez, não considera a ocorrência de uma doença potencialmente fatal como condição possivelmente traumática - a taxa de mortalidade da Covid-19 é 3,31% no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2023).

O que diferencia uma condição psicológica normal de uma patológica é a frequência, intensidade e o prejuízo clinicamente significativo que os sintomas causam na vida do indivíduo (APA, 2023). Para considerar um evento como traumático este precisa ser algo grave e terrível, onde a maioria das pessoas teria alguma reação intensa e desagradável. Assim, compreender como as pessoas reagiram à Covid-19 será crucial para entendermos sua relação com o TEPT e se contrair a doença é ou não um evento a ser considerado como traumático. Avaliar os sintomas para além do DSM considerando qual o sofrimento que o sujeito apresenta será de suma importância.

Conforme defendem Asmundson & Taylor (2021), não se trata apenas de ter sido contaminado por uma doença respiratória, mas também de se tratar de uma doença no contexto de uma pandemia. Contudo, estes autores também destacaram a ampla variação da prevalência de TEPT (de 5% a mais de 50%) e metodologia inconsistente entre alguns dos estudos realizados durante a pandemia de Covid-19 e recomendam cautela quanto as considerações sobre a contaminação da Covid-19 enquanto evento que atenda ao critério A para diagnóstico do TEPT. Essa recomendação pode ser embasada pelos achados da pesquisa de Silva et al. (2023)

que, ao realizarem uma pesquisa com 1334 brasileiros não encontraram diferença significativa na sintomatologia de ansiedade, depressão e TEPT ao comparar grupos de infectados com grupos de não infectados por Covid-19. Isso mostra que a pandemia pode impactar nesses quadros de forma geral e, não necessariamente, de forma concentrada em pessoas contaminadas.

É inegável que as condições de uma pandemia do porte da Covid-19 tenham comprometido em algum grau a saúde mental da população. Porém, ao pensar em termos diagnósticos, o TEPT está condicionado a presença de um trauma e, conforme defendem Norrholm et al. (2021), há necessidade de clareza na definição do que difere um evento traumático de um não traumático garantindo assim que o TEPT seja diagnosticado apenas na presença do primeiro. Os autores também defendem que a pandemia da Covid-19 se apresenta como um contexto de manifestações psicológicas variadas e sobrepostas trazendo assim avaliações diferentes e contraditórias sobre o trauma e, portanto, não se pode considerar somente o evento pandemia como um evento traumático por si só.

Shevlin et al. (2020) ressaltam a importância de se definir qual a visão que se tem sobre o TEPT, ou seja, qual o aporte que servirá para delimitar o diagnóstico, uma vez que, a partir do DSM-5 pode-se não chegar a uma constatação de TEPT ao se considerar contrair a Covid-19 na pandemia. Porém, os autores defendem que a CID-11 oferece condições de se considerar a Covid-19 como um evento estressante o suficiente para que uma pessoa desenvolva o TEPT. Assim como especificar o conceito de TEPT, considera-se também fundamental que os estudiosos especifiquem o evento traumático ao questionar os participantes sobre a experiência com a Covid-19. Ao avaliar como um sujeito reage a um evento traumático é preciso que ele saiba que evento é esse, conforme as escalas de TEPT procuram fazer. A pandemia é um evento amplo de repercussões diversas e, para se identificar um trauma advindo desta, é necessário que a metodologia aponte como foco o contato direto com o vírus, uma vez que esse tem potencial para oferecer risco à vida. Não especificar qual o evento está sendo investigado pode incorrer a evidências equivocadas da presença de TEPT gerando prevalências superestimadas (Van Overmeire, 2020).

Analisando o contexto da pandemia e tudo que ela trouxe consigo como prejuízo e risco na vida das pessoas, há de se considerar que não se trata de somente contrair uma doença respiratória com baixo risco de morte para a maioria da

população, mas também de adquirir uma doença em meio a uma pandemia, num momento em que havia um risco iminente de alguém querido contrair e perder a vida, além das perdas de liberdade e financeira. Também é preciso considerar a exposição direta ao vírus que estava circulando no país e o risco real de morte própria.

Após sucessivas revisões do critério A buscou-se afunilar a definição de trauma, que antes abarcava uma ampla gama de eventos. Não basta que o evento apresente risco à vida para ser considerado um trauma, é necessário que a experiência se afaste muito da normalidade, que seja algo catastrófico e extremo, do que tipo que não se vive todo dia, ou não se corre o risco constante de vivenciar. Analisando rigidamente o critério A entende-se também que o evento é algo súbito e, portanto, o risco crônico de infecção pelo Coronavírus ou mesmo a morte ocasionada por tal seriam condições para atestar trauma (Norrholm et al., 2021).

Autores enfatizam que algumas condições clínicas específicas relacionadas à pandemia podem indicar manifestação do TEPT em contextos de alto risco de morte como pacientes que foram internados em UTI com grave comprometimento respiratório e profissionais de saúde da chamada linha de frente que tiveram contato diário e constante com perda de pacientes e com pacientes à beira da morte. Porém, recomenda-se cautela para compreender manifestações clínicas relacionadas à pandemia como TEPT, uma vez que podem denotar uma ansiedade esperada, um estresse agudo ou um transtorno de adaptação. (Norrholm et al., 2021; Van Overmeire, 2020)

No entendimento de que a pessoa precisa ter um contato direto com o perigo de morte para ser considerado um evento potencialmente fatal e extremamente estressante, pode-se pensar que somente os profissionais da linha de frente seriam sujeitos com risco potencial para desenvolver TEPT. Porém, o que o DSM-5-TR descreve é que o evento pode ser traumático mesmo que não tenha sido vivenciado diretamente, mas tenha sido testemunhado ou que o indivíduo esteja ciente que o evento aconteceu com alguém próximo. Assim, a discussão se dá em saber se ser contaminado com um vírus, com potencial de ser fatal durante uma pandemia global, pode ou não ser considerado um evento traumático. Ainda que tenha a possibilidade de algumas experiências terem sido traumáticas como: saber que alguém próximo foi contaminado ou ter trabalhado diretamente com pessoas com risco iminente de morte; a presente pesquisa teve como foco a experiência de contrair o vírus em contexto pandêmico.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático e seus fatores sociodemográficos e clínicos associados em pessoas acometidas pela Covid-19.

3.2 Objetivos específicos

a) Avaliar quais sintomas de TEPT são mais frequentes em pessoas que foram acometidas por Covid-19;
b) Verificar a associação dos sintomas de TEPT com sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pessoas que foram acometidas por Covid-19.

4. MÉTODO

Trata-se de estudo observacional transversal realizado com pacientes atendidos no Ambulatório do Projeto de Extensão Atenção Integral após a Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). O HC-UFMG se caracteriza como um hospital universitário de nível terciário com 400 leitos, sendo 48 de terapia intensiva de adultos distribuídos em três UTI: cardíaco, clínico e pós-cirúrgico, e emergência. O Projeto de Extensão Atenção Integral após a Terapia Intensiva do HC-UFMG assiste a pacientes que demandam acompanhamento clínico para algum tipo de reabilitação e recuperação pós-alta da terapia intensiva. No contexto da pandemia de COVID- 19, este serviço ambulatorial recebeu os pacientes encaminhados dos serviços de nível terciário do próprio HC-UFMG e também de outros serviços da Prefeitura de Belo Horizonte-MG.

4.1 Participantes

Foram incluídos pacientes atendidos no ambulatório do Projeto de Extensão Atenção Integral após a Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da UFMG desde meados de 2020, quando o ambulatório inicia o atendimento de pessoas encaminhadas após internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do próprio hospital e de unidades básicas de saúde da cidade com demandas de

acompanhamento devido a implicações prolongadas de Covid-19. No ambulatório, estes pacientes recebiam atendimento médico direcionado para decorrências físicas da Covid-19. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos; aqueles com demência prévia e/ou lesão neurológica que resultavam na redução permanente da consciência e aqueles que se recusaram a participar do estudo, seja após amplo esclarecimento e apresentação do TCLE ou na etapa ainda de divulgação do estudo realizada por informe enviado pela coordenação do ambulatório. Foi atingida uma amostra de 102 participantes em uma coleta realizada de setembro de 2022 a julho de 2023.

4.2 Procedimentos

Os participantes foram recrutados de acordo com a fase em que se encontravam no acompanhamento ambulatorial. Com os pacientes que já não estavam em acompanhamento no ambulatório foi feito um contato via coordenação do ambulatório, com mensagem via Whatsapp para informar da pesquisa e solicitar a autorização para fornecimento de acesso do contato telefônico para as pesquisadoras do presente estudo. Com aqueles que aceitaram participar do estudo foi realizada uma chamada telefônica para realização da entrevista e coleta de dados no dia agendado conforme conveniência do participante. Foi solicitado, no momento da entrevista por telefone, que o participante estivesse em local que o fornecesse privacidade para responder às perguntas e que fosse reduzido de risco de interferências de terceiros. Antes da entrevista, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2). Os participantes que forneceram autorização oral após a leitura do TCLE receberam uma via do documento por e-mail ou Whatsapp. Para os pacientes que permaneciam em atendimento no ambulatório, foi feito o convite e aplicação do questionário e instrumento de pesquisa durante o período em que estavam aguardando para atendimento. Estes participantes assinaram o TCLE e receberam uma via impressa do documento.

4.3 Instrumentos

Para coleta de dados foi utilizado um questionário constando de informações sociodemográficas e clínicas sobre o quadro de Covid-19, bem como os fatores de risco para TEPT (ANEXO 3), a escala Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-

5) Sem Critério A (ANEXO 4) para avaliar sintomas de TEPT, a escala Depression, Anxiety and Stress Scale 21(DASS-21) para avaliar sintomas de estresse, ansiedade e depressão (ANEXO 5) e a escala Life Events Checklist 5 (LEC-5) para levantamento dos eventos de vida estressantes que podem contribuir para desenvolvimento de sintomas de TEPT (ANEXO 6). Identifica-se a necessidade de utilização de um instrumento para avaliação de ansiedade e depressão devido à sobreposição de sintomas entre esses quadros psicopatológicos e o TEPT.

O TEPT teve alterações em seus critérios diagnósticos desde 1980 quando ele foi reconhecido na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) até 2014 quando foi lançado o DSM-5. Essas mudanças influenciaram o tratamento e a pesquisa sobre o transtorno. À medida que os critérios passam por revisões os instrumentos utilizados também precisam ser revisados para serem condizentes com as atualizações do diagnóstico. O DMS-5-TR não trouxe mudanças diagnósticas para o TEPT. Sendo assim, buscando utilizar materiais validados e atualizados optou-se pelas escalas PCL-5 e LEC-5 para avaliar sintomas do TEPT nos participantes de acordo com o manual anterior, o DSM-5. Ambas apresentaram coerência com os critérios diagnósticos do DSM-5 para o TEPT, foram traduzidas, adaptadas transculturalmente e apresentem validade de conteúdo satisfatória para serem utilizadas em pesquisas no Brasil (Lima et al., 2016).

A PCL-5 trata-se de um instrumento baseado nos critérios diagnósticos do TEPT de acordo com o DSM-5 com 20 itens que serão classificados de 0 a 4 pelos participantes de acordo com a intensidade do sintoma vivenciado no último mês (Climas et al., 2013; Osório et al., 2017). A adaptação transcultural da PCL-5 apresentou validade de conteúdo satisfatória para uso no Brasil sendo então a sua versão em português compreensível e equivalente à versão original. (Lima et al., 2016). Quando aplicada, solicitou-se ao participante que, ao responder, considerasse a experiência da Covid-19.

A DASS-21 consiste em um instrumento validado e adaptado para o Brasil e é formada por 21 itens que avaliam sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Vignola, 2013). As respostas variam numa escala likert de 0 a 3, de acordo com a frequência dos sintomas durante a última semana.

Optou-se pela aplicação da LEC-5 para avaliar a possibilidade de associação dos sintomas presentes com eventos de vida do passado que não sejam a experiência da Covid-19. A LEC-5 possui 17 itens e visa investigar se o participante vivenciou

algum evento traumático ao longo da vida, considerando desde a infância até os dias atuais. Os itens são compostos por situações consideradas pelo DSM-5 como eventos potencialmente traumáticos. A escala também investiga como o participante foi exposto ao evento, quantas vezes ocorreu a exposição e qual dos eventos vivenciados foi o mais traumático (Lima et al., 2016). Através dela foi possível fazer um levantamento de eventos traumatizantes que os participantes vivenciaram e a forma com que foram expostos à situação. A LEC-5 foi respondida por 92 participantes, uma vez que as respostas dessa escala foram coletadas posteriormente através de um novo contato telefônico, bem como as perguntas sobre vacinação e acompanhamento profissional prévio/atual constantes no questionário sociodemográfico.

Assim, como o questionário, as perguntas das escalas foram lidas pelo entrevistador para que o participante escolhesse a resposta que correspondia à sua situação. Não se utilizou o formato de autoaplicação por se tratar de uma população atendida em ambulatório público e, portanto, poderia contar com muitos indivíduos de baixa escolaridade que teriam dificuldades ou impossibilidade de ler e responder sozinhos.

Os participantes que apresentaram sintomas de TEPT, ansiedade, depressão ou estresse em intensidade moderada e grave foram auxiliados a acessar serviços de psicologia e psiquiatria nos serviços públicos ou clínicas, privadas ou sociais.

Prezando por aspectos éticos a pesquisa foi submetida e aprovada (Processo Número: 60902922.8.0000.5149) pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. Foi solicitada a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) bem como autorização verbal após leitura do TCLE para os participantes da coleta telefônica, garantindo que suas respostas fossem mencionadas na pesquisa de forma anônima, mantendo sigilo sobre quaisquer informações que possibilitassem a sua identificação.

5. RESULTADOS

5.1 Análise dos dados

Descreveu-se o perfil dos participantes, segundo a presença ou ausência de estresse pós-traumático e investigou-se individualmente a associação entre cada uma das variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à saúde física e mental e variáveis associadas com Covid-19 com a presença do TEPT. Para isso, foi realizada a análise descritiva das variáveis através do cálculo de frequências relativas para as variáveis categóricas e de medidas resumo para as variáveis quantitativas, separadamente para os grupos com e sem estresse pós-traumático. Para um possível diagnóstico de TEPT considerou-se o ponto de corte 36 na PCL-5 uma vez que ele apresenta confiabilidade diagnóstica de acordo com Pereira-Lima et al. (2019).

Foi utilizado o Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição dos dados. Todas as variáveis foram testadas com relação à sua relevância quanto à presença (ou não) do TEPT. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Qui-quadrado. Investigou-se a associação entre os resultados gerais das escalas PCL-5, DASS-21 e entre as subescalas da DASS-21 que se referem aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, cuja soma resulta no seu resultado total. Para isso identificou-se a correlação de Spearman entre as variáveis. Para realização dos cálculos e análises estatísticas foi utilizado o software JASP.

Em função de mudanças no instrumento de pesquisa, não foi possível obter a resposta de uma parte dos respondentes para algumas variáveis. Além disso, houve casos em que o participante não soube ou não quis responder. As situações foram indicadas como “Não sabe informar (NS)” e “Não respondeu (NR)”. As variáveis mais impactadas pelos dados ausentes são momento da vacinação (15,6% não respondeu) e tratamento em saúde mental e situação vacinal (14,7% não respondeu). Para a análise, então, foram feitos os seguintes agrupamentos: Momento da vacinação: categoria “Não respondeu (NR)” agrupada à “Não se vacinou até o momento”; Tratamento em saúde mental: categoria “Não sabe informar (NR)” agrupada à “Não”; Vacinação: categoria “Não respondeu (NR)” agrupada à “Não”. Ademais, as seguintes imputações também foram realizadas: Escolaridade: categoria “Não sabe informar (NS)” à categoria Ensino Fundamental para a única observação presente; Ventilação: categoria “Não sabe informar (NS)” agrupada à categoria “Não”.

A amostra foi composta por 102 participantes residentes em Belo Horizonte e região metropolitana, com idade média de 57,99 (DP 13,58). Considerando a amostra total, 52 participantes (50,98%) apresentaram sintomas condizentes com o TEPT (ponto de corte ≥ 36). Na Tabela 1, são apresentadas as distribuições das variáveis sociodemográficas, e na Tabela 2 as variáveis relacionadas às condições clínicas prévias e relacionadas à Covid-19.

Tabela 1
Características sociodemográficas

Variável	**N**	%	TEPT(+)	%	TEPT(-)	%	P-Valor
Tipo de entrevista							
Telefone	59	57,8	30	57,7	29	58,0	0.975
Ambulatório	43	42,2	22	42,3	21	42,0	
Sexo							
Feminino	70	68,6	38	73,1	32	64,0	0.439
Masculino	32	31,4	14	26,9	18	36,0	
Estado Civil							
Com cônjuge	53	52,0	33	63,5	20	40,0	0.018*
Sem cônjuge	49	48,0	19	36,5	30	60,0	
Escolaridade							
Ens. Fundamental	51	50,0	27	51,9	24	48,0	0.903
Ens. Médio	36	35,3	18	34,6	18	36,0	
Ens. Superior	15	14,7	7	13,5	8	16,0	
Cor/Raça							
Branca	28	27,5	11	21,2	17	34,0	
Não sabe informar (NS)	3	2,9	1	1,9	2	4,0	0.462
Parda	49	48,0	27	51,9	22	44,0	
Preta	22	21,6	13	25,0	9	18,0	
Trabalha atualmente							
Não	69	67,6	35	67,3	34	68,0	1
Sim	33	32,4	17	32,7	16	32,0	
Renda per capita							
Até 1 SM	41	40,2	23	44,2	18	36,0	
Mais de 1 SM	55	53,9	25	48,1	30	60,0	0.442
Não sabe/Não respondeu (NS/NR)	6	5,9	4	7,7	2	4,0	
Doença Prévia							
Não	44	43,1	21	40,4	23	46,0	0.71
Sim	58	56,9	31	59,6	27	54,0	
Idade							
<50	25	24,5	18	34,6	7	14,0	
50 a 64	41	40,2	15	28,8	26	52,0	0.020*
65+	36	35,3	19	36,5	17	34,0	
Com quem mora							
Mora só	15	14,7	5	9,6	10	20,0	
Não mora só	87	85,3	47	90,4	40	80,0	0.440

Nota. *Significância estatística segundo teste Qui-quadrado
TEPT(+): Apresenta resultado positivo para Transtorno de Estresse Pós-traumático na PCL-5

TEPT(-): Apresenta resultado negativo para Transtorno de Estresse Pós-traumático na PCL-5

Tabela 2
Condições clínicas prévias e relacionadas à Covid-19

Variável	**N**	%	TEPT(+)	%	TEPT(-)	%	P-Valor
Doença – Grupo de Risco Covid-19							
Sim	44	43,1	23	44,2	21	42,0	0.82
Não	16	15,7	9	17,3	7	14,0	
Não possui doença prévia	42	41,2	20	38,5	22	44,0	
Transtorno mental prévio							
Não	89	87,3	43	82,7	46	92,0	0.159
Sim	13	12,7	9	17,3	4	8,0	
Tratamento em saúde mental							
Não	68	66,7	32	61,5	36	72,0	0.363
Sim	34	33,3	20	38,5	14	28,0	
Perda de pessoa por Covid							
Não respondeu (NR)	10	9,8	4	7,7	6	12,0	0.327
Não teve perda de pessoas	6	5,9	4	7,7	2	4,0	
Sim - Covid	50	49,0	22	42,3	28	56,0	
Sim - Outra causa	36	35,3	22	42,3	14	28,0	
Período da primeira contaminação							
Crítico	62	60,8	34	65,4	28	56,0	0.316
Não crítico	39	38,2	17	32,7	22	44,0	
Não se aplica	1	1,0	1	1,9	0	0,0	
Vacinação							
Não	17	16,7	8	15,4	9	18,0	0.929
Sim	85	83,3	44	84,6	41	82,0	
Momento da vacinação							
Antes da contaminação	8	7,8	6	11,5	2	4,0	
Antes e depois da contaminação	12	11,8	7	13,5	5	10,0	0.489
Depois da contaminação	64	62,7	31	59,6	33	66,0	
Não se vacinou até o momento	18	17,6	8	15,4	10	20,0	
Internação							
Não	22	21.6	13	25,0	9	18,0	0.536
Sim	80	78.4	39	75,0	41	82,0	
Ventilação							
Não	34	33,3	17	32,7	17	34,0	0.985
Sim - Invasiva	21	20,6	11	21,2	10	20,0	
Sim - Não Invasiva	47	46,1	24	46,2	23	46,0	

Os resultados mostram que apenas Estado Civil e Idade apresentaram associação significativa com a ocorrência de TEPT ($p < 0,05$). Todas as demais variáveis apresentam p-valores superiores a 0,10. Devido à grande imprecisão nas respostas obtidas para as variáveis Tempo de internação e Tempo de ventilação, são apresentadas apenas as medidas descritivas na Tabela 3. Os valores dessas

variáveis foram obtidos de forma aproximada pois grande parte dos respondentes não souberam responder com precisão às perguntas.

Tabela 3
Tempo de internação e Tempo de Ventilação por grupo TEPT

	N	Min	Max	Mediana	Média	SD
Tempo de internação (dias)	102	0	285	15	15	30.93
Tempo de internação (TEPT +)	52	0	285	15	21.27	40.70
Tempo de internação (TEPT -)	50	0	60	15	18.24	15.59
Tempo de ventilação (dias)	102	0	60	7	10.25	12.16
Tempo de ventilação (TEPT +)	52	0	60	7.5	11.04	13.44
Tempo de ventilação (TEPT -)	50	0	36	6	9.44	10.74

Considerando-se o período em que as entrevistas foram realizadas, somente 12 participantes foram contaminados por Covid-19 na fase pós pandemia, conforme descrito na Tabela 4. Dentre esses, nenhum apresentou um tempo menor do que 30 dias entre a contaminação e a entrevista.

Tabela 4
Primeira contaminação por Covid-19 por fases da pandemia

Primeira contaminação por Covid-19	n
1. Primeira fase (fevereiro a maio de 2020)	12
2. Segunda fase (junho a agosto de 2020)	28
3. Terceira fase (setembro a novembro de 2020)	11
4. Quarta fase (dezembro de 2020 a junho de 2021)	22
5. Quinta fase (julho a novembro de 2021)	5
6. Sexta fase (dezembro de 2021 a janeiro de 2022)	5
7. Fase pós pandemia (a partir de fevereiro de 2022)	12
8. Fase pré pandemia (janeiro de 2020 e anterior)	6
9. Não sabe informar (NS)	1

Para avaliar quais sintomas foram mais frequentes e intensos na amostra, para cada sintoma, somou-se a quantidade de participantes que responderam intensidade de moderadamente a extremamente na escala PCL-5. Os resultados desse levantamento estão descritos na Tabela 5:

Tabela 5
Sintomas mais intensos e frequentes de TEPT na escala PCL-5

Sintoma	n	%
Chateação quando lembra da experiência estressante	71	69,6
Dificuldade de concentração	70	68,6
Perda de interesse em atividades que apreciava	68	66,7
Reações físicas ao lembrar da experiência estressante	67	65,7
Lembranças indesejáveis	65	63,7
Dificuldades com sono	65	63,7
Hipervigilância	63	61,8
Evitação de lembranças, pensamentos ou sentimentos	60	58,8
Evitação de lembranças externas da experiência estressante	58	56,9
Sentimentos de apreensão e de susto	55	53,9
Ter sentimentos negativos intensos	54	52,9
Ter revivência da experiência estressante	53	52,0
Sentimentos de isolamento	52	51,0
Irritabilidade e expressões de raiva	52	51,0
Não conseguir lembrar da experiência estressante	51	50,0
Ter crenças negativas sobre si, os outros e o mundo	48	47,1
Ter sonhos perturbadores e repetitivos da experiência	45	44,1
Dificuldade em vivenciar sentimentos positivos	41	40,2
Culpar a si ou aos outros pela experiência estressante	38	37,3
Correr riscos ou fazer coisas que podem causar mal	27	26,5

A Tabela 5 apresenta os resultados das associações entre o escore geral da escala PCL-5 e o escore geral da escala DASS-21 e entre o escore geral da PCL-5 e as subescalas de Depressão, Ansiedade e Estresse:

Tabela 5
Associação entre escores da PCL-5 e da DASS-21

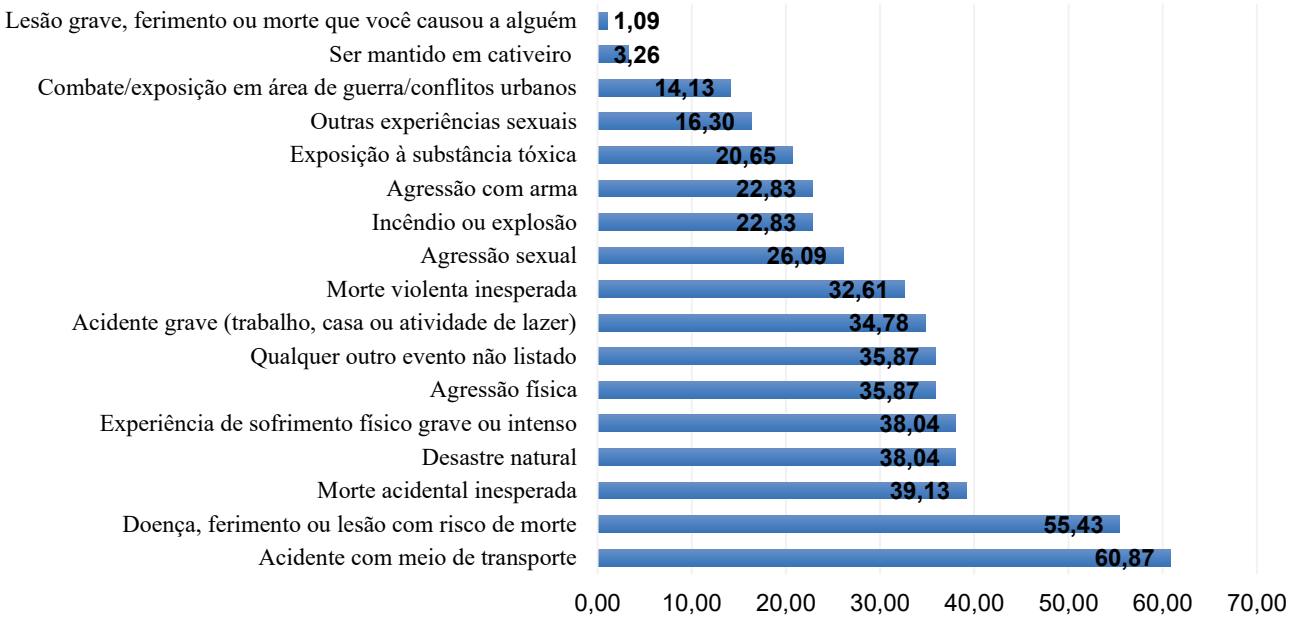
Variável	N	Média	SD	Mediana	rho de Spearman	P-Valor
DASS-21	102	27.9	18.4	28.5		
DASS-21 (TEPT +)	52	45.5	12.6	41.5	0.885	< 0.001*
DASS-21 (TEPT -)	50	13.7	11.6	11.5		
Depressão	102	8.35	6.73	8		
Depressão (TEPT +)	52	12.9	5.29	13	0.845	< 0.001*
Depressão (TEPT -)	50	3.64	4.43	2		
Ansiedade	102	9.19	6.20	9		
Ansiedade (TEPT +)	52	13.3	4.79	14	0.797	< 0.001*
Ansiedade (TEPT -)	50	4.86	4.22	4		
Estresse	102	10.3	6.61	12		
Estresse (TEPT +)	52	15.2	4.06	16	0.872	< 0.001*
Estresse (TEPT -)	50	5.24	4.58	4.5		

*Nota.**Significância estatística segundo teste Spearman

Os escores da DASS-21 e das subescalas de Depressão, Ansiedade e Estresse foram significativamente maiores na presença de TEPT do que na sua ausência. Além disso, tanto o escore geral da escala quanto os resultados das subescalas apontam uma forte correlação positiva, com todas as correlações superiores a 0,79 (Dancey & Reidy, 2019).

Dos 102 participantes entrevistados, 92 responderam ao instrumento LEC-5 para se constatar se havia na história de vida dessas pessoas outros eventos potencialmente traumáticos que poderiam explicar a presença de sintomas de TEPT. Os participantes relataram a vivência de eventos traumáticos ao longo da vida não relacionados à pandemia da Covid-19, eventos esses que atendem ao critério A do DSM-5-TR (APA, 2023). As frequências relativas de cada evento foram descritas no Gráfico 1:

Gráfico 1
Frequencia (%) de participantes que relatou o evento de vida



Conforme apresentado no Gráfico 1, as experiências mais vivenciadas foram: acidente com meio de transporte (n=56) e doença, ferimento ou lesão com risco de morte (n=51). A experiência de doença, lesão ou ferimento com risco de morte foi percebida como a experiência mais traumática, isto é, foi a experiência que mais participantes relataram como a que mais incomoda atualmente. Dentre os 51 participantes que a relataram, 20 (39,22%) a consideraram como o evento mais traumático. Essa prevalência chega a 53% (n=35), quando se considera que, de fato, foram 66 participantes que viveram esse tipo de experiência, uma vez que 15 pessoas não responderam ter vivenciado doença, ferimento ou lesão com risco de morte na primeira parte da escala, porém elegeram esse evento como a pior situação já vivenciada (na segunda parte da escala). Assim, 60% das experiências mais traumáticas de doença envolveram Covid-19 (21 pessoas dentre as 35). Esses foram os apontamentos feitos, inclusive, por participantes com histórico de outras doenças graves, como o câncer, e de acidentes de trânsito, que foi o evento mais vivenciado.

5.2 Discussão

A prevalência de TEPT entre pessoas acometidas pela Covid-19 no presente estudo foi de 50,98%. Mediante a falta de estudos realizados, especificamente, com populações de brasileiros acompanhados em ambulatórios ou unidades especializadas pós Covid-19, utilizou-se as pesquisas realizadas com sobreviventes de Covid-19 brasileiros, para fins de comparação. Silva et al. (2023) identificaram uma prevalência de 24,6% e Ismael et al. (2021) detectaram 26,2%. Observa-se que estes estudos encontraram prevalências menores de TEPT comparado ao presente estudo. Destaca-se que, em ambas as pesquisas não foi investigada uma amostra ambulatorial e que, necessariamente, apresentou agravamento ou sequelas da Covid-19 o que pode explicar as diferenças nas prevalências obtidas. Dentre as pesquisas revisadas, a prevalência de TEPT que mais se aproxima da encontrada neste estudo foi de uma amostra ambulatorial que apresentou 67,5% de pessoas com sintomas do transtorno em um estudo realizado na Índia (Rajkumari et al., 2022).

O sintoma relatado com maior frequência apontado por 69,6% dos participantes do presente estudo foi "sentir chateação quando algo lembra da experiência estressante". Estar em acompanhamento ambulatorial em decorrência do agravamento da Covid-19 pode estar intensificando esse sentimento de chateação já que o acompanhamento demanda comparecer periodicamente ao ambulatório, realizar consultas, exames e tratamentos em decorrência das sequelas físicas e psicológicas ocasionadas pela Covid-19. Este foi o segundo sintoma mais frequente e intenso na pesquisa de Rajkumari et al. (2022) uma vez que foi apontado por 40,8% da amostra como se sentindo incomodado em nível de moderado a extremo na PCL-5.

O segundo sintoma mais vivenciado em 68,6% da amostra estudada é a dificuldade de concentração. Este achado corrobora outros estudos que apontaram efeitos na cognição em pacientes acompanhados após quadro de Covid-19 (Ceban et al., 2022. Cipolli et al., 2023. Liyanage-Don et al., 2022). O terceiro sintoma mais apontado pelos participantes do presente estudo (66,7%) foi a perda de interesse em atividades que costumava apreciar. Esse é um sintoma também presente em quadros depressivos e que também foi apontado como um dos mais significativos na pesquisa de Rakjkumari et al. (2022), correspondendo a 37,3% dos participantes. Outro sintoma muito relatado (65,7%) trata-se de sentir reações físicas intensas quando algo lembra

a experiência estressante. Sentir taquicardia, suor excessivo e dificuldade para respirar são sintomas também descritos nos quadros de ansiedade. Se sentir incomodado por lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante foi relatado por 65 participantes, mesmo número de pessoas que se queixaram de insônia (63,7%). As lembranças desagradáveis também foram significativas (37,3%) na pesquisa de Rajkumari et al. (2022), que também identificou problemas com sono como um dos principais sintomas psicológicos pós Covid-19 (40,8%). Este achado sobre prejuízo na qualidade do sono como um dos sintomas mais comuns pós Covid-19 vai na mesma direção de diversas outras pesquisas (Bücker et al, 2021; Liu et al, 2020; Rajkumari et al, 2022;. Sun et al., 2021, 2022; Vindegaard & Benros, 2020; Yuan et al, 2021).

Dentre as variáveis sociodemográficas e clínicas testadas, somente o estado civil e idade apresentaram associação significativa com a ocorrência de TEPT. Os resultados descritivos apontaram que a maior parte das pessoas com TEPT(+) possuem cônjuge. Esse dado corrobora com os resultados encontrados por Benfante et al. (2022) mas diverge de outros achados (Guo et al., 2020; Megalakaki et al., 2021; Rajkumari et al., 2022). Apesar da primeira pesquisa ter encontrado diferença estatisticamente significativa somente nos sintomas depressivos e não nos quadros de ansiedade e de TEPT, os resultados encontrados pelos pesquisadores apontam uma maior tendência à piora em saúde mental em pessoas que estão em um relacionamento. Pessoas com cônjuge geralmente possuem maior preocupação com condições financeiras que foram afetadas pela pandemia, além do temor em falecer e deixar a parceria sem suporte. Além disso, com frequencia residentes da mesma casa foram contaminados pela Covid-19 o que pode indicar que pessoas doentes precisaram cuidar de seus familiares em estado mais grave, o que também contribui para presença de sintomas psicológicos (Ambler et al., 2023).

Porém, os achados de Rajkumari et al. (2022) indicam um risco maior de TEPT entre os solteiros, ainda que sem significância estatística. Morar sozinho foi um fator associado à sintomas psicopatológicos na pesquisa de Guo et al. (2020). Em algumas populações poder compartilhar as experiências da pandemia com um cônjuge durante o isolamento social, contar com familiares dentro na própria residência e ter apoio social podem ser fatores que contribuem com a saúde mental (APA, 2023; Chen et al., 2021; Sujan et al., 2023). Entende-se também que o isolamento possa ter desencadeado um sentimento de solidão pela falta de parceria, o que poderia tornar

pessoas sem cônjuge mais propensas à patologias mentais (Megalakaki et al., 2021). No presente estudo, a falta de intrumentos que explorassem a rede de apoio e/ou o suporte social percebido não permitiu grandes constatações sobre este aspecto e seu efeito nos sintomas do TEPT. A compreensão sobre essas variáveis e seus efeitos na saúde mental pode ser de grande relevância e devem ser mais exploradas no contexto pós pandêmico.

Com relação à idade, 75,5% da amostra investigada foi composta por pessoas com 50 anos ou mais, grupo no qual também se concentra a maior parte das pessoas sem TEPT (86%). Embora 24,5% da amostra seja composta por pessoas com menos de 50 anos, a prevalência de TEPT nesse grupo é de 34,6%. Isso indica que a proporção de indivíduos com TEPT nessa faixa etária é maior do que sua representação na totalidade da amostra, ao contrário do que foi observado em outras faixas etárias. Portanto, observa-se uma tendência de ocorrência de TEPT em indivíduos mais jovens. Condizente com estes achados, a descrição dos fatores pré-traumáticos do DSM-5 (APA, 2014) e das variáveis associadas ao estresse pós traumático encontrados na revisão de Yuan et al. (2021) e nas pesquisas de Bücker et al. (2021), Karatzias et al. (2020), González-Sanguino et al. (2021), Schou-Bredal et al. (2022), e de Stavem et al. (2022) que apontaram maior risco de TEPT em indivíduos jovens. Essas pesquisas (Bücker et al., 2021, Karatzias et al., 2020; González-Sanguino et al. 2021; Schou-Bredal et al., 2022; Stavem et al., 2022) também utilizaram o autorrelato e tiveram como amostra pessoas acometidas e/ou hospitalizadas por Covid-19 e discutiram como possíveis explicações para a associação do TEPT com a idade o fato de que pessoas com menos idade sofreram mais prejuízos financeiros, mais alterações na rotina e possuíam menos recursos psicológicos para lidar com o problema.

Outras pesquisas, porém, divergem desses achados uma vez que encontraram a idade mais jovem como fator protetivo uma vez que pessoas mais velha podem ter maior percepção das graves consequencias da doença e da pandemia e, portanto, podem sentir mais medo. Na maior parte das amostras dessas pesquisas predominou o sexo masculino, o que pode ser um indicativo de que o sexo tenha interferência dos resultados e não somente a idade (Havermans et al., 2023; Khademi et al., 2021; Rajkumari et al., 2022; Sujan et al., 2023; Yuan et al., 2021).

Quanto a associação com o gênero, apesar de não se mostrar estatisticamente significativa, os resultados foram na direção do que aponta o DSM-5-TR sobre a prevalência no sexo feminino, uma vez que este apresenta uma prevalência de 54,3% de TEPT em comparação à 43,8% no sexo masculino. Segundo a APA (2023) isso se deve a, dentre outros fatores, à forma cognitiva e emocional com que mulheres processam traumas e a efeito de hormônios reprodutivos. Também concordam com os resultados encontrados na revisão realizada por Yuan et al. (2021) e nas pesquisas feitas por Tarsitani et al. (2021), Schou-Bredal et al. (2022), Stavem et al. (2022) e Sun et al. (2021) que encontraram o sexo feminino como um fator associado ao TEPT. Os pesquisadores defendem que, na pandemia, as diferenças dos papéis sociais relacionados ao gênero se intensificaram, o que resultou em mulheres com excesso de tarefas relacionadas ao cuidado com família e com tarefas domésticas enquanto conciliavam a rotina com o trabalho remunerado o que pode trazer prejuízos à saúde mental. (González-Sanguino et al., 2021). Entretanto, a ausência de associação significativa entre sintomas do TEPT e gênero também ocorreu no estudo de Bücker et al. (2021). Este estudo possuiu uma amostra composta majoritariamente por mulheres com idade média de 36 anos, com ensino superior, com trabalho remunerado e somente 10,4% tiveram diagnóstico confirmado de Covid-19. Ainda que se tratasse de toda a amostra com Covid-19, pode-se compreender que fatores socioeconômicos atuem de forma protetiva em relação ao gênero. Outras pesquisas também apontam que homens e mulheres viveram estressores de forma semelhante durante a pandemia da Covid-19 o que corrobora com a falta de significância estatística entre os gêneros do presente estudo. (Cénat et al., 2021).

Os resultados da presente pesquisa não mostraram associação de TEPT com condições socioeconômicas, como escolaridade e renda, o que seria esperado baseado no DSM-5-TR (APA, 2023) e em estudos anteriores (Brooks et al., 2020; Bücker et al., 2021 Sujan et al., 2023; Yuan et al., 2021). Considerando-se que os participantes são usuários do sistema público de saúde, predominou na amostra o pefil de pessoas com baixa escolaridade , que não trabalhava de forma remunerada e com renda per capita de até três salários mínimos. Isso fez com que a amostra fosse homogênea em relação as condições financeiras e não permitiu uma representatividade de outras classes sociais. Uma amostra maior poderia possibilitar esse comparativo da presença de TEPT entre diferentes níveis socioeconômicos.

Os resultados não apontaram transtorno mental prévio associado à ocorrência do TEPT no contexto da Covid-19. Resultado similar foi obtido por Bücker et al. (2021), que não encontraram essa característica como fator preditivo para sintomas psicológicos e defenderam que isso se deve ao impacto da pandemia na saúde mental de forma geral, e não somente numa intensificação de sintomas psiquiátricos pré-existentes.

Hipotetizou-se que as pessoas que foram hospitalizadas e necessitaram de recursos hospitalares para manter a respiração apresentariam maior gravidade do quadro de Covid-19 e, consequentemente, mais chance de apresentar TEPT. Assim, a internação e a ventilação mecânica foram testadas no presente estudo devido a um fator de risco peritraumático que diz respeito à gravidade do trauma. Além disso, considerou-se a associação do TEPT a experiências hospitalares e de UTI, conforme indicado em algumas pesquisas (Jackson et al., 2016; Tarsitani et al., 2021; Yuan et al., 2021). Entretanto, esta hipótese não se confirmou. Outros estudos, como o de Stavem et al. (2022) e de Sun et al. (2022), também não encontraram associação significativa entre a gravidade do quadro de Covid-19 e os sintomas do TEPT ou de outro quadro em saúde mental. A pesquisa de Fumis et al. (2023), realizada com pacientes pós alta da hospitalização por Covid-19, constataram uma prevalência de TEPT que aumentou de 2,3% para 5,0% após 90 dias da alta. Isso indica que é possível que somente a hospitalização não impacta na prevalência dos sintomas, mas sim lidar com as consequências da doença a longo prazo. Também hipotetiza-se que que isso aponte que a percepção da experiência da Covid-19 como um trauma não esteja necessariamente relacionada à gravidade da infecção, tampouco à vivência hospitalar, mas sim a outros fatores pandêmicos.

A perda de pessoas próximas por Covid-19 possibilita testemunhar a ocorrência da doença e, conforme descrito pelo DSM-5-TR, as perdas relacionadas ao trauma é um fator de risco pós traumático (APA, 2023). Assim, a hipótese testada consistia de que pessoas que presenciaram a Covid-19 enquanto doença fatal em entes queridos teriam maior probabilidade de desenvolver o TEPT. Tarsitani et al. (2021) e Liu et al. (2020) constataram que a perda de pessoas próximas e familiares diagnosticados com Covid-19 são fatores associados ao TEPT, o que não foi constatado no presente estudo. Cabe observar que a coleta de dados destas duas pesquisas foi realizada nos primeiros meses de 2020, período mais crítico da pandemia, diferente do momento de coleta da presente pesquisa que ocorre quando

a pandemia já está controlada. Nos meses iniciais da pandemia, é possível que lidar com a infecção de pessoas próximas tenha sido um fator estressor no ambiente familiar que intensificou os efeitos psicológicos da experiência com a Covid-19. A análise sobre testemunhar amigos e familiares sendo infectados, o tipo de vínculo estabelecido, a magnitude da perda em casos de falecimento, entre outros fatores, contribuirá para uma compreensão mais aprofundada do impacto dessas experiências na saúde mental durante a pandemia.

Também foi avaliado sobre o período em que a pessoa foi contaminada pela primeira vez com a Covid-19 e se ela já havia sido vacinada contra a doença. Ao avaliar essas condições procurou-se compreender a percepção da doença enquanto evento potencialmente fatal. Levantou-se a hipótese de que experienciar a doença nos períodos mais críticos da pandemia, ou seja, nos meses de maiores picos nos números de casos; falta de leitos hospitalares; medidas mais rigorosas de distanciamento e ainda sem a vacina, seriam circunstâncias que poderiam aumentar o risco de TEPT. De fato, a prevalência de pessoas com sintomas de TEPT e que contraíram o vírus em um dos períodos críticos da pandemia foi maior (65,4%). Entretanto, isso não ocorre em relação à vacinação uma vez que 59% das pessoas com sintomatologia de TEPT foram diagnosticadas com Covid-19 após a vacinação completa. De qualquer modo, não foi observada associação entre essas variáveis e a presença de TEPT. Não foram encontrados estudos que avaliassem essas variáveis sob a mesma perspectiva da presente pesquisa, então, revisou-se pesquisas com a população em geral e que apontam a trajetória da saúde mental no decorrer da pandemia. Alguns estudos também não encontraram diferença significativa na prevalência e intensidade do TEPT em diferentes ondas da pandemia (Benfante et al., 2022. Cénat et al., 2022), enquanto outros identificaram que, nos períodos mais críticos ouve um aumento de sintomas psicopatológicos (D'Urso et al., 2023; Lueger-Schuster et al., 2022). Isso pode indicar que, para alguns grupos, mesmo nos períodos menos críticos, as condições características da pandemia Covid-19 persistiam, mantendo as pessoas sujeitas a seus impactos enquanto que, para outras pessoas os picos de contaminação tiveram maior influência na saúde mental. É válido compreender o que difere esses grupos para identificar quais fatores estão associados a um melhor enfrentamento da pandemia.

Outra variável que também não se mostrou associada ao TEPT, apesar de pressuposto risco de morte ao contrair Covid-19, diz respeito ao paciente já possuir

doenças prévias ou pertencente aos chamados "grupos de risco". Um estudo apontou condições de saúde que aumentavam o risco de mortalidade para Covid-19 como um fator associado ao TEPT (Karatzias et al., 2020). Porém, esta pesquisa foi realizada no início de 2020, período mais crítico da pandemia, uma vez que ainda não se tinha muito conhecimento sobre a doença, nem sobre seu risco de letalidade e sobre as medidas preventivas, tampouco havia vacina disponível. Esses fatores contribuem para maior temor acerca da infecção. Também não teve significância estatística a variável referente à forma com que a entrevista foi realizada.

Como esperado, os escores da DASS-21 e das subescalas de Depressão, Ansiedade e Estresse foram significamente maiores na presença de TEPT do que na sua ausência. Esse resultado aponta coerência com o DSM-5-TR uma vez que o TEPT é frequentemente encontrado comórbido com outros quadros patológicos como transtornos depressivos e de ansiedade (APA, 2023). Também corrobora os achados de Brooks et al. (2020), De Sousa Moreira et al. (2021), Goularte et al. (2022), Huang et al. (2022), Khademi et al. (2021), Liyanage-Don et al. (2022) e Yuan et al. (2021) que, além do quadro de TEPT, também encontraram sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pessoas acometidas pela Covid-19. Ao se avaliar os sintomas mais frequentes do TEPT encontrados na amostra encontra-se sintomas também presentes em quadro depressivos e ansiosos, como: chateção, dificuldades de concentração, perda de interesse em atividades que apreciava e reações físicas intensas.

Apesar de serem comorbidades frequentes, há de se fazer um diagnóstico diferencial entre o TEPT e a ansiedade, a depressão e o estresse. Sintomas de excitação, dissociativos, evitação e irritabilidade presentes em transtornos de ansiedade não estão relacionados a um evento traumático específico. Pode-se inferir assim que o critério central para se diferenciar o TEPT de algum transtorno de ansiedade é a ocorrência de um evento potencialmente traumático. Este também será o diferencial de um estresse resultante de situações do cotidiano de um estresse presente no TEPT. O DSM-5-TR aponta o Transtorno de Estresse Agudo (TEA) como um quadro desenvolvido após a exposição a um trauma (APA, 2023). O que o diferencia do TEPT é o fator tempo, uma vez que o quadro sintomático do TEA é restrito à duração de 3 a 30 dias após a exposição ao trauma. Descarta-se o TEA na amostra considerando-se que todos os participantes haviam vivenciado a Covid-19 há mais de um mês no momento da entrevista. Uma experiência traumática pode preceder a depressão, porém, no Transtorno Depressivo Maior não se encontra

quaisquer dos sintomas intrusivos do grupo B nem os sintomas evitativos do grupo C e muitos sintomas dos grupos D e E. Na presente amostra, todos os participantes com TEPT possuíam pelo menos um sintoma do grupo B de gravidade moderada a extremamente grave, somente um apresentou sintomatologia leve do grupo C e todos apresentam sintomas de moderados a extremamente graves dos grupos de sintomas D e E. Esses dados apontam uma tendência a uma comorbidade com um transtorno depressivo e não à exclusão do TEPT como hipótese diagnóstica. Em relação aos sintomas de ansiedade e estresse, para se considerar que esses quadros estão relacionados a outros fatores e não à Covid-19, há de se avaliar dois pontos: a Covid-19 enquanto trauma e a possibilidade de experiência de outros eventos traumáticos ao longo da vida.

Os resultados referentes aos eventos de vida apontam o quanto a Covid-19 foi significativa enquanto evento traumático. Vivenciar uma doença, ferimento ou lesão com risco de morte foi o evento mais apontado pelos participantes como a experiência que mais incomodava atualmente e, a maioria das pessoas, apontaram que essas experiências estavam relacionadas à Covid-19. Esses foram os apontamentos feitos, inclusive, por participantes com histórico de outras doenças graves, como o câncer, e de acidentes de trânsito, que foi o evento mais vivenciado. Isso mostra o quanto a experiência da Covid-19, no contexto do que foi a pandemia no Brasil, impactou a saúde mental dessas pessoas.

Cabe apontar algumas limitações da presente pesquisa. Uma delas está relacionada à amostra integralmente composta por pessoas acometidas pela Covid-19 o que impossibilitou comparações do quadro de TEPT em um grupo não diagnosticado pela infecção. O tamanho da amostra também pode ter sido um dificultador para encontrar associação entre características clínicas e sociodemográficas. Por se tratar de uma amostra ambulatorial há de se considerar que se tratam de pessoas com sequelas físicas da doença o que contribui para manifestação do fenômeno relacionado ao agravamento do quadro de saúde mental. Trata-se também de uma amostra homogênea em relação às condições socioeconômicas já que se tratam de pessoas atendidas em instituições públicas de saúde, o que faz com que outros grupos não tenham sido representados. É possível que a situação de pós pandemia e de considerável cobertura vacinal tenha sido uma limitação do presente estudo para captar associações com condições de risco mais presentes no período inicial da pandemia. Existe a possibilidade de que indivíduos

com sintomas de TEPT, especialmente aqueles com comportamentos evitativos, não compareçam ao hospital. Isso representa uma limitação adicional deste estudo, uma vez que não abrange esses pacientes que, mesmo sendo encaminhados para acompanhamento ambulatorial, optam por não o fazer. A imprecisão nas respostas, principalmente das variáveis de caracterização da internação, ocasionadas pelo autorrelato foi outro dificultador, causando um viés de memória nas condições descritas pelos participantes.

6. CONCLUSÕES

A presente investigação mostrou que o TEPT não é raro entre pacientes assistidos em contexto ambulatorial pós Covid-19. Constatou-se também que o TEPT estava associado a sintomas de ansiedade e depressão, o que aponta a necessidade de avaliar comorbidades e realizar um diagnóstico diferencial. Dentre os fatores clínicos e sociodemográficos, somente estado civil e idade foram encontrados como fatores significativamente associados ao TEPT. É relevante ponderar sobre o conceito atual de trauma estabelecido pelo DSM-5-TR e questionar se essa definição permanecerá sem incorporar experiências em contextos de pandemia, como o da Covid-19.

Fica evidente que o desenvolvimento de programas de cuidados com a saúde mental e o bem-estar psicossocial é tão essencial quanto a atenção dada à saúde física. Embora a Covid-19 ainda esteja presente na vida dos brasileiros e tenha passado o período crítico de emergência sanitária, pode-se considerar o momento atual como sendo pós-pandêmico, o qual exige uma atenção em relação às consequências tardias na saúde mental.

O desenho de pesquisa com coleta transversal para obtenção de dados retrospectivos com uso do autorrelato resultou em algumas limitações para os achados do presente estudo. Novas pesquisas retrospectivas com amostras de pacientes ambulatoriais fornecerão dados mais confiáveis se as informações forem obtidas diretamente dos registros médicos. Além disso, estudos adicionais que comparem amostras não ambulatoriais e não afetada pela Covid-19, poderão ampliar a precisão da avaliação da Covid-19 enquanto trauma.

Considerando que o TEPT tem manifestação tardia, será importante a realização de estudos longitudinais já que estes poderão mostrar como os sintomas se manifestam no decorrer do tempo. Em conjunto, essas pesquisas podem fornecer

diretrizes para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas não apenas para o TEPT pós-pandêmico, mas também para os danos à saúde mental causados pela pandemia da Covid-19.

Especificamente, os estudos epidemiológicos sobre o TEPT no Brasil e sua relação com a pandemia poderão contribuir para a diminuição das subnotificações deste transtorno e para o diagnóstico e a elaboração de planos de tratamento mais adequados o que irá contribuir para a redução dos prejuízos funcionais que o transtorno pode gerar nos âmbitos social, educacional, profissional e da saúde física. Além disso, estes estudos podem impulsionar avanços necessários nas áreas de avaliações e intervenções clínicas, o que significa contribuir para aumento das possibilidades de recuperação da qualidade de vida das pessoas que foram acometidas pela Covid-19 e ainda vivenciam suas sequelas.

REFERÊNCIAS

Abdalla, S. M., Koya, S. F., Rosenberg, S. B., Stovall, I. B., Biermann, O., Zeinali, Z., Cohen, G. H., Ettman, C. K., & Galea, S. (2023). Pandemic stressors and mental health indicators in eight countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02541-w

Ambler, M., Rhoads, S., Peterson, R., Jin, Y., Armstrong, P., Collier, P., Cruse, M. H., Csikesz, N., Hua, M., Engelberg, R. A., Halvorson, K., Heywood, J., Lee, M., Likosky, K., Mayer, M., McGuirl, D., Moss, M., Nielsen, E., Rea, O., Tong W., Wykowski J., Yu S., Stapleton R.D., Curtis J.R., Amass, T. (2023). One Year Later: Family Members of Patients with COVID-19 Experience Persistent Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of the American Thoracic Society*, *20*(5), 713–720. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202209-793OC

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* (5ª ed.)

American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.* (5ª ed. revisada)

Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2021). Garbage in, garbage out: The tenuous state of research on PTSD in the context of the COVID-19 pandemic and infodemic. *Journal of Anxiety Disorders*, *78*, 102368. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102368

Benfante, A., Tesio, V., Di Tella, M., Romeo, A., & Castelli, L. (2022). From the First to the Second Wave of COVID-19: Anxiety, De-Pressive, and Post-Traumatic Stress Symptoms in the Italian Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1239. https://doi.org/10.3390/ijerph19031239

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Bücker, J., Rosa, A. R., & Czepielewski, L. S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health among local residents in South of Brazil: During pandemic times, youth sleep matters. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *44*, e20210225. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0225

Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V., & McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *101*, 93–135. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020

Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E., Dalexis, R. D., Goulet, M.-A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *295*, 113599. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599

Cénat, J. M., Farahi, S. M. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bekarkhanechi, F. M., Poisson, H., Broussard, C., Ukwu, G., Auguste, E., Nguyen, D. D., Sehabi, G., Furyk, S. E., Gedeon, A. P., Onesi, O., El Aouame, A. M., Khodabocus, S. N., Shah, M. S., & Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *315*, 70–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011

Chen, Y., Huang, X., Zhang, C., An, Y., Liang, Y., Yang, Y., & Liu, Z. (2021). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 80. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03076-7

Cipolli, G. C., Alonso, V., Yasuda, C. L., Assumpção, D. de, Cachioni, M., Melo, R. C. de, Hinsliff-Smith, K., & Yassuda, M. S. (2023). Cognitive impairment in post-acute

COVID-19 syndrome: A scoping review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *81*(12), 1053–1069. https://doi.org/10.1055/s-0043-1777115

Climas, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *Lista de verificação de TEPT para DSM-5 (PCL-5*). Escala disponível no Centro Nacional de TEPT em www.ptsd.va.gov.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia*. (3ª ed.)

De Sousa Moreira, J. L., Barbosa, S. M. B., Vieira, J. G., Chaves, N. C. B., Felix, E. B. G., Feitosa, P. W. G., da Cruz, I. S., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2021). The psychiatric and neuropsychiatric repercussions associated with severe infections of COVID-19 and other coronaviruses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *106*, 110159. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110159

D'Urso, G., Pomes, M. V., Magliacano, A., Iuliano, C., Lamberti, H., Manzo, M., Mariniello, T. S., Iasevoli, F., & de Bartolomeis, A. (2023). Depression and Anxiety Symptoms "Among the Waves" of the COVID-19 Pandemic in Obsessive Compulsive Disorder and Adjustment Disorder Patients. *Healthcare*, *11*(9), Artigo 9. https://doi.org/10.3390/healthcare11091261

Fan, Y., Shi, Y., Zhang, J., Sun, D., Wang, X., Fu, G., Mo, D., Wen, J., Xiao, X., & Kong, L. (2021). The effects of narrative exposure therapy on COVID-19 patients with post-traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial*. J Affect Disord.* 293:141-147. doi: 10.1016/j.jad.2021.06.019.

Fiocruz (2022). *Boletim epidemiológico*. ([s.d.]). Fiocruz. Recuperado 27 de janeiro de 2024, de https://portal.fiocruz.br/conteudo-documento/arquivo-tipo-de-documento/arquivo/boletim-epidemiologico

Fukui (2023). Transtorno de estresse pós-traumático é subdiagnosticado nos serviços de saúde. (2023, janeiro 31). *Jornal da USP*. https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-transtorno-de-estresse-pos-traumatico-e-subdiagnosticado-nos-servicos-de-saude/

Fumis, R. R. L., Costa, E. L. V., Tomazini, B. M., Taniguchi, L. U., Costa, L. do V., Morinaga, C. V., Sá, M. M. de S. e, Azevedo, L. C. P. de, Nascimento, T. C., Ledo, C. B., Oliveira, M. S. de, Cardoso, L. F., Pastore Junior, L., & Vieira Junior, J. M. (2023). Ninety-day outcomes in patients diagnosed with COVID-19 in São Paulo, Brazil: A cohort study. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *49*, e20230056. https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20230056

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *107*, 110219. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219

Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, *132*, 32–37. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021

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

Havermans, D. C. D., Hoeboer, C. M., Sobczak, S., Primasari, I., Coimbra, B. M., Hovnanyan, A., Novakovic, I. Z., Langevin, R., Aakvaag, H. F., Grace, E., Dragan, M., Lueger-Schuster, B., El-Hage, W., & Olff, M. (2023). The mental health impact of the COVID-19 pandemic and exposure to other potentially traumatic events up to old age. *Journal of Traumatic Stress*, *36*(4), 738–749. https://doi.org/10.1002/jts.22937

Huang, X., Liu, L., Eli, B., Wang, J., Chen, Y., & Liu, Z. (2022). Mental Health of COVID-19 Survivors at 6 and 12 Months Postdiagnosis: A Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 863698. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.863698

Ismael, F., Bizario, J. C. S., Battagin, T., Zaramella, B., Leal, F. E., Torales, J., Ventriglio, A., Marziali, M. E., Martins, S. S., & Castaldelli-Maia, J. M. (2021). Post-infection depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms: A prospective cohort study in patients with mild COVID-19. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *111*, 110341. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110341

Jackson, J. C., Jutte, J. E., Hunter, C. H., Ciccolella, N., Warrington, H., Sevin, C., & Bienvenu, O. J. (2016). Posttraumatic stress disorder (PTSD) after critical illness: A conceptual review of distinct clinical issues and their implications. *Rehabilitation Psychology*, *61*(2), 132–140. https://doi.org/10.1037/rep0000085

Karatzias, T., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Ben-Ezra, M., Bentall, R. P., Vallières, F., & Hyland, P. (2020). Posttraumatic Stress Symptoms and Associated Comorbidity During the COVID-19 Pandemic in Ireland: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, *33*(4), 365–370. https://doi.org/10.1002/jts.22565

Khademi, M., Vaziri-Harami, R., & Shams, J. (2021). Prevalence of Mental Health Problems and Its Associated Factors Among Recovered COVID-19 Patients During the Pandemic: A Single-Center Study. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.602244

Lima, E. D. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. D., Figueira, I., Mendlowicz, M. V., Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brazil, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brazil, & Universidade Federal Fluminense, Brazil. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *38*(4), 207–215. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0074

Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, *292*, 113297. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297

Liyanage-Don, N. A., Winawer, M. R., Hamberger, M. J., Agarwal, S., Trainor, A. R., Quispe, K. A., & Kronish, I. M. (2022). Association of depression and COVID-induced PTSD with cognitive symptoms after COVID-19 illness. *General Hospital Psychiatry*, *76*, 45–48. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.02.006

Lueger-Schuster, B., Zrnić Novaković, I., & Lotzin, A. (2022). Two Years of COVID-19 in Austria-Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(13), 8223. https://doi.org/10.3390/ijerph19138223

Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, *31*(4), 318–326. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001

Marson, F. A. L. (2020). COVID-19 - 6 million cases worldwide and an overview of the diagnosis in Brazil: A tragedy to be announced. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, *98*(2), 115113. https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115113

Megalakaki, O., Kokou-Kpolou, C. K., Vaudé, J., Park, S., Iorfa, S. K., Cénat, J. M., & Derivois, D. (2021). Does peritraumatic distress predict PTSD, depression and anxiety symptoms during and after COVID-19 lockdown in France? A prospective longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, *137*, 81–88. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.035

Meneguello, R., & Porto, F. A. del. (2021). A confiança em um governo de crise e retrocesso. *Revista USP*, *131*, Artigo 131. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i131p81-98

Ministério da Saúde (2023). Painel de casos de coronavirus doença 2019 (COVID-19) no Brasil. Recuperado de: https://covid.saude.gov.br/.

Monson, C.M., Resick, P.A., & Rizvi, S.L. (2016). Transtorno de estresse pós-traumático. In D.H. Barlow (Org), *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (5ª ed, pp. 62-113).

Nagarajan, R., Krishnamoorthy, Y., Basavarachar, V., & Dakshinamoorthy, R. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *299*, 52–59. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.040

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery (London, England)*, *78*, 185–193. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018

Norrholm, S. D., Zalta, A., Zoellner, L., Powers, A., Tull, M. T., Reist, C., Schnurr, P. P., Weathers, F., & Friedman, M. J. (2021). Does COVID-19 count?: Defining Criterion A trauma for diagnosing PTSD during a global crisis. *Depression and Anxiety*, *38*(9), 882–885. https://doi.org/10.1002/da.23209

Organização Mundial da Saúde (2023). *Histórico da pandemia de COVID-19.* OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Recuperado de: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19.

Osório, F. L., Silva, T.D.A., Santos, R.G., Chagas, M.H.N., Chagas, N.M.T., Sanches, R.F., & Crippa, J.A.S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version*. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [online]. 2017, v. 44, n. 1 [Accessed 12 May 2022] , pp. 10-19. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107.

Passos, L., Prazeres, F., Teixeira, A., & Martins, C. (2020). Impact on Mental Health Due to COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study in Portugal and Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6794. https://doi.org/10.3390/ijerph17186794

Pereira-Lima, K., Loureiro, S.R., Bolsoni, L.M., Silva, T.D.A., & Osório, F.L., (2019) Propriedades psicométricas e utilidade diagnóstica de uma versão brasileira do PCL-

5 (versões completas e abreviadas) , European Journal of Psychotraumatology, 10:1, 1581020, DOI: 10.1080/20008198.2019.1581020

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental health and the Covid-19 pandemic.* New England Journal of Medicine, 383(6), 510-512.

Ponce, D. (2020). The impact of coronavirus in Brazil: Politics and the pandemic. *Nature Reviews. Nephrology*, *16*(9), 483. https://doi.org/10.1038/s41581-020-0327-0

Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, *18*(2), 20. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0

Rajkumari, B., Akham, N., Konjengbam, O. K., Pangambam, A. D., & Ningthoujam, S. D. (2022). Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors in Manipur: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *11*(5), 2139–2145. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1474_21

Rogers, J.P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T.A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M.S., Lewis, G., & David, A.S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

Rovatti, K.B., Teodoro, M. L. M., & Castro, E. K. (2012). Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in intensive care units*. Psicologia: Reflexão e Crítica, Vol* (25), páginas 499-505. https://www.scielo.br/j/prc/a/hjbgvKcrSHF3zm8FJR968Dd/?lang=en

Schmidt, B., Crepaldi, M.A., Bolze, S.D.A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L.M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* [online]. v. 37. https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063

Schou-Bredal, I., Bonsaksen, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Heir, T. (2022). A comparison between healthcare workers and non-healthcare workers' anxiety, depression and PTSD during the initial COVID -19 lockdown. *Public Health in Practice (Oxford, England)*, *3*, 100267. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100267

Serafim, A. P., Durães, R. S. S., Rocca, C. C. A., Gonçalves, P. D., Saffi, F., Cappellozza, A., Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., & Lotufo-Neto, F. (2021). Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS ONE*, *16*(2), e0245868. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245868

Shevlin, M., Hyland, P., & Karatzias, T. (2020). Is Posttraumatic Stress Disorder Meaningful in the Context of the COVID-19 Pandemic? A Response to Van Overmeire's Commentary on Karatzias et al. (2020). *Journal of Traumatic Stress*, *33*(5), 866–868. https://doi.org/10.1002/jts.22592

Silva, S. G. N. da, Carvalho, L. M., Braga, F. C. de S., Silveira, R., & Santos, O. S. (2023). The impacts of the coronavirus pandemic on the mental health of Brazilian diagnosed with COVID-19 and comparison of symptoms of depression, anxiety, insomnia, and post-traumatic stress with undiagnosed subjects. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1151253

Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery (London, England)*, *76*, 71–76. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034

Souza, A. C. M. de, Manoel, A. Z., Manoel, P. Z., Weiler, R. A., Kimura, R. N. Y., & Skare, T. L. (2021). Coronavirus disease 2019 pandemic and anxiety: A longitudinal study in 287 Brazilians. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *67*, 516–521. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20200881

Stavem, K., Heir, T., Dammen, T., Brønstad, E., Lerum, T. V., Durheim, M. T., Lund, K. M. A., Aarli, B. B., & Einvik, G. (2022). The course and determinants of post-traumatic

stress over 12 months after hospitalization for COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 931349. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.931349

Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., Maercker, A., Petukhova, M., Shahly, V., van Ommeren, M., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S., Karam, E. G., Kawakami, N., Matschinger, H., … Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depression and Anxiety*, *31*(6), 494–505. https://doi.org/10.1002/da.22279

Sujan, M. S. H., Tasnim, R., Haghighathoseini, A., Hasan, M. M., & Islam, M. S. (2023). Investigating posttraumatic stress disorder among COVID-19 recovered patients: A cross-sectional study. *Heliyon*, *9*(3), e14499. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14499

Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Jia, Y., Gu, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, N., & Liu, W. (2021). Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 123–129. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.050

Sun, L.-L., Wang, J., Wang, Y.-S., Pan, X., Luo, J., Liu, H., Jiang, Y.-R., Zhuang, X., Lin, L., Li, G.-C., Zhao, J.-W., Wang, W., Wang, Y.-J., Wang, Z.-H., Shan, H.-B., Chen, S.-S., Chen, J.-L., Xu, Z.-W., Bai, Y.-H., Huang, H, Xie, W.-F. (2022). 15-Month Health Outcomes and the Related Risk Factors of Hospitalized COVID-19 Patients From Onset: A Cohort Study. *Frontiers in Medicine*, *9*, 854788. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.854788

Tarsitani, L., Vassalini, P., Koukopoulos, A., Borrazzo, C., Alessi, F., Di Nicolantonio, C., Serra, R., Alessandri, F., Ceccarelli, G., Mastroianni, C. M., & d’Ettorre, G. (2021). Post-traumatic Stress Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(6), 1702–1707. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06731-7

Teixeira, P. J. Z., Porto, L., Kristensen, C. H., Santos, A. H., Menna-Barreto, S. S., & Prado-Lima, P. A. S. D. (2015). Post-traumatic Stress Symptoms and Exacerbations in COPD Patients. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *12*(1), 90–95. https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922063]

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Qual a diferença entre distanciamento físico, isolamento e quarentena? ([s.d.]). *TelessaúdeRS-UFRGS*. Recuperado 27 de janeiro de 2024, de https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-a-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/

Van Overmeire, R. (2020). The Methodological Problem of Identifying Criterion A Traumatic Events During the COVID-19 Era: A Commentary on Karatzias et al. (2020). *Journal of Traumatic Stress*, *33*(5), 864–865. https://doi.org/10.1002/jts.22594

Vignola, R.C.B. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil*. 80f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Recuperado de: https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48328

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, *89*, 531–542. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048

Yuan, K., Gong, Y.-M., Liu, L., Sun, Y.-K., Tian, S.-S., Wang, Y.-J., Zhong, Y., Zhang, A.-Y., Su, S.-Z., Liu, X.-X., Zhang, Y.-X., Lin, X., Shi, L., Yan, W., Fazel, S., Vitiello, M. V., Bryant, R. A., Zhou, X.-Y., Ran, M.-S., … Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: A meta-analysis and systematic review. *Molecular Psychiatry*, *26*(9), 4982–4998. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x

ANEXOS

ANEXO 1 – Critérios diagnósticos do TEPT segundo o DSM-5-TR:

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

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido a outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

Critério B: Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático. Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.) Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Critério C: Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

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

Critério D: Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).
3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Critério E: Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.

5. Problemas de concentração.

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

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

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O(A) sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Sintomas de transtorno de estresse pós-traumático pós Covid-19 em pessoas atendidas em um ambulatório do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte - Minas Gerais” conduzida pela pesquisadora responsável Samantha Alves Pereira de Souza, sob orientação da Profa. Pricila Cristina Correa Ribeiro, no Programa de Pós Graduação de Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa assegurar seus direitos como participante. Por favor, leia com atenção e em caso de dúvida faça contato com as pesquisadoras. Os contatos da equipe de pesquisa estão disponíveis na última página deste documento.

O objetivo da pesquisa é identificar e avaliar a presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em pessoas que tiveram Covid-19 sintomática. Caso concorde em participar, o sr(a) responderá algumas perguntas sobre como vem se sentindo desde o diagnóstico de Covid-19. Estas perguntas são baseadas nos sintomas do TEPT. O tempo para responder ao questionário será de aproximadamente quinze minutos.

O(A) sr(a) não terá qualquer despesa e não receberá remuneração pela participação na pesquisa. Os riscos, durante o preenchimento do questionário, incluem a possibilidade de sentir algum incômodo ou emoções negativas ao responder sobre situações ou lembranças desagradáveis; ou desconfortos pelo tempo gasto. A equipe de pesquisa está treinada para realizar o acolhimento e poderá auxiliar o sr(a) no caso de ocorrer algum destes incômodos. Além disso, diante de qualquer incômodo ou desconforto o(a) sr(a) poderá interromper e retomar, se quiser, o questionário a qualquer momento. Sua colaboração é voluntária e poderá desistir de participar a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo.

O questionário também pode levar a pensar sobre suas condições de vida e de saúde, e a partir disto o sr(a) poderá perceber que necessita de alguma ajuda profissional. Caso sinta necessidade, poderá procurar ajuda profissional na rede de serviço de saúde da sua cidade ou podemos auxiliá-lo(a) na busca por outras

instituições que podem ajudar, bastando que você faça contato com as pesquisadoras.

Os benefícios diretos da participação no estudo consistem em receber uma avaliação da presença de sintomas de TEPT. O seu resultado nesta avaliação será informado ao(à) sr(a) e, em caso de necessidade, será indicado locais para tratamento. Além disso, indiretamente o estudo contribuirá para o avanço do conhecimento sobre o TEPT em pessoas que tiveram Covid-19. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, terá direito a solicitar indenização, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os dados serão guardados na sala da pesquisadora responsável, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, por um período de cinco anos após o término do estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição e o(a) sr(a) pode solicitá-los quando quiser fazendo contato com as pesquisadoras. Firmamos o compromisso de que os seus dados serão utilizados, apenas, para fins de pesquisa e serão divulgados em eventos e periódicos científicos de forma coletiva, não permitindo a identificação individual de cada participante. Assim, o seu anonimato está garantidoEm caso de dúvida, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores:

- Pricila Cristina Correa Ribeiro. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte - MG, 31270-90. Telefone: (31)3409- 6264. E-mail: pricilaribeiro@ufmg.br.
- Samantha Alves Pereira de Souza. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, do Departamento de Psicologia da UFMG. Telefone: (31)98543-5300. E-mail: samantha.psi@yahoo.com.

Em caso de dúvidas éticas, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Pampulha - Belo Horizonte/MG ou pelo telefone (31) 3409-4592 ou e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Este documento é emitido em duas vias, uma fica com o(a) sr(a) *e a outra com as pesquisadoras. Para os participantes que responderem a entrevista por*

telefone, uma via deste documento será enviada por e-mail ou correio, bastando fornecer ao pesquisador o endereço para o qual deve ser enviado o documento.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Samantha Alves Pereira de Souza
Pesquisadora

Pricila Cristina Correa Ribeiro
Pesquisadora

Se estiver de acordo, por favor, assinale a declaração abaixo* e rubrique no espaço indicado na página anterior.

☐ Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordo em participar da pesquisa.

Data: _____ _____

Assinatura do participante da pesquisa

*Se o(a) sr(a) estiver *sendo convidado para responder por telefone, a sua assinatura será substituídapor sua declaração, apenas verbal, de que este TCLE foi lido para o(a) sr(a), antes de iniciar a entrevista, e de que concorda em participar da pesquisa.*

ANEXO 3 - Questionário

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____

1) Nome completo_____
2) Telefone: (__) _____E-mail: _____

3) Cidade de residência:_____
4) Sexo:
   ( ) Feminino
   ( ) Masculino
   ( ) Outro_____
   ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)
5) Data de nascimento: _____ Idade: _____
6) Qual o seu estado civil?
   ( ) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
   ( ) Solteiro (a)
   ( ) Divorciado (a) / Separado (a)
   ( ) Viúvo (a)
   ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)
7) Até que ano da escola estudou?
   ( ) Nunca foi à escola (não concluiu a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
   ( ) Curso de alfabetização de adultos
   ( ) Analfabeto (a)
   ( ) Ensino fundamental incompleto
   ( ) Ensino fundamental completo
   ( ) Ensino médio incompleto
   ( ) Ensino médio completo
   ( ) Ensino superior incompleto
   ( ) Ensino superior completo
   ( ) Pós-graduação incompleta
   ( ) Pós-graduação completa
   ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)
8) Qual sua cor ou raça?
   ( ) Branca
   ( ) Preta
   ( ) Parda
   ( ) Indígena
   ( ) Amarela
   ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

9) Trabalha atualmente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

Se sim, qual é a ocupação? _____

10) Você é trabalhador de saúde? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual função? Há quanto

tempo?_____

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

11) Qual é a sua renda familiar mensal bruta (valor total das pessoas que moram com você em salários mínimos)?
( ) Até 1 salário ( ) De 1 a 2 salários ( ) De 2,1 a 3 salários ( ) De 3,1 a 5 salários ( ) De 5,1 a 7 salários ( ) A partir de 7 salários ( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

12) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você?_____

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

13) Você já tinha doença(s) física(s) anterior(es) à Covid-19? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is)? Há quanto tempo?

_____

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

14) Você já tinha alguma doença/transtorno(s) mental(is) anterior(es) à Covid-19 diagnosticado por algum profissional? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is)? Há quanto tempo?

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

15) Você perdeu alguém próximo na pandemia (falecimento)? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quem? Quando? Qual a causa do falecimento?

_____
__

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

16)Quando você teve o diagnóstico de Covid-19? (mês/ano)

_____
__

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

17)Você necessitou de internação hospitalar devido à Covid-19 (precisou passar pelo menos uma noite em uma unidade de saúde em acompanhamento)?

( ) Sim ( ) Não

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

18)Se sim, durante quanto tempo?_____

Necessitou de ventilação mecânica? ( ) sim ( ) não
Qual tipo? ( ) invasiva ( ) não invasiva

Durante quanto tempo?_____

( ) Não sabe informar (NS) ( ) Não Respondeu (NR)

19) Você já recebeu vacina contra a Covid-19 ? Quando (antes ou depois da contaminação)? Quantas doses?

20) Já faz (ou já fez) acompanhamento professional em saúde mental (psicoterapia e/ou medicação psiquiátrica)?

Questão aberta aplicada após a aplicação das escalas: Considerando os problemas relatados, acredita que eles atrapalham as suas atividades diárias? Como?

ANEXO 4 - PCL-5 sem critério A

Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante como apresentar o diagnóstico de Covid-19 durante a pandemia. Por favor, ouça cuidadosamente cada problema e então fale um dos números para indicar o quanto você tem sido incomodado por este problema no último mês.

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Modera-damente	Muito	Extrema-mente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares,	0	1	2	3	4

conversas, atividades, objetos ou situações)?					
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: "Eu sou ruim", "existe algo seriamente errado comigo", "ninguém é confiável", "o mundo todo é perigoso")?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4

17. Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

ANEXO 5 - DASS-21

Por favor, ouça cuidadosamente cada uma das afirmações e me fale o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quando ela se aplicou a você durante a última semana, conforme indicação a seguir:

0 - Não se aplicou de maneira alguma
1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
3 - Aplicou-se muito, ou na maior parte do tempo

1- Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2 – Senti minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 – Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5- Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6 – Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8 – Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9- Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo	0	1	2	3
10 – Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11- Senti-me agitado	0	1	2	3
12 – Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me depressivo e sem ânimo	0	1	2	3
14 – Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15- Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3

16 – Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18 – Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19- Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20 – Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO 6 - LEC-5

A lista a seguir apresenta uma série de eventos difíceis ou traumatizantes que podem acontecer com as pessoas. Para cada evento marque uma ou mais opções para indicar se: (a) o evento *aconteceu diretamente com você*; (1) você *presenciou o evento* acontecer com outra pessoa; (2) você *ficou sabendo* que o evento aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo; (3) você foi exposto ao evento como *parte do seu trabalho* (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista); (4) você *não tem certeza* se o evento se encaixa nas opções anteriores; ou (5) *não se aplica* a você.

Certifique-se de considerar a sua *vida inteira* (desde a infância até a idade adulta) ao responder a lista de eventos.

Evento	***Aconteceu comigo***	***Presenciei***	***Fiquei sabendo***	***Parte do meu trabalho***	***Não tenho certeza***	***Não se aplica***
1.Desastre natural (por exemplo, enchente, deslizamento de terra, desabamento).	0	1	2	3	4	5
2. Incêndio ou explosão.	0	1	2	3	4	5
3. Acidente com meio de transporte (por exemplo, acidente de carro, barco, trem, avião).	0	1	2	3	4	5
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade de lazer.	0	1	2	3	4	5
5. Exposição à substância tóxica (por exemplo, produtos químicos perigosos, radiação).	0	1	2	3	4	5
6. Agressão física (por exemplo, ser atacado fisicamente, apanhar, levar tapas, ser chutado, ser espancado).	0	1	2	3	4	5
7. Agressão com arma (por exemplo, levar um tiro, ser esfaqueado, ser ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).	0	1	2	3	4	5
8. Agressão sexual (estupro, tentativa de estupro, ser obrigado a fazer qualquer tipo de ato sexual à força ou sob ameaça de agressão).	0	1	2	3	4	5
9. Outras experiências sexuais indesejadas ou não consentidas.	0	1	2	3	4	5
10. Combate ou exposição a uma área de guerra ou de conflitos urbanos violentos (como militar ou como civil).	0	1	2	3	4	5

11. Ser mantido em cativeiro (por exemplo, ser raptado, sequestrado, ser mantido como refém ou prisioneiro de guerra).	0	1	2	3	4	5
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de morte.	0	1	2	3	4	5
13. Experiência de sofrimento físico grave ou intenso.	0	1	2	3	4	5
14. Morte violenta inesperada (por exemplo, homicídio, suicídio).	0	1	2	3	4	5
15. Morte acidental inesperada.	0	1	2	3	4	5
16. Lesão grave, ferimento ou morte que você causou a alguém.	0	1	2	3	4	5
17. Qualquer outro evento ou experiência muito traumatizante.	0	1	2	3	4	5

PARTE 2:
A. Se você marcou a questão 17 da PARTE 1, cite brevemente o evento em que você estava pensando:

_____

B. Se você vivenciou mais de um dentre os eventos listados na PARTE 1, pense sobre aquele que você considera o pior evento, ou seja, o evento que mais lhe incomoda atualmente. Se você vivenciou apenas um dos eventos descritos na PARTE 1, considere-o como sendo o pior evento. Por favor, responda às perguntas a seguir pensando no pior evento que você já vivenciou (marque todas as opções que se aplicam):
1. Descreva resumidamente o pior evento (por exemplo, o que aconteceu, quem estava envolvido, etc)

_____
_____

2. Há quanto tempo o evento aconteceu? _____ (Por favor, calcule o tempo aproximado se você não tiver certeza)
3. Como você vivenciou o evento?
a) *Aconteceu diretamente comigo*
b) *Eu presenciei o evento*
c) *Eu fiquei sabendo que este evento aconteceu com um membro próximo da minha família ou um amigo próximo*
d) *Eu fui repetidamente exposto a detalhes do evento como parte do meu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista)*
e) *Outro, por favor, descreva:* _____
4. A vida de alguém estava em perigo?
a) Sim, a minha vida
b) Sim, a vida de outra pessoa
c) Não
5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?
a) Sim, eu fiquei gravemente ferido
b) Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu

c) Não

6. O evento envolveu violência sexual? a) *Sim* b) *Não*

7. Se o evento envolveu a morte de um membro próximo da sua família ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de acidente ou violência, ou foi devido a causas naturais?

a) Acidente ou violência

b) Causas naturais

c) Não se aplica (o evento não envolveu a morte de um membro próximo da minha família ou amigo próximo)

8. Quantas vezes você vivenciou um evento semelhante tão traumatizante ou quase tão traumatizante quanto o pior evento descrito?

a) Apenas uma vez

b) Mais de uma vez (por favor, calcule aproximadamente o total de vezes que você teve essa experiência: ____vezes)