



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA  
CURSO DE BACHARELADO DE MEDICINA**

**Sumayla Gabrielle Nascimento da Silva**

**OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS NA SAÚDE  
MENTAL DE BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM COVID-19:  
COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE,  
INSÔNIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COM  
INDIVÍDUOS NÃO DIAGNOSTICADOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de Medicina da  
UFPA, Campus de Altamira, como requisito  
parcial para a obtenção de grau de  
Bacharelado em Medicina.**

**Orientador(a): Profa. Dra. Ozélia Sousa  
Santos**

**ALTAMIRA**

**2023**

**SUMAYLA GABRIELLE NASCIMENTO DA SILVA**

**OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS NA SAÚDE MENTAL DE BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM COVID-19: COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE, INSÔNIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COM INDIVÍDUOS NÃO DIAGNOSTICADOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de Altamira, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.**

**Orientador(a): Profa. Dra. Ozélia Sousa Santos**

**ALTAMIRA**

**2023**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**

**Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

N244i Nascimento Da Silva, Sumayla Gabrielle.  
Os impactos da pandemia de coronavírus na saúde mental de brasileiros diagnosticados com COVID-19 : Comparação dos sintomas de depressão, ansiedade, insônia e transtorno de estresse pós-traumático com indivíduos não diagnosticados / Sumayla Gabrielle Nascimento Da Silva, . — 2023.  
58 f. : il.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Ozélia Sousa Santos Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de Medicina, Altamira, 2023.

1. Saúde mental. 2. COVID-19. 3. Sobreviventes. 4. Ansiedade. 5. Depressão. I. Título.

CDD 341.64098

---

**Sumayla Gabrielle Nascimento da Silva**

**OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS NA SAÚDE MENTAL DE BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM COVID-19: COMPARAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE, INSÔNIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COM INDIVÍDUOS NÃO DIAGNOSTICADOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharelado em Medicina pela Universidade Federal do Pará**

**Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Conceito:**

**Banca Examinadora**

---

**Orientadora**

---

**Nome/Instituição**

---

**Nome/Instituição**

A todos aqueles que respeitaram e estiveram ao meu lado nos momentos felizes e tristes durante a jornada no curso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente à minha orientadora – Profa. Dra. Ozélia Sousa Santos – que, ao longo de toda a pesquisa, foi essencial para que a ideia deste projeto saísse do papel e resultasse em bons frutos tanto para a minha experiência como acadêmica da UFPA – campus Altamira quanto para a sociedade que deve usufruir dos resultados produzidos dentro do meio acadêmico principalmente de um tema que possui atualmente uma grande relevância.

Ademais, também desejo expressar minha eterna gratidão ao Prof. Dr. Rodrigo Silveira, da Universidade de São Paulo (USP), que auxiliou imensamente na estatística deste estudo, realizando brilhantemente seu trabalho e meus colegas Lucas Mendes Carvalho e Fernando Cesar de Souza Braga, os quais em todos os encontros, reuniões e mensagens concretizaram o verdadeiro significado de trabalho coletivo.

## RESUMO

Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de sobreviventes são pouco conhecidos, principalmente no que diz respeito à ocorrência de problemas psicológicos como os transtornos como depressão e ansiedade. Neste estudo, avaliamos os impactos sobre a saúde mental de sobreviventes brasileiros não infectados ou assintomáticos pela COVID-19. Trata-se de um estudo transversal coletando informações por meio de formulário eletrônico de janeiro a maio de 2021. A amostra foi composta por 1.334 pessoas e foram divididos em dois grupos: caso – com indivíduos que relataram um diagnóstico positivo da doença, com ou sem sintomas – e controle – que relataram não ter sido diagnosticados com COVID-19 e não apresentaram nenhum sintoma durante o período de coleta. Os Instrumentos validados utilizados para investigar sintomas de depressão (Questionário de Saúde do Paciente), ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada-7), transtorno de estresse pós-traumático (Checklist de Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e insônia (Índice de Gravidade da Insônia). Os dados foram apresentados como desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis. O teste qui-quadrado foi aplicado para significância estatística entre variáveis categóricas, considerando um  $p < 0,05$ . Em relação aos níveis de estresse pós-traumático, os grupos caso e controle não apresentaram diferenças ( $p = 0,82$ ). Os resultados da pesquisa indicaram que não houve uma correlação estatística entre o grupo que foi afetado pelo vírus e o grupo que não foi afetado pelo vírus em termos de depressão ( $p = 0,9$ ) e ansiedade ( $p = 0,7$ ). Enquanto isso, os níveis de insônia ( $p = 0,02$ ) demonstraram uma correlação estatística entre os grupos. A prevalência do transtorno mental analisando distúrbios de saúde foi semelhante entre os dois grupos. Em conclusão, a população de sobreviventes da infecção por COVID-19 tende a mostrar pouca diferença em termos de desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão quando comparados a indivíduos não infectados. Por outro lado, distúrbios como a insônia são mais prevalentes e apresentam uma diferença significativa entre os grupos, aparecendo mais em indivíduos infectados.

**Palavras-chave: saúde mental, COVID-19, sobreviventes, ansiedade, depressão.**

## ABSTRACT

The impacts of the COVID-19 pandemic on the mental health of survivors are little known, especially regarding the occurrence of psychological disorders such as anxiety and depression. In this study, we evaluated the impacts on the mental health of Brazilian survivors who were not infected or asymptomatic with COVID-19. A cross-sectional study was conducted collecting information through an electronic form from January to May 2021. The sample consisted of 1,334 people and were divided into two groups: case, with individuals who reported a positive diagnosis of the disease, with or without symptoms, and control, who reported not being diagnosed with COVID-19 and did not present any symptoms during the collection period. Validated instruments were used to investigate symptoms of depression (Patient Health Questionnaire), anxiety (Generalized Anxiety Disorder-7), post-traumatic stress disorder (Post Traumatic Stress Disorder Checklist) and insomnia (Insomnia Severity Index). The data were presented as standard deviation or median and interquartile ranges. The chi-square test was applied for statistical significance between categorical variables, considering a  $p < 0.05$ . Regarding post-traumatic stress levels, the case and control groups showed no differences ( $p = 0.82$ ). The results of the research indicated that was no statistical correlation between the group that was affected by the virus infection and the group that was not affected in terms of depression ( $p = 0.9$ ) and anxiety ( $p = 0.7$ ). At the same time, the levels of insomnia ( $p = 0.02$ ) demonstrated a statistical correlation between the groups. The prevalence of the analyzed mental health disorders was similar among both groups. In conclusion, the population of survivors of COVID-19 infection tends to show little difference in terms of developing post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression when compared to uninfected individuals. On the other hand, disorders such as insomnia are more prevalent and show a significant difference between groups, appearing more in infected individuals.

**Keywords: mental health, COVID-19, survivors, anxiety, depression.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
3.1. GERAL .....	14
3.2. ESPECÍFICOS .....	14
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
4.1. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DEPRESSÃO .....	15
4.2. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA ANSIEDADE .....	15
4.3. SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM SOBREVIVENTES DA COVID-19.....	16
4.4. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) .....	17
4.5. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM SOBREVIVENTES DA COVID-19.....	18
4.6. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INSÔNIA .....	19
4.7. PROBLEMAS DE SONO E INSÔNIA EM SOBREVIVENTES DA COVID-19.....	19
<b>5. METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
5.1. TIPO DE PESQUISA.....	21
5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	21
5.3. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	22
<b>5.3.1. Riscos</b> .....	<b>23</b>
<b>5.3.2. Benefícios</b> .....	<b>24</b>
5.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
<b>5.4.1. Avaliação da Depressão</b> .....	<b>25</b>
<b>5.4.2. Avaliação dos níveis de Ansiedade</b> .....	<b>25</b>
<b>5.4.3. Avaliação dos níveis de Estresse Pós-Traumático</b> .....	<b>26</b>
<b>5.4.4. Avaliação da Insônia</b> .....	<b>26</b>
<b>5.4.5. Problemas ou distúrbios anteriores à infecção por COVID-19</b> .....	<b>26</b>
<b>5.4.6. Manejo de tratamento da COVID-19</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4.7. Acesso à serviços de saúde mental</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4.8. Exposição a outros eventos traumatizantes</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4.9. Estigmatização por parte de familiares, amigos e/ou sociedade em geral</b>	<b>27</b>
<b>5.4.10. Estratégias de enfrentamento</b> .....	<b>28</b>

<b>5.4.11. Avaliação da Escala de Progressão Clínica da Covid-19 .....</b>	<b>28</b>
<b>5.5. ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b></b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um novo betacoronavírus, o SARS-CoV-2, foi descoberto na cidade de Wuhan, China. As manifestações clínicas são pneumonia, febre, tosse, infiltração pulmonar, dispneia com ocorrência de mialgias e alterações de paladar e olfato (CDC, 2020). No Brasil, os desafios trazidos pela COVID-19 estão associados à alta incidência de casos, à ampla distribuição geográfica do vírus e à consequente circulação de variantes. O quadro geral da doença apresentava uma elevada mortalidade, resultando em esforços de acesso a serviços e centros de saúde especializados com qualidade de atendimento, vigilância epidemiológica eficiente e táticas de controle da propagação viral (OLIVEIRA, et al; 2022).

Desde o início da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, alguns estudos já demonstraram que o contexto social – de problemas de saúde mental – sofreu uma grande mudança. Muitos casos auto-relatados demonstraram um aumento significativo de doenças como depressão e ansiedade (GUO, et al; 2020). As percepções do estresse são individuais e subjetivas, o que significa que afetam de diferentes maneiras um determinado grupo de pessoas, mesmo que unidas por uma situação semelhante. No caso dos sobreviventes de uma epidemia, uma das comorbidades mais recorrentes está relacionada aos transtornos psiquiátricos, com destaque para os transtornos de humor como depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (LIU, et al, 2012).

Em um estudo realizado por Wang et al. na China com 1.200 participantes, foi analisado o impacto psicológico da COVID-19 durante as primeiras semanas no país. Nesta pesquisa, a escala DASS 21 foi utilizada para medir os níveis de depressão, estresse e ansiedade nos voluntários. Os resultados mostraram que 651 voluntários da pesquisa (53,8%) relataram impacto psicológico moderado ou grave, em comparação com 24,5% que relataram impacto psicológico mínimo. Ainda, 16,5% foram considerados, pelo escore, com depressão moderada, grave ou extremamente grave. Além disso, 28,8% atestaram ansiedade moderada ou grave e 32,2% algum nível de estresse.

Em relação às alterações na qualidade do sono durante a pandemia de COVID-19, Barros et al. em seu estudo com dados da “ConVid – Pesquisa de Comportamentos”, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, analisaram que

37,1% dos voluntários do sexo masculino passaram a ter problemas de sono durante a pandemia, enquanto esse número foi de 49,8% nas mulheres . Além disso, um número maior de mulheres apresentou agravamento considerável dos problemas anteriores relacionados ao sono durante a pandemia.

A relação direta – ou indireta – entre a infecção por COVID-19, durante a pandemia, e os transtornos psiquiátricos é um elo que demonstra as diversas consequências que tais períodos podem causar nos indivíduos de uma população. Uma pandemia não traz apenas efeitos relacionados à saúde física ou relacionados à fisiopatologia de determinado vírus ou bactéria, mas também uma cadeia de repercussões sociais, culturais e econômicas que interferem significativamente no aumento da ocorrência de transtornos como depressão, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático e insônia (LUI, et al, 2012). O aumento desses transtornos, na atualidade, significa também aumento da dependência de medicamentos, da estigmatização e da diminuição da qualidade de vida desses indivíduos em diversas esferas sociais, como família, amigos e trabalho, o que prejudica – individual ou coletivamente – todo um sistema de retroalimentação que gera mais sofrimento psíquico e adoecimento, bem como a modificação do contexto socioambiental e seus determinantes de saúde. Além disso, a pandemia da COVID-19 e todas as suas consequências mostraram um quadro completo de como as instituições e as políticas públicas podem atuar em caso de pandemias e epidemias no futuro, dada a possibilidade de novos episódios ocorrerem ainda neste século (CDC, 2020).

## **2. JUSTIFICATIVA**

De acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Brasil possui cerca de mais de 38 milhões de casos confirmados de COVID-19 acumulados desde o início da pandemia de coronavírus com mais de 700 mil óbitos acumulados. Tais índices comprovam a relevância do território brasileiro no que consiste à gravidade da infecção do vírus nos indivíduos e, principalmente, nas consequências deixadas aos que foram diretamente e indiretamente afetados pela doença (BRASIL; 2023). Conforme o mapa, organizado pela Universidade John Hopkins – no início da transmissão do vírus –, focado na distribuição do vírus ao redor do mundo, o Brasil encontra-se entre os dez países com maior número de casos e mortes no curso da pandemia (HOPKINS, University of Medicine John; 2023).

Embora muitos estudos tenham investigado o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de diferentes grupos sociais ao redor do mundo, poucos estudos demonstraram os impactos na saúde mental de pacientes que sobreviveram à pandemia. Por isso, ainda é urgente que mais trabalhos sejam realizados para analisar os impactos anteriores, de curto, médio e longo prazo, no panorama total da população brasileira, que foi – e continua – sendo extremamente afetada pelas mudanças biológicas, sociais e econômicas da pandemia. O Brasil é um país de grande extensão territorial, com uma vasta diversidade de regiões que diferem em cultura, condições socioeconômicas e recursos de saúde (IBGE, 2021). Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a experiência da infecção por coronavírus e a saúde mental entre pessoas que sobreviveram à infecção por COVID-19 em diferentes regiões do Brasil em termos de depressão, ansiedade, insônia e transtorno de estresse pós-traumático.

### **3. OBJETIVOS**

#### **a. GERAL**

Verificar e analisar a existência de possíveis impactos psicológicos e problemas psiquiátricos em pacientes sobreviventes diagnosticados com COVID-19 no Brasil.

#### **b. ESPECÍFICOS**

Verificar a existência de sintomas depressivos, ansiosos e de TEPT em indivíduos sobreviventes diagnosticados com COVID-19;

Examinar o índice de insônia em indivíduos sobreviventes diagnosticados com COVID-19;

Analisar as relações existentes entre os processos psicopatológicos e acontecimentos traumatizantes anteriores à pandemia;

Comparar os impactos mentais entre pacientes que possuíram sintomas leves e quadros mais graves da doença;

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DEPRESSÃO

A depressão pode ser definida como um problema de saúde pública caracterizado por um estado afetivo de tristeza patológico que prejudica visivelmente os âmbitos sociais do indivíduo como a família, os amigos e o trabalho (PASTORI, 2020).

As manifestações clínicas da depressão são definidas como o humor triste ou deprimido, autodesvalorização, sentimento de culpa, incapacidade de sentir prazer em situações ou atividades que anteriormente eram prazerosas, pensamentos de morte, tentativas de suicídio, retardo psicomotor, lentificação do pensamento, problemas de memória, insônia ou sonolência, problemas de apetite e redução do interesse sexual. Além disso, algumas dores e sintomas difusos podem apresentar-se em alguns casos como cansaço, mal-estar, queixas digestivas, dores no peito, taquicardia e sudorese (BRASIL, 2023).

### 4.2. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA ANSIEDADE

A ansiedade é uma reação autonômica fisiológica do ser humano que pode ser determinada como um estado de inquietação e preocupação com um evento futuro que podem ocorrer em certas situações (OLIVEIRA, 2020). Isso pode se tornar patológico a partir do momento em que isso afeta negativamente na vida das pessoas, com consequências negativas que acarretam em prejuízos sociais para um indivíduo (CASTILLO, et al; 2020).

Os sinais e sintomas clínicos da ansiedade podem ser divididos em sintomas físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais (FALCÃO, et al; 2020). Os sintomas físicos podem ser caracterizados pela taquicardia, dispneia, palpitações, vertigem, tontura, sudorese, dor ou pressão no peito, entre outros. Já os sintomas cognitivos podem ser delineados como a incapacidade de enfrentar determinadas situações, medo de algum dano físico ou da morte, pensamentos ou imagem assustadoras, percepções de irrealidade, e muitos outros. Para sintomas emocionais podem ser citados irritabilidade, impaciência e frustração e sintomas

comportamentais são atitudes de fuga, busca por um lugar seguro, agitação, hiperventilação e imobilidade (SOUSA, LACERDA; 2023).

#### 4.3. SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM SOBREVIVENTES DA COVID-19

Os índices e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, segundo pesquisas, aumentaram durante a pandemia em comparação com anos anteriores (CZEISLER, et al; 2020). A solidão e os sentimentos de distanciamento social e de relações reais foram sintomas que aumentaram a ocorrência de doenças e comorbidades sintomáticas tais como hipertensão, depressão, declínios cognitivos, ansiedade e estresse – principalmente em indivíduos mais velhos – em comparação com seus familiares ou a população em geral (HAN, et al; 2021; KILLGORE, et al; 2020).

Um estudo prospectivo multicêntrico analisou pacientes sobreviventes da infecção por COVID-19 que passaram por internação em UTI's e observou que 26,2% dos participantes possuíam algum grau de problemas de saúde mental (HEESAKKERS, et al; 2022). Em um estudo realizado por Wang et al na China com 1.200 participantes, foi analisado o impacto psicológico da COVID-19 durante as primeiras semanas no país durante a pandemia. Nesta pesquisa, a escala DASS 21 foi utilizada para medir os níveis de depressão, estresse e ansiedade nos voluntários. Os resultados mostraram que 651 voluntários da pesquisa (53,8%) relataram impacto psicológico moderado ou grave, em comparação com 24,5% que relataram impacto psicológico mínimo. Ainda, 16,5% foram considerados, por meio do escore, com depressão moderada, grave ou extremamente grave. Além disso, 28,8% atestam ansiedade moderada ou grave e 32,2% algum nível de estresse. Outro estudo de metanálise comprovou que sobreviventes da COVID-19 saíram, ao final do período pandêmico, com uma prevalência de 45% de depressão e 47% de ansiedade (DENG, et al; 2021).

Da mesma forma, Reagu et al. (2021), em seu estudo sobre uma população em isolamento e quarentena institucional no Catar relataram que os participantes com testes positivos de PCR para COVID-19 apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão e ansiedade do que participantes com testes negativos. Outros estudos associaram a gravidade clínica da doença a uma maior gravidade dos transtornos psiquiátricos. Por exemplo, em um estudo

realizado na China em uma população geral de 432 sobreviventes, verificou-se que a prevalência de transtorno de ansiedade era de 29%. No entanto, para sobreviventes com COVID-19 mais grave, a prevalência de transtorno de ansiedade foi até quatro vezes maior do que na população geral do estudo (ZHU, et al; 2020). Já segundo Hajebi, et al. (2022) um estudo com foco em uma análise da saúde mental dos profissionais de saúde no Irã foi possível encontrar que metade dos participantes tinha um transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno depressivo maior ou ambos os transtornos.

Contudo, outros estudos contestam os resultados observados e afirmam que o retraimento social, o próprio isolamento e o excesso de informações divulgadas pelas mídias sociais são suficientes para aumentar os sintomas psicológicos, podendo levar a depressão, ansiedade e pânico. Portanto, o evento pandêmico afeta indivíduos infectados e não infectados no que concerne aos problemas psicológicos da mesma forma (DUBEY, TRIPATHI; 2020).

#### 4.4. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

O transtorno de estresse pós-traumático é designado como um conjunto de lembranças recorrentes intrusivas pertencentes a um evento traumático estabelecido. Essas lembranças duram em um período de tempo maior que um mês e são engatilhadas a partir de seis meses do início ou do acontecimento do evento traumático (BARNHILL, 2020).

A sintomatologia e o diagnóstico do TEPT – que leva em consideração o conjunto de sintomas apresentados pelo paciente – é muito complexo. De acordo com o DSM-V, os critérios para a classificação do TEPT podem ser divididos em A, B, C, D, E, F, G e H. O critério A engloba vivências diretas de episódio ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. Já o critério B diz respeito ao aparecimento de sintomas intrusivos associados ao evento traumático vivenciado, com início após a sua ocorrência. No critério C, percebe-se a evitação de estímulos associados ao trauma. Para o critério D, são estabelecidas alterações negativas no humor e na função cognitiva do indivíduo que pioram após o evento citado. No que concerne ao critério E, as alterações são marcantes na excitação ou na reatividade do indivíduo. O critério F estabelece que todos os critérios anteriores

possuem duração de, no mínimo, um mês. Em relação ao critério G, caracteriza-se como o prejuízo social – seja de família, amigos, ambiente acadêmico ou de trabalho – que impacta na sua vida. Finalmente, o critério H fala da exclusão desses sintomas, atitudes e comportamentos associado à uma causa primária estabelecida como o álcool, medicamentos ou outra condição clínica (BRASIL, 2019).

#### 4.5. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM SOBREVIVENTES DA COVID-19

Além de depressão e ansiedade, a prevalência de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido amplamente descrita em uma proporção significativa de pacientes com COVID-19 (LIU, et al; 2021). Em um estudo realizado com adultos na China, o epicentro da pandemia do betacoronavírus, o TEPT foi apontado como o transtorno mais preocupante durante e após a pandemia, com prevalência de 30%. Indivíduos diagnosticados e não diagnosticados com COVID-19 relataram maior medo do risco de infecção e percepção negativa da situação, levando a maiores sintomas de TEPT (XU, et al; 2020).

É significativo e importante relatar que em alguns estudos da literatura envolvendo pacientes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19, a prevalência de TEPT chegou a 96,2% (VINDEGAARD, BENROS; 2020). Segundo alguns estudos, o TEPT aparece como diagnóstico provisório principalmente em pacientes internados durante a pandemia de COVID-19 (TARSITANI, et al; 2021).

Pode-se perceber esse achado em um estudo realizado durante a segunda onda da pandemia no Irã, envolvendo cerca de 1.800 participantes, a prevalência de TEPT foi significativamente maior em indivíduos hospitalizados e em grupos ambulatoriais recebendo tratamento para COVID-19 em comparação com a população em geral (HASANNEZHAD, et al; 2023). Além disso, um estudo no Reino Unido com mais de 13.000 participantes com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 constatou que os sintomas de TEPT eram desproporcionalmente maiores em pacientes que necessitaram de tratamento hospitalar (CHAMBERLAIN, et al; 2021). Outro estudo de Qian et al na China Continental observou níveis mais altos de TEPT, com ou sem depressão e

ansiedade, em pacientes sobreviventes de COVID-19 em comparação com indivíduos não infectados (GUO, et al; 2020). Portanto, é evidente que diversos estudos apontam para uma correlação entre transtorno de estresse pós-traumático e eventos potencialmente desestabilizadores da saúde mental, como uma pandemia.

#### 4.6. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INSÔNIA

A insônia é uma condição subjetiva caracterizada por um sono inadequado, relacionado à dificuldade de iniciar ou manter o sono, um despertar adiantado ou uma sensação de sono não restaurador. É um problema persistente que pode durar por mais de três meses e acarretar outros problemas como fadiga, alterações de humor, dificuldade de concentração (MESQUITA, et al; 2022).

As patologias relacionadas à insônia provocam uma série de prejuízos ao paciente em diversas camadas e aspectos de sua vida. A incapacidade de manutenção de concentração pode levar a uma perda de produtividade tanto acadêmica quanto do trabalho, que traz prejuízos significativos para as condições socioeconômicas de um indivíduo. O consumo aumentado de álcool e drogas e a redução da função imunológica podem levar a comorbidades cardiovasculares e (DARDER et al, 2021; HAYCOCK et al, 2021; KLINGMAN; SPREY, 2020).

#### 4.7. PROBLEMAS DE SONO E INSÔNIA EM SOBREVIVENTES DA COVID-19

Acerca de mudanças na qualidade do sono durante a pandemia de COVID-19, Barros et al em seu estudo com dados do “ConVid - Pesquisa de Comportamentos”, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, analisaram que 37,1% dos voluntários do sexo masculino passaram a tiveram problemas de sono durante a pandemia, enquanto esse número foi de 49,8% nas mulheres. Além disso, um número maior de mulheres apresentou piora dos problemas de sono anteriores durante a pandemia.

De acordo com Lin et al (2021), uma investigação sobre o impacto imediato do coronavírus sobre o estado subjetivo do sono – que avaliou mais de 5000 indivíduos na China divididos em grupos que variavam desde aqueles que tinham contato direto com o vírus, como profissionais da saúde, até pessoas relacionadas ao grupo que tinha contato direto, como amigos e familiares de trabalhadores da

linha de frente – relatou resultados compatíveis com consequências negativas. A insônia clínica foi detectada em 20,05% dos sujeitos estudados.

## 5. METODOLOGIA DA PESQUISA

### 5.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional transversal de caráter quantitativo e qualitativo realizado seguindo as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) através do levantamento de informações por meio de formulário eletrônico no período de janeiro a maio de 2021. Consiste em uma metodologia na qual se tem a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, que são representativas em uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa (BABBIE, et al., 2001).

### 5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O público alvo do presente estudo trata-se de indivíduos diagnosticados com COVID-19 – com ou sem a apresentação de sintomas – e indivíduos não diagnosticados com o vírus SARS-CoV-2 no Brasil. Os indivíduos da amostra foram divididos em dois grupos com características específicas para cada grupo. No grupo caso, serão agrupados os indivíduos que relataram um diagnóstico positivo para COVID-19, com ou sem a manifestação de sintomas. No grupo controle, serão agrupados os indivíduos que relataram não ter sido diagnosticados com COVID-19 e não apresentaram nenhum sintoma durante o período de coleta dos dados.

A amostra foi composta por 1.334 pessoas maiores de 18 anos ( $67,2 \pm 6,7$ ) residentes em território brasileiro. Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o software G\*Power 3.0.10 para simular todas as análises realizadas no presente estudo. Assim, o tamanho da amostra foi determinado pela análise que estimou o maior número de participantes, sendo um teste qui-quadrado com até 6 graus de liberdade, assumindo o tamanho de efeito intermediário, significância de  $p < 0,05$  e poder estatístico de 95. %. O tamanho amostral mínimo estimado foi  $n = 232$ . Contudo, esse tamanho amostral mínimo estimado foi aumentado em 90% para garantir uma melhor representação da população brasileira. Assim, com base na pluralidade cultural no conjunto de 27 estados brasileiros, o tamanho amostral mínimo estimado aumentou em 186 (~80%) com mais 22 (~10%) adicionais para possível perda amostral. Os critérios de inclusão para este estudo foram: residir

atualmente em território brasileiro; ter 18 anos ou mais; ter ou não sido diagnosticado com COVID-19; e ser capaz de responder todas as perguntas do questionário de forma coerente.

Os critérios de exclusão incluíram: residir fora do território nacional; ter menos de 18 anos; não responder a todas as questões do questionário; ou respondendo de forma incoerente às questões preparadas. A amostra foi composta por indivíduos com características específicas de cada grupo. No grupo caso, foram agrupados os indivíduos que relataram diagnóstico positivo de COVID-19, com ou sem manifestação de sintomas. No grupo controle foram agrupados os indivíduos que relataram não terem sido diagnosticados com COVID-19 e não apresentaram sintomas no período de coleta.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, do caráter opcional em participar e da necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) como preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos forneceram um consentimento informado eletronicamente antes do registro. A página de consentimento informado apresentou duas opções (aceito / não aceito). Somente os sujeitos que escolheram a opção “aceito” avançaram para a página do questionário, e os sujeitos poderiam sair do processo a qualquer momento.

### 5.3. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para a realização deste estudo foi utilizado um questionário estruturado. A fim de melhorar a qualidade das questões selecionadas, a qualidade da amostra, a compreensão do participante sobre as questões selecionadas e a viabilidade do questionário, foi realizado um questionário piloto. Este questionário foi aplicado a um pequeno grupo de participantes (n = 62) selecionados aleatoriamente da população-alvo do estudo e enviado por e-mail. Com base nos resultados obtidos, as questões e instruções foram ajustadas para ficarem mais claras, precisas e adequadas à amostra e ao objetivo do estudo. Os 62 participantes da amostra piloto não foram incluídos na análise final dos dados. O questionário final foi então aplicado a todos os participantes do estudo. A divulgação foi feita por e-mail e redes sociais. Para garantir a randomização da amostra foi empregada uma estratégia de recrutamento que envolveu a divulgação do convite do estudo por

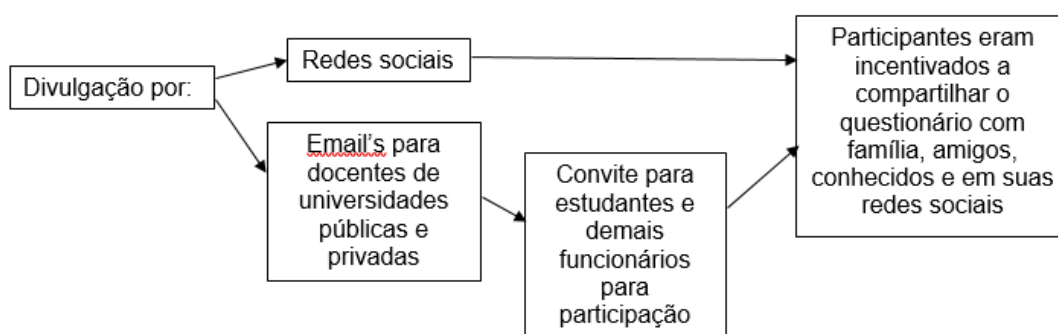
meio de mídias sociais e e-mails direcionados enviados a professores de universidades públicas e privadas. Os participantes foram incentivados a encaminhar o convite para outros potenciais participantes, como estudantes, familiares e amigos (Figura 1). Contudo, ressaltamos que a participação foi totalmente voluntária e que o encaminhamento do convite não era obrigatório. Fornecemos um feedback aos participantes sobre os componentes avaliados no questionário após seu preenchimento.

Os impactos da pandemia do novo coronavírus na saúde mental foram avaliados por meio de questões de múltipla escolha. Além de questões sobre a demografia geral, o questionário incluía perguntas sobre gestão do tratamento da COVID-19, sintomas depressivos, níveis de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sintomas de insônia, acesso a serviços de saúde, exposição prévia a eventos traumáticos, estigmatização por parte da família membros, amigos e/ou sociedade e estratégias de enfrentamento.

Para acompanhar os participantes da pesquisa foi oferecido acompanhamento, aconselhamento, orientação e atendimento especializado prestado por psiquiatras e estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará – Campus Altamira, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

FIGURA 1 – Método de divulgação do questionário

Fonte: Arquivo pessoal



### 5.3.1. Riscos

A vigente pesquisa poderia acarretar em alguns riscos para o participante dos quais podem ser citados o cansaço e provável impaciência no decorrer do questionário. Além disso, os questionamentos que foram analisados podem suscitar, em relação aos participantes, recordações e/ou sentimentos

desconfortáveis em relação a possíveis traumas passados ou situações estressantes vividas durante o período a ser retratado. Por essa razão o participante foi orientado a, caso sentisse algum tipo de desconforto ou constrangimento e sinta a necessidade, ele poderia interromper e desistir da realização das perguntas em qualquer momento do andamento da pesquisa, mesmo após o final do questionário. Considerando que nesta pesquisa foram utilizados instrumentos indicadores de Saúde Mental, um risco existente seria que o participante compreendesse o resultado de seu teste como um resultado diagnóstico, o que poderia acarretar em desconforto/gatilho psíquico. Assim, para evitar que o participante tivesse esse entendimento foi informado antes de começar a preencher o formulário e ao final do formulário que o mesmo não tem caráter diagnóstico, e, portanto, não deveria ser entendido como tal. Ao final da pesquisa o participante recebeu um indicativo das pontuações da testagem, com a informação de que se tratava de um instrumento de triagem, limitado, e que não substituíria a avaliação com profissional, portanto sem valor diagnóstico.

### 5.3.2. Benefícios

Com os dados coletados e analisados, espera-se ser possível estabelecer uma formação de conhecimento científico adquirido com esta pesquisa e, ainda mais, uma elaboração eficaz de políticas de enfrentamento para indivíduos afetados, de forma geral, com sofrimento psicológico após alta hospitalar por COVID-19, como direcionamento e aconselhamento quanto a melhores estratégias de enfrentamento e otimização da saúde mental. Os participantes contaram, com um relatório enviado ao final do estudo informando a análise de sua situação mental.

## 5.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização desta pesquisa, elaborou-se um questionário estruturado (Anexo 2.1.) em que será avaliado os impactos na saúde mental. O questionário é composto por questões de múltipla escolha, ou seja, são perguntas fechadas, uma vez que restringe a liberdade das respostas, abrangendo várias facetas do mesmo assunto. Além de dados demográficos gerais, por exemplo: sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade e presença ou ausência de religião; o questionário inclui perguntas acerca de distúrbios psiquiátricos ou problemas psicológicos anteriores, manejo de tratamento da Covid-19, sintomas depressivos,

níveis de ansiedade e de TEPT, sintomas de insônia, acesso a serviços de saúde, exposição anterior a eventos traumatizantes, estigmatização por parte de familiares, amigos e/ou a sociedade em geral e estratégias de enfrentamento ao problema.

#### 5.4.1. Avaliação da Depressão

Os sintomas depressivos foram medidos através do Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) (Anexo 2.2), extraído de FRAGUAS et al., 2006. Trata-se de um instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo, de acordo com os critérios do DSM-IV. A evidência de validade foi verificada por SPITZER, KROENKE e WILLIAMS (2000) e por KROENKE, SPITZER e WILLIAMS (2001) e a tradução para a língua portuguesa foi veiculada pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). No Brasil, DE LIMA OSÓRIO et al., (2009) constataram a evidência de validação. O instrumento reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor maior ou igual a 10 (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

#### 5.4.2. Avaliação dos níveis de Ansiedade

A presença de sintomas de ansiedade foi verificada através da Escala de GAD-7 (Anexo 2.3), instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade elaborado por SPITZER et al., 2006 e validado por MALEY, 2007, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A tradução para a língua portuguesa foi feita por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), com registro de evidência de validade no Brasil (MAPI RESEARCH INSTITUTE, 2006). É composta por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10 (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

#### 5.4.3. Avaliação dos níveis de Estresse Pós-Traumático

Para a avaliação, diagnóstico e monitoramento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi utilizado o Checklist do Transtorno de Estresse Pós-Traumático do DSM-5 – denominado PCL-5 – (anexo 2.4). Tal protocolo passou por uma elaboração e validação rígida tanto de um grupo de especialistas quanto da própria população (OSÓRIO, F. L. et al; 2017). A versão brasileira foi traduzida por OSÓRIO, F. L. et al; 2017. É composto por 20 itens dispostos em uma escala de cinco pontos: 0 (de modo nenhum) a 4 (extremamente). Cada item classificado como 2 (moderadamente) ou superior a esse é endossado como um sintoma e, posteriormente, segue-se a regra de diagnóstico do DSM-5. Os critérios do DSM-5 requerem pelo menos 1 item do critério B (perguntas 1 a 5), 1 item do critério C (perguntas 6 e 7), 2 itens do critério D (perguntas 8 a 14) e 2 itens do critério E (perguntas 15 a 20).

#### 5.4.4. Avaliação da Insônia

O Índice de Gravidade da Insônia (IGI) (Anexo 2.5) foi utilizado para medir a gravidade da insônia. Trata-se de um instrumento breve elaborado para avaliar a percepção da gravidade da insônia de acordo com os critérios da Academia Americana de Sono (AASM). Foi validado por BASTIEN; VALLIÈRES; MORIN, (2001), e teve sua validação revisada por BUYSSE et al., (2006) o qual indicou o IGI como um dos questionários essenciais para medir e reportar sintomas de insônia. No Brasil, foi validada por CASTRO (2011). Cada item é classificado em uma escala de 0 a 4 e a pontuação total varia de 0 a 28. Uma pontuação mais alta sugere sintomas de insônia mais graves. Um escore total  $\geq 8$  é considerado como apresentando sintomas de insônia (MORIN et al., 2011; ZHANG et al., 2020).

#### 5.4.5. Problemas ou distúrbios anteriores à infecção por COVID-19

A fim de determinar certa vulnerabilidade ou aumento da gravidade de casos pré-existent de transtornos psiquiátricos, o indivíduo foi averiguado no questionário com a seguinte pergunta: Possui algum(ns) problema(s) psicológico(s)/psiquiátrico(s) anterior(es) à infecção por Covid-19? (Se sim, indique qual/quais), com indicações de respostas “sim” ou “não” e, na possibilidade de afirmação de problemas anteriores, a identificação do problema apresentado (Anexo 2.1).

#### 5.4.6. Manejo de tratamento da COVID-19

Com o propósito de verificar a forma ou o manejo de tratamento de cada indivíduo entrevistado foi realizada a seguinte pergunta “Como foi realizado seu tratamento contra a Covid-19?” com respostas: “Na própria residência” para pacientes que receberam auxílio médico domiciliar e “Internado” para pacientes que necessitaram de leitos em unidades ou centros de referência da Covid-19 em cada município. Para casos de respostas “Internado”, será solicitado o local de internação onde o indivíduo recebeu tratamento (Anexo 2.1).

#### 5.4.7. Acesso à serviços de saúde mental

Para determinar o acesso a serviços de assistência psicológica/psiquiátrica e métodos de enfrentamento utilizados individualmente pelos entrevistados, foram inseridas no questionário as seguintes perguntas: Você possui acesso a serviços de assistência psicológica e/ou psiquiátrica? (Se sim, indique qual/quais), com indicações de respostas “sim” ou “não” e, com a condicionalidade de resposta afirmativa, indicar qual/quais serviços são utilizados: assistência pessoal com psicólogo/psiquiatra, participação em Grupos Coletivos de assistência psicológica, diálogo com parentes e/ou amigos próximos ou outro e qual (Anexo 2.1).

#### 5.4.8. Exposição a outros eventos traumatizantes

Os entrevistados foram questionados quanto a exposição a outros eventos potencialmente traumatizantes por meio das perguntas: Você já foi exposto a algum evento potencialmente traumatizante não relacionado à Covid-19, como um acidente grave ou presenciar a morte de uma pessoa próxima a você, antes da pandemia? Já foi exposto ao mesmo tipo de evento durante, ou após, a pandemia da Covid-19? A resposta para cada pergunta será sim ou não (Anexo 2.1).

#### 5.4.9. Estigmatização por parte de familiares, amigos e/ou sociedade em geral

Na análise do processo de estigmatização, os entrevistados foram questionados a partir das seguintes perguntas: Você sente que familiares, amigos e/ou pessoas em geral distanciaram-se após a exposição, doença e posterior recuperação de Covid-19? Com respostas “sim” ou “não” para a questão supracitada.

#### 5.4.10. Estratégias de enfrentamento

Com o intuito de verificar quais estratégias de enfrentamento de estresse e sofrimento psíquico são utilizadas pelos indivíduos sobreviventes de Covid-19, foi inserido no questionário perguntas como: Em que grau você procura diminuir a sua preocupação por meio da distração com outras atividades? Você faz uso de álcool ou outras substâncias a fim de diminuir a sua preocupação e estresse com a situação passada? Você busca criar uma rotina em seu cotidiano com o intuito de diminuir a intensidade de sua preocupação durante o dia? e Você busca diminuir sua preocupação ou estresse com humor ao longo do dia? com respostas que variam entre “raramente”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Além disso, foram realizadas perguntas como: Você buscou ou aumentou seu contato com alguma religião após a experiência vivida? e Você se culpa por ter adquirido a Covid-19? com respostas “sim” ou “não”. Na última pergunta analisada, caso o indivíduo respondesse que sim, seria adicionalmente perguntado o motivo do sentimento de culpa.

#### 5.4.11. Avaliação da Escala de Progressão Clínica da Covid-19

A Escala de Progressão Clínica da COVID-19 da OMS (Anexo 2.6) foi utilizada como método para dividir os grupos diagnosticados (caso) e não diagnosticados (controle) com COVID-19. Esta escala varia de 0 a 10, com 0 representando indivíduos não infectados sem RNA viral detectado, portanto, para indivíduos não diagnosticados, o intervalo de 1 a 9 representa os indivíduos que receberam o diagnóstico de COVID-19. Quanto maior a pontuação nessa escala, maior a gravidade dos sintomas apresentados pelos participantes, sendo que 10 representa os que já faleceram pela doença (WHO, 2020).

### 5.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados contínuos foram apresentados como desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis, dependendo das distribuições, e categóricos como porcentagens. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson ou Spearman (no caso de distribuição assimétrica). Para o teste de variáveis categóricas foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson com correção do teste exato de Fisher quando havia < 6 participantes em uma categoria. Em caso de significância estatística, os valores residuais ajustados >2 foram analisados para identificar quais categorias estão influenciando os valores de p.

Para analisar a magnitude das diferenças entre os grupos, os tamanhos dos efeitos foram observados utilizando Phi ( $\Phi$ ), em tabelas  $2 \times 2$  e V de Cramer, em tabelas acima de  $2 \times 2$ , assumindo valores de “Nulo ou Muito Fraco” para faixas entre 0 e 0,05, “Fraco” para faixas entre 0,05 e 0,10, “Moderado” se estiver entre 0,10 e 0,15, “Forte” para valores acima de 0,15–0,25 e “Muito Forte” para valores acima de 0,25 (17).

Para todos os testes foi adotado valor de  $p < 0,05$  como indicativo de significância. Todas as análises estatísticas foram processadas no software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 23.0.

## 6. RESULTADOS

Os participantes da pesquisa totalizaram 1.334 pessoas, sendo 668 indivíduos do grupo caso, correspondentes aos que foram diagnosticados com o coronavírus, e 666 do grupo controle. Houve participantes de todos os 27 estados brasileiros com distribuição variando de  $n = 15$  no Amapá e Acre a  $n = 165$  no Rio de Janeiro (Figura 2). Além disso, 62 pessoas participaram do estudo piloto. No estudo, 70,6% dos entrevistados eram do sexo feminino e 28,4% do sexo masculino ( $n = 1.334$ ) (Tabela 1 e Figura 2).

A mediana (quartil 50) da idade dos participantes foi de 34 anos para o grupo caso e 36 anos para o grupo controle. Quanto ao estado civil, 615 (46,1%) dos entrevistados declararam-se casados e 628 (47,1%) solteiros. Viúvos e divorciados totalizaram 91 (6,7%). Quanto ao nível de escolaridade, 4 (0,3%) declararam ter concluído ou ensino fundamental incompleto; 110 (8,2%) afirmaram ter ensino médio completo ou incompleto; 360 (27%) afirmaram ter formação universitária; 35 (2,6%) afirmaram ter concluído o ensino técnico e 825 (61,8%) relataram estar ou ter concluído pós-graduação.

**Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa**

	Caso (n=668)	Controle (n=666)	Efeito da amostra	P	Power (1 - $\beta$ )
Gênero	F= 71.7%	F= 69.7%	$\Phi=0.02$	0.43	0.142
	M= 28.3%	M= 30.3%			
Idade	34 (18- 72)	36 (18- 75)	$\Phi=0.08$	<0.001	0.49
<b>Estado civil</b>					
Casado (a)	45.2%	47.0%		0.3	0.71

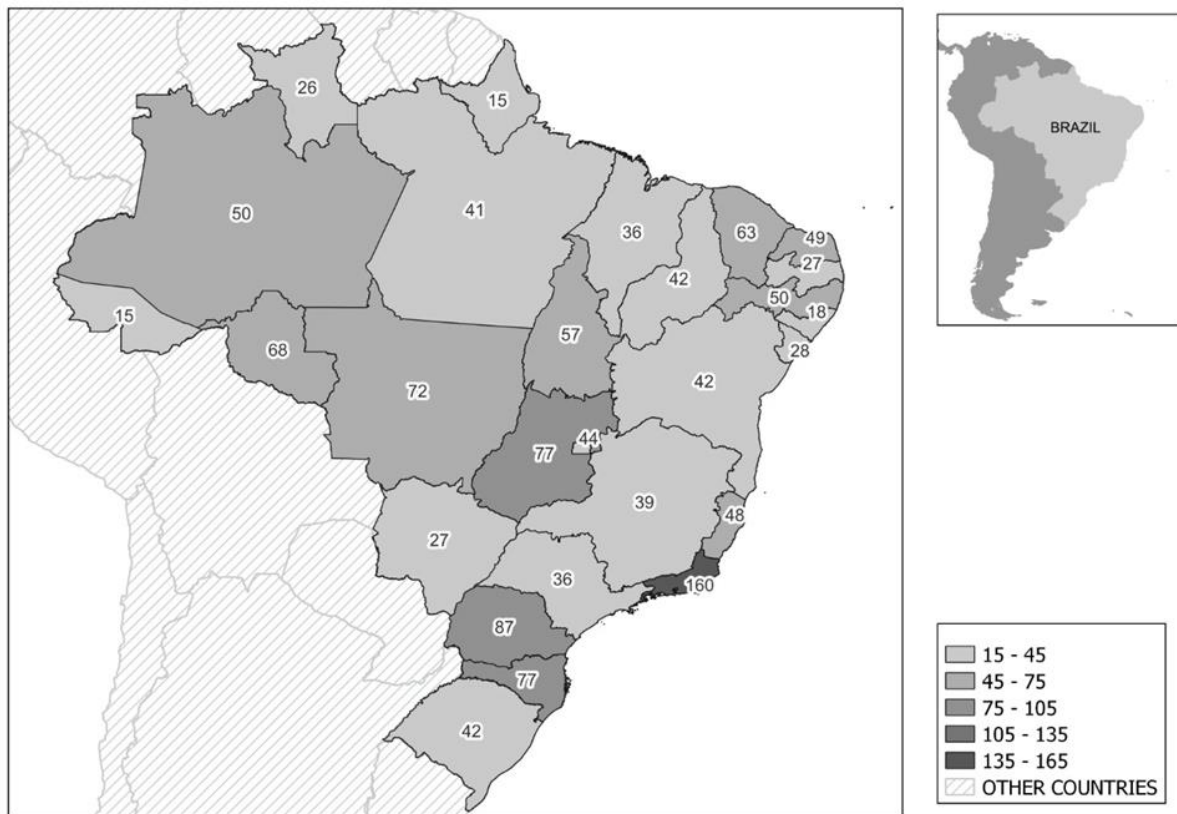
Separado (a) ou divorciado (a)	5.5%	6.3%	$\Phi=0.05$		
Solteiro (a)	47.9%	46.2%			
Viúvo (a)	1.3%	0.5%			
<b>Escolaridade</b>					
Ensino Fundamental	0.6%	0.0%	$\Phi= 0.106$	0.004	0.63
Ensino Médio	9.9%	6.6%			
Ensino Superior	29.3%	24.6%			
Ensino Técnico	2.4%	2.9%			
Pós-graduação	57.8%	65.5%			
<b>Religião</b>					
Ateu ou agnóstico (a)	13.5%	25.1%	$\Phi= 0.176$	$v=0.176$	0.98
Budista	0.3%	0.6%			
Católico (a) ou protestante	64.7%	49.5%			
Espírita	10.5%	10.5%			
Judeu (ia)	0.3%	0.3%			

Religiões de matriz africana	1.2%	2.4%			
Outros	9.6%	11.6%			

Quanto à religião pesquisada entre os entrevistados, 257 (19,3%) disseram ser ateus ou agnósticos, 6 (0,4%) budistas, 762 (57,1%) católicos ou protestantes, 140 (10,5%) espíritas, 4 (0,3%) judeus, 24 (1,8%) eram de origem africana e 141 (10,6%) afirmaram ter outras religiões.

Verificou-se também que do total da amostra de participantes (n = 1.334), 559 (44,9%) relataram ter vivenciado algum evento potencialmente traumático, onde havia medo ou risco de morrer e que não estava relacionado à COVID-19. Quando questionados sobre terem presenciado eventos traumáticos durante a pandemia do novo coronavírus, 378 (28,3%) responderam que sim, sendo 210 (31,4%) do grupo caso e 168 (25,2%) do grupo controle (Tabela 2).

Ao analisar os índices de depressão, por meio das respostas recebidas pelos participantes no questionário (PHQ-9), observou-se que 616 (46,2%) pacientes apresentaram sinais de depressão, sendo 310 (46,4%) do grupo de indivíduos com diagnóstico de COVID-19 e 306 (45,9%) do grupo controle. Aqueles que apresentaram sinais de ansiedade totalizaram 390 indivíduos (29,2%) do total da amostra, sendo 199 (29,8%) do grupo com diagnóstico de SARS-CoV-2 e 191 (28,7%) do grupo sem diagnóstico. O checklist PCL-5 para análise do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) mostrou no estudo que 324 pessoas (24,3%) da amostra total de entrevistados apresentavam sinais de TEPT. Destes, 164 (24,6%) pertenciam ao grupo caso e 160 (24%) ao grupo controle. Ao analisar os sinais de insônia, atestou-se que 766 pessoas (57,4%) do total preenchiam os critérios para o transtorno, sendo 404 (60,5%) correspondentes ao grupo que foi diagnosticado com COVID-19 e 362 (54,4%) do grupo que não teve diagnóstico da doença (Tabela 3).



**Figura 2.** Distribuição das amostras pelos estados brasileiros

**Tabela 2.** Participantes que vivenciaram potenciais eventos traumáticos

	Caso (n=668)	Controle (n=666)	Efeito	P	Power (1 - $\beta$ )
Experienciou eventos traumáticos anteriores à pandemia	42.8%	47%	$\Phi=0.04$	0.137	0.5
Experienciou eventos traumáticos durante a pandemia	31.4%	25.2%	$\Phi=0.069$	0.01	0.5

	Caso (n=668)	Controle (n=666)	Efeito	P	Power (1 - $\beta$ )
Sinais de depressão	46.4%	45.9%	$\Phi=0.005$	0.9	0.87
Sinais de ansiedade	29.8%	28.7%	$\Phi= 0.01$	0.7	0.68
Sinais de Transtorno de Estresse Pós-Traumático	24.6%	24%	$v=0.006$	0.8	0.83
Sinais de insônia	60.5%	54.4%	$\Phi=0.062$	0.03	0.5

## 7. DISCUSSÃO

Neste estudo, avaliamos os níveis de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e insônia em sobreviventes brasileiros da COVID-19. Embora os impactos da COVID-19 na saúde mental tenham sido amplamente descritos em diversas populações, os sobreviventes da COVID-19 podem ser mais suscetíveis a problemas psicológicos e psiquiátricos devido ao impacto de contrair o vírus e apresentar sintomas da doença (LIU, et al, 2012).

Ao comparar os níveis de depressão e ansiedade entre indivíduos afetados pela COVID-19 (grupo caso) e indivíduos não afetados (grupo controle), não encontramos correlação estatisticamente significativa entre os grupos. Esses achados corroboram parcialmente os resultados apresentados Reagu et al., em seu estudo sobre uma população em isolamento e quarentena institucional no Catar, utilizaram os mesmos instrumentos deste estudo em tamanho de amostra semelhante e relataram que os participantes com testes PCR positivos para COVID-19 apresentavam níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos e de ansiedade do que participantes com testes negativos. Outros estudos relacionaram a gravidade clínica da doença à maior gravidade dos transtornos psiquiátricos. Por exemplo, num estudo realizado na China com uma população geral de 432 sobreviventes, descobriu-se que a prevalência do transtorno de ansiedade era de 29%. Contudo, para sobreviventes com COVID-19 mais grave, a prevalência de transtorno de ansiedade foi até quatro vezes maior do que na população geral do estudo (ZHU, et al, 2020).

Na verdade, experiências subsequentes de outros surtos e epidemias mostraram um aumento nas comorbidades entre indivíduos que sobreviveram às doenças durante a propagação viral, independentemente da gravidade da doença (ZHANG, et al, 2020). A pandemia de COVID-19 não foi uma exceção. Ela introduziu uma nova dinâmica social nunca antes vivenciada pela sociedade, capaz de gerar impactos emocionais em diversos segmentos da população.

Numa meta-análise recente centrada exclusivamente na prevalência de sofrimento psicológico durante a pandemia de COVID-19, descobriu-se que um em cada três adultos na população predominantemente geral tem ansiedade ou depressão. Mulheres, adultos jovens, indivíduos de meios socioeconômicos mais baixos, residentes em zonas rurais e pessoas com ou em alto risco de infecção

por COVID-19 (casos suspeitos/confirmados, residentes em áreas fortemente afetadas, com histórico de condições crônicas ou mentais) foram associados a maiores chances de sofrimento psicológico (WANG, Y., KALA, M. P., JAFAR, T. H., 2020).

Vários estudos também avaliaram a prevalência de sintomas e distúrbios de saúde mental entre profissionais de saúde. Um estudo de Almalki et al. demonstraram que, após um ano de pandemia de COVID-19, a prevalência de depressão, ansiedade e stress permanece substancial entre os profissionais de saúde na Arábia Saudita. Hajebi et al. examinaram a saúde mental de profissionais de saúde no Irã utilizando os mesmos instrumentos utilizados em nosso estudo (PHQ-9 e GAD-7). Eles descobriram que metade dos participantes apresentava transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior ou ambos. Segundo Dubey e Tripathi, o afastamento social, o próprio isolamento e o excesso de informações divulgadas nas redes sociais são suficientes para aumentar os sintomas psicológicos, podendo levar à ansiedade, pânico e depressão. Portanto, o evento pandêmico afeta tanto indivíduos infectados quanto não infectados em termos de problemas psicológicos, o que pode justificar nossos achados.

Além da depressão e da ansiedade, a prevalência de sintomas de insônia e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido amplamente descrita em uma proporção significativa de pacientes com COVID-19. Em nosso estudo, encontramos maior prevalência de insônia em indivíduos infectados pela COVID-19 em comparação com indivíduos não infectados. Uma meta-análise recente centrada na prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e insônia entre pacientes infectados por SARS-CoV-2 revelou que os distúrbios do sono estavam presentes em 48% dos pacientes infectados por coronavírus (LIU, et al, 2021). Lin et al. em seu estudo investigando o impacto imediato do coronavírus no estado subjetivo do sono, avaliaram mais de 5.000 indivíduos na China divididos em grupos que vão desde aqueles que tiveram contato direto com o vírus, como profissionais de saúde, até indivíduos relacionados ao grupo com contato direto, como amigos e familiares de trabalhadores da linha de frente. A insônia clínica foi detectada em 20,05% dos sujeitos estudados. Isso demonstra claramente a correlação, evidenciada em outros estudos, entre a infecção pelo coronavírus e seus impactos na qualidade do sono, tanto entre os indivíduos que tiveram contato

direto com a doença, quanto entre aqueles que, mesmo sem contrair a infecção, estiveram envolvidos no contexto social global de a pandemia.

Em relação ao TEPT, embora o grupo caso tenha apresentado maior exposição a eventos potencialmente traumáticos não relacionados à COVID-19, não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de estresse pós-traumático entre os grupos. Em estudo realizado com adultos na China, epicentro da pandemia do coronavírus, o TEPT foi identificado como o transtorno mais preocupante durante e após a pandemia, com prevalência de 30%. Tanto indivíduos diagnosticados como não diagnosticados com COVID-19 relataram maior medo do risco de infecção e uma percepção negativa da situação, levando a maiores sintomas de TEPT (XU, et al, 2020). Esses achados divergem dos resultados do presente estudo, que não encontrou associações significativas entre os grupos caso e controle para sintomas de TEPT. Em alguns outros estudos envolvendo pacientes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19, a prevalência de TEPT chegou a 96,2% (VINDEGAARD, N., BENROS, M. E., 2020). De acordo com alguns estudos, o TEPT aparece como um diagnóstico provisório principalmente em pacientes que foram hospitalizados durante a pandemia de COVID-19 (TARSITANI, et al, 2021). Isto sugere uma relação com a gravidade da doença, uma vez que indivíduos assintomáticos que não foram hospitalizados não relataram níveis significativos de TEPT.

Um estudo realizado durante a segunda onda da pandemia no Irã, envolvendo cerca de 1.800 participantes, mostrou que a prevalência de TEPT foi significativamente maior em indivíduos hospitalizados e em grupos de pacientes ambulatoriais que receberam tratamento para COVID-19 em comparação com a população em geral (HASANNEZHAD, et al, 2023). Além disso, um estudo no Reino Unido com mais de 13.000 participantes que eram casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 descobriu que os sintomas de TEPT eram desproporcionalmente maiores em pacientes que necessitavam de tratamento hospitalar (CHAMBERLAIN, et al, 2021). Outro estudo de Guo et al. na China continental observou níveis mais elevados de TEPT, com ou sem comorbidade de depressão e ansiedade, em pacientes sobreviventes de COVID-19 em comparação com indivíduos não infectados. Portanto, fica evidente que diversos

estudos indicam uma correlação entre o transtorno de estresse pós-traumático e eventos potencialmente desestabilizadores à saúde mental, como uma pandemia.

Pelas análises dos resultados desta pesquisa, entende-se a importância de estudos que abranjam essa área. As correlações da doença com possíveis transtornos psiquiátricos são perigosas porque tornam esse grupo um fator de risco para suicídio e outros transtornos, como a automutilação. Assim, o indivíduo que contrai o vírus e desenvolve a doença deve ser apoiado não apenas nos aspectos sistêmicos que envolvem os órgãos primariamente afetados (como pulmões, coração e rins), mas também no que diz respeito à sua saúde mental, no que diz respeito ao seu sofrimento interno e externo e ao estigma criado contra tais indivíduos.

Porém, o fato do desenho do estudo ser transversal não permite o acompanhamento do paciente em longo prazo para verificar se haveria alguma alteração no perfil de acometimento do paciente, principalmente devido às características fisiológicas, sociais e sequelas psicológicas decorrentes da doença (ESTRELA, et al, 2021).

Os resultados deste estudo são muito importantes, pois trazem à tona sintomas psicológicos e psiquiátricos em suas manifestações mais patológicas em um grupo de sobreviventes de pacientes da COVID-19 durante o período pandêmico causado por esse vírus. Este estudo revela uma série de cuidados e alarmes que o sistema de saúde e os profissionais de saúde devem ter após tal período da pandemia de COVID-19, com o diagnóstico, o tratamento e a qualidade de vida da população vivenciada mostrando que as consequências da COVID não foram relacionado apenas aos aspectos restritos da comorbidade, mas também aos efeitos emocionais durante esse período. Com base neste estudo, novas pesquisas sobre esses transtornos psicológicos e psiquiátricos de longo prazo em indivíduos que sobreviveram a doenças epidêmicas é necessário agregar mais contribuições e conhecimento sobre a profundidade das crises psíquicas de pacientes que sobrevivem a doenças epidêmicas com amplo alcance – como pandemias.

Embora a COVID-19 ainda não tenha se despedido, podemos começar a falar de um cenário pós-pandemia que exige tanta atenção quanto o período inicial da

crise. Passado o momento mais crítico da emergência sanitária, ficamos com crises sociais, económicas e emocionais. Portanto, estudos futuros podem ser realizados para avaliar se os sintomas psicológicos persistiram 2 anos após a pandemia de COVID-19 entre diferentes segmentos da sociedade, incluindo os sobreviventes. Seria também importante comparar o nível dos impactos psicológicos com a gravidade da doença desenvolvida pelos indivíduos infectados, determinando se esses impactos foram causados diretamente pela infecção ou pelas suas consequências secundárias. Coletivamente, esses estudos podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas focadas nos danos à saúde mental causados pela pandemia.

## **8. CONCLUSÃO**

No geral, este estudo encontrou uma maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e insônia em pacientes afetados pela COVID-19 quando comparados aos não infectados. Apesar disso, a única diferença estatisticamente significativa entre as populações estudadas foi nos níveis de insônia. Em resumo, a população sobrevivente da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 tende a apresentar pouca diferença em termos de desenvolvimento de TEPT, ansiedade e depressão quando comparada com indivíduos não infectados. Por outro lado, distúrbios como a insônia são mais prevalentes e com diferença significativa entre os grupos, aparecendo mais em indivíduos infectados.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AFONSO, Pedro. **O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental**. Acta Médica Portuguesa, v. 33, n. 5, p. 356, maio 2020.

AKOGLU, H. **User's guide to correlation coefficients**. Turkish J Emerg Med., 18:91–3, 2018. doi: 10.1016/j.tjem.2018.08.001

ALMAKHI, A. H., et al. **The psychological impact of COVID-19 on healthcare workers in Saudi Arabia: a year later into the pandemic**. Front Psychiatry., 12:797545, 2021. doi: 10.3389/fpsyt.2021.797545

BABBIE, E. et al. **Métodos de Pesquisas**. Editora UFMG, p. 519, 2001.

BARNHILL, J. W. **Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**. Manual MSD para profissionais de saúde. 2020. Disponível em: < <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico-tept>>. Acesso em 29 de maio de 2023.

BARROS, M. B. de A., et al. **Report of sadness/depression, nervousness/anxiety, and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic**. Epidemiol Health Serv, 29:e2020427, 2020. doi: 10.1590/s1679-49742020000400018

BASTIEN, C. H.; VALLIÈRES, A.; MORIN, C. M. **Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research**. Sleep Medicine, v. 2, n. 4, p. 297, 2001.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. De. **Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica**. Psico-USF, v. 19, n. 2, p. 187, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CADERNO TÉCNICO DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO-TEPT**. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública – Brasília, 2019. Disponível em: < <file:///C:/Users/User/Documents/Medicina/TCC/Caderno%20T%C3%A9cnico%20de%20Tratamento%20do%20Transtorno%20de%20Estresse%20P%C3%B3s-Traum%C3%A1tico%20%20C2%BF%20TEPT.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão**. Brasília, MS, 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>>. Acesso em: 28 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**, 2023. Página inicial. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

BUYSSE, D. J. et al. **Recommendations for a standard research assessment of insomnia**. Sleep, 29:1155–73, 2006. doi: 10.1093/sleep/29.9.1155

CASTILLO, A. R. et al. **Transtorno de Ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, p. 20, 2020.

CASTRO, L. de S. **Adaptação e Validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): Caracterização Populacional, Valores Normativos e Aspectos Associados**. 2011. Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/37726506.pdf>>.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F. S.; MACHADO, D. B. **Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 2457-2460, jun. 2020.

CDC, United States Centers for Disease Control and Prevention. **Symptoms of Coronavirus**, 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html>>.

CHAMBERLAIN, S. R., et al. **Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors: online population survey**. *BJPsych Open.*, 7:e47, 2021. doi: 10.1192/bjo.2021.3

CZEISLER, M. E. et al. **Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic**. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v.69, p. 24, 2020.

DARDER, I. T. et al. **Primary care is the frontline for help-seeking insomnia patients**. *European Journal of General Practice*, v. 27, n. 1, p. 286, 2021.

DE LIMA OSÓRIO, F. et al. **Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care**. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 45, n. 3, p. 216, 2009.

DENG, J. et al. **The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis**. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v. 1486, p. 90, 2021.

DUBEY, A. D., TRIPATHI, S. **Analysing the sentiments towards work-from-home experience during the Covid-19 pandemic**. *J Innov Manag.*, 8:13–9, 2020. doi: 10.24840/2183-0606\_008.001\_0003

DURA-PEREZ, E. et al. **The Impact of COVID-19 Confinement on Cognition and Mental Health and Technology Use Among Socially Vulnerable Older People: Retrospective Cohort Study**. *Journal of Medical Internet Research*, v. 24, n. 2, p. 30598, fev. 2022.

ESTRELA, M. C. A., et al. **Covid-19: physiopathological and psychological sequels in patients and the multidisciplinary professional team**. *Braz J Dev.*, 7:59138–52, 2021. doi: 10.34117/bjdv7n6-349

FALCÃO, et al. Faculdade Pernambucana de Saúde. **Cuidando da saúde mental**. Material didático e instrucional, p. 23, 2020. Disponível em: <[https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/474/3/Cuidando%20da%20saude\\_ansiade.pdf](https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/474/3/Cuidando%20da%20saude_ansiade.pdf)> Acesso em 29 de maio de 2023.

FRAGUAS, R. et al. **The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD**. *Journal of Affective Disorders*, v. 91, n. 1, p. 11, 2006.

GUO J., et al. **Coping with COVID-19: exposure to COVID-19 and negative impact on livelihood predict elevated mental health problems in Chinese adults**. *Int J Environ Res Public Health*, 17:3857, 2020. doi: 10.3390/ijerph17113857

GUO, Q., et al. **Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study.** *Brain Behav Immun.*, 88:17–27, 2021. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.038

HAJEBI, A., et al. **Mental health, burnout, and job stressors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran: a cross-sectional survey.** *Front Psychiatry*, 13:891430, 2022. doi: 10.3389/fpsy.2022.891430

HAMZA, S. K. et al. **COVID-19 pandemic and impending global mental health implications.** *Psychiatria Danubian*, v. 32, n. 1, p. 32, 2020.

HAN, J. et al. **Psychological symptoms of cancer survivors during the COVID-19 outbreak: a longitudinal study.** *Psychooncology*, v. 30, p.378, 2021.

HASANNEZHAD, R. M., et al. **Comparing mental health status and COVID-19 event impact between survivors and the general population during the second wave of the pandemic in Iran.** *Nurs Open.*, 10:738–53, 2023. doi: 10.1002/nop2.1341

HAYCOCK, J. et al. **Primary care management of chronic insomnia: a qualitative analysis of the attitudes and experiences of Australian general practitioners.** *BMC Family Practice*, v. 22, n. 1, p. 1, 2021.

HEESAKKERS, H. et al. **Clinical outcomes among patients with 1-year survival following intensive care unit treatment for COVID-19.** *JAMA J Am Med Assoc.*, v. 327, n. 6, p.559, 2022.

HOPKINS, John. University of Medicine. **Coronavirus Resource Center**, 2023. Página inicial. Disponível em <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 27 de maio de 2023.

IBGE. **Brazil: Indicadores**, 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/en/statistics/social/population/25975-brazil-indicators.html?=&t=o-que-e>>.

INAYAT, Ali; M.; Phil. **COVID-19: Are We Ready for the Second Wave?**. Cambridge, p. 149-151, 2020.

KILLGORE, W. D. S. et al. **Three months of loneliness during the COVID-19 lockdown.** *Psychiatry Res.*, v. 293, p. 113392, 2020.

KLINGMAN, K. J.; SPREY, J. **Insomnia disorder diagnosis and treatment patterns in primary care: A cross-sectional analysis of electronic medical records data.** *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, v. 32, n. 2, p. 145, 2020.

KROENKE, K., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606, 2001.

LIN, L. Y., et al. **The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status.** *Sleep Med.*, 77:348–54, 2021. doi: 10.1016/j.sleep.2020.05.018

LIU, C, et al. **Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: a meta-analysis of quality effects model.** *J Psychosom Res.*, 147:110516, 2021. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110516

- LIU, X., et al. **Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic.** *Compr Psychiatry*, 53:15–23, 2012. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003
- MALEY, J. H. **Annals of internal medicine.** *Ann Intern Med.* 159:715–6, 2007. doi: 10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00012
- MAPI RESEARCH INSTITUTE. **Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7).** Lyon, FR: Mapi Research Institute. 2006.
- MAZZA, M. G. et al. **Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors.** *Brain Behav. Immun.*, v. 89, p. 594, 2020.
- MESQUITA, N. F. et al. **The prevalence of Anxiety in patients with Insomnia.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 4, p. 16860, 2022.
- MORIN, C. M. et al. **The insomnia severity index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response.** *Sleep*, v. 34, n. 5, p. 60, 2011.
- OLIVEIRA, E. C. D. de, et al. **COVID-19 emergency operations center: experience of the Rio de Janeiro municipality, Brazil.** *Pan Am J Public Health*, 46:1–e9, 2022. doi: 10.26633/RPSP.2022.9
- OLIVEIRA, L. P. et al. **Vamos falar sobre ansiedade?**, 2020. Disponível em: <<https://www.unicesumar.edu.br/mestrado-e-doutorado/wpcontent/uploads/sites/226/2020/12/Cartilha-Vamos-falar-sobre-ansiedade.pdf>> Acesso em 28 de maio de 2023.
- OMS. **A minimal common outcome measure set for COVID-19 clinical research.** *Lancet Infect Dis.*, 20:e192-7, 2020. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30483-7
- OSÓRIO, F. L. et al. **Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version.** *Arch Clin Psychiatry*, v. 44, n. 1, p. 10, 2017.
- PASTORI, T. A. N. **Depressão: uma epidemia?**, Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020, p. 13-27.
- REAGU, et al. **Psychological impact of the COVID-19 pandemic within institutional quarantine and isolation centres and its sociodemographic correlates in Qatar: a cross-sectional study.** *BMJ Open.*, 11:e045794, 2021. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045794
- RÖHR, S. et al. **Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein rapid review.** *Psychiatrische Praxis*, v. 47, n. 04, p. 179-189, abr. 2020.
- RYALL, et al. **Effects of a multi-professional intervention on mental health of middle-aged overweight survivors of COVID-19: a clinical trial.** *Int J Environ Res Public Health.*, 20:4132, 2023. doi: 10.3390/ijerph20054132
- SHUJA, K. H. et al. **COVID-19 PANDEMIC AND IMPENDING GLOBAL MENTAL HEALTH IMPLICATIONS.** *Psychiatria Danubina*, v. 32, n. 1, p. 32-35, abr. 2020.

SOUSA, Wallace; LACERDA, Regiane. Núcleo de Atenção Integral ao Servidor. Psicologia e Trabalho. **Ansiedade e Qualidade de Vida**. UESB, fev. de 2023. Disponível em: < <http://www.uesb.br/wp-content/uploads/2023/02/Newsletter-Psicologia-Nais-Edicao-02.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2023.

SPITZER, R. L. et al. **A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7**. Arch Inter Med, 166:1092–7, 2006. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092

SPITZER, R. L., KROENKE, K., WILLIAMS, J. B. **Patient health questionnaire primary care study group, patient health questionnaire primary care study group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study**. JAMA, 282:1737–44, 1999. doi: 10.1001/jama.282.18.1737

SPITZER, R. L., KROENKE, K., WILLIAMS, J. B. **The PHQ-9**. J Gen Intern Med, 16:606–13, 2001. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

TARSITANI, L., et al. **Post traumatic stress disorder among COVID 19 survivors at 3 moth follow up after hospital discharge**. J Gen Intern Med., 36:1702–7, 2021. doi: 10.1007/s11606-021-06731-7

VINDEGAARD, N., BENROS, M. E. **COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence**. Brain Behav Immun., 89:531–42, 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048

WANG C., et al. **Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China**. Int J Environ Res Public Health, 17:1729, 2020. doi: 10.3390/ijerph17051729

WANG, Y., KALA, M. P., JAFAR, T. H. **Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: a systematic review and meta-analysis**. PLoS One, 15:e0244630, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0244630

World Health Organization. Working Group on the Clinical Characterisation and Management of COVID-19 infection. **A minimal common outcome measure set for COVID-19 clinical research**. Toronto, Canada, v. 20, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30483-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30483-7)>.17>.

XIONG, J. et al. **Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review**. J. Affect. Disord, v. 277, p. 55, 2020.

XU, Z., et al. **Loneliness, depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder among Chinese adults during COVID-19: a cross-sectional online survey**. J Affect Disord., 281:597–604, 2021. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.109

ZHANG, et al. **The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic**. Brain Behav Immun., 87:49–50, 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.031

ZHU, S. et al. **Prevalence and risk factors of disability and anxiety in a retrospective cohort of 432 survivors of coronavirus disease-2019 (Covid-19) from China**. PLoS One, 15:e0243883, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0243883

## ANEXOS

### ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA FACULDADE DE MEDICINA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**coVIDA: Eu sobrevivi, e agora? Uma Avaliação dos Impactos na saúde mental de pacientes sobreviventes a covid-19**”

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA** - Verificar e analisar a existência de possíveis impactos psicológicos e problemas psiquiátricos em pacientes sobreviventes da Covid-19 no Brasil.

**PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS** - Este estudo será desenvolvido por meio de questionário eletrônico, no qual o participante receberá o convite por meio de email ou redes sociais. Esse instrumento consta de questões fechadas. Para que você o preencha, será necessário dispor de um pequeno intervalo de tempo, de aproximadamente (15) quinze a (20) vinte minutos, constituindo o único desconforto de toda a sua participação.

**RISCOS** - Toda pesquisa em seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Os danos previsíveis serão evitados. O constrangimento, cansaço e impaciência a partir da entrevista serão evitadas a partir da recusa do participante em qualquer momento da pesquisa – até mesmo após a realização de todas as perguntas do questionário, bastando interromper o diálogo com o entrevistador ou entrando em contato com os pesquisadores após realização da pesquisa. Além disso, os questionamentos que serão analisados podem suscitar recordações e/ou sentimentos desconfortáveis em relação a possíveis traumas passados ou situações estressantes vividas durante o período a ser retratado e o resultado final do questionário não deve ser encarado como diagnóstico definitivo. Caso qualquer participante obtiver algum dano ligado ao andamento da pesquisa, o indivíduo terá o direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

**BENEFÍCIOS ESPERADOS** – Os resultados desta pesquisa serão extremamente necessários para a avaliação de medidas estratégicas de apoio emocional e psicológico aos pacientes sobreviventes da Covid-19. Como participante da pesquisa, ao final da análise dos dados totais, os participantes contarão, com um relatório que será enviado a cada indivíduo informando a análise de sua situação mental investigada pelos pesquisadores. O estudo enseja proporcionar ainda um projeto de acompanhamento e assistência especializados oferecidos pelos organizadores do projeto, psiquiatra e acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Pará campus Altamira seguindo as recomendações preconizadas pela OMS.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DESTE ESTUDO** - Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

**PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA** - Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Os voluntários têm a garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. As informações obtidas no estudo serão arquivadas e ficarão sob responsabilidade do pesquisador responsável e mantidas em sigilo. Os entrevistados possuem total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento ou se recusar a participar do estudo, sem que isto traga qualquer dano ou prejuízo.

**CONFIABILIDADE DO ESTUDO** - Os entrevistados terão suas identidades preservadas, não sendo divulgadas para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do estudo. Todas as informações obtidas e que estejam relacionadas com a privacidade do entrevistado serão mantidas em sigilo.

**ACESSO ÀS INFORMAÇÕES OBTIDAS** - Os pesquisadores comprometem-se a fornecer aos entrevistados todas as informações que venham a ser obtidas durante a pesquisa. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá procurar a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Ozélia Sousa Santos pelo telefone (93) 99151 8854.

**GASTOS ADICIONAIS** - Não haverá gastos adicionais para os participantes dessa pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:** Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, situado no prédio da Faculdade de Enfermagem no setorial da Saúde, Cidade Universitária Professor José da Silveira Netto, Guamá, Belém, ou ainda pelo telefone: (91) 3201-7735 e pelo e-mail: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br).

---

Ozélia Sousa Santos

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Medicina - Campus Universitário de Altamira.

Avenida Coronel José Porfírio - Gabinete 2, Centro, CEP: 68371040 -Altamira, PA - Brasil  
Telefone: (93) 99151 8854

### **Termo de Consentimento**

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Você confirma voluntariamente sua participação na pesquisa?

- Sim, confirmo minha participação na pesquisa
- Não, não confirmo minha participação na pesquisa

**ANEXO 2 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA**  
**ANEXO 2.1. – QUESTIONÁRIO GERAL**

Questionário Geral	
Você declara que: <i>(para dar prosseguimento ao questionário, você deve marcar as duas opções)</i>	
É maior de idade (18 anos ou mais) ( )	
Aceita participar deste estudo ( )	
A realização dessa pesquisa pode acarretar em cansaço e provável impaciência no decorrer do questionário. A fim de diminuir esses efeitos, você pode interromper e desistir da realização das perguntas em qualquer momento do andamento dessa pesquisa, mesmo após a realização completa do questionário. A partir dessas informações, você declara que:	
Estou ciente dos riscos citados acima e desejo continuar a responder o questionário ( )	Desejo interromper o prosseguimento do questionário neste momento ( )
Os questionamentos que serão analisados a seguir podem causar recordações e/ou sentimentos desconfortáveis em relação a possíveis traumas passados e/ou situações estressantes vividas durante o período a ser retratado. Caso sinta algum tipo de desconforto ou constrangimento e sinta necessidade, poderá interromper e desistir da realização das perguntas em qualquer momento do andamento da pesquisa, antes da realização do questionário, durante a entrevista e mesmo após o final do questionário. A partir dessas informações, você declara que:	
Estou ciente dos riscos citados acima e desejo continuar a responder o questionário ( )	Desejo interromper o prosseguimento do questionário neste momento ( )

Considerando que, nesta pesquisa, serão utilizados indicadores de Saúde Mental, o participante deve compreender que o resultado de seu teste não deve ser compreendido como um resultado diagnóstico. A partir dessas informações, você declara que:

Estou ciente de que o resultado final deste questionário não deve ser encarado como um diagnóstico definitivo ( )

1. Sexo:

Masculino ( )

Feminino ( )

2. Faixa etária:

18-25 anos ( )

26-30 anos ( )

31-40 anos ( )

41-50 anos ( )

51-60 anos ( )

>60 anos ( )

3. Estado Civil:

Solteiro(a) ( )

Casado(a) ou União estável ( )

Separado(a) ou Divorciado(a) ( )

Viúvo(a) ( )

4. Grau de Escolaridade:

Sem estudos ( )

Ensino Fundamental ( )

Ensino Médio ( )

Ensino Superior ( )

Pós-Graduação ( )

Mestrado ( )

Doutorado ( )

5. Possui religião? (Se sim, indique qual)	
Sim ( )	Não ( )
Qual? _____	
<p>Nesta etapa do questionário, serão realizadas perguntas sobre sua situação mental antes da pandemia de Covid-19.</p>	
<p>6. Possui algum(ns) problema(s) psicológico(s)/psiquiátrico(s) anterior(es) à infecção por Covid-19? (Se sim, indique qual/quais)</p>	
Sim ( )	Não ( )
Qual? _____	

7. Você já foi exposto a algum evento potencialmente traumatizante não relacionado à Covid-19, como um acidente grave ou presenciar a morte de uma pessoa próxima a você, antes da pandemia?	
Sim ( )	Não ( )
8. Já foi exposto ao mesmo tipo de evento durante, ou após, a pandemia da Covid-19?	
Sim ( )	Não ( )
Nesta etapa do questionário, será realizada pergunta sobre seu acesso a determinados serviços de assistência médica e/ou psicológica.	
9. Você possui acesso a serviços de assistência psicológica e/ou psiquiátrica? (Se sim, indique qual/quais)	
Sim ( )	Não ( )
Assistência pessoal com psicólogo/psiquiatra ( )	Participação em Grupos Coletivos de assistência psicológica ( )
Diálogo com parentes e/ou amigos próximos ( )	Outro ( ) Qual? _____

Nesta etapa do questionário, será realizada pergunta acerca de seu tratamento contra Covid-19.

10. Como foi realizado seu tratamento contra a Covid-19? (Em caso de internação, informe o local)

Na própria residência ( )

Internado ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Nesta etapa do questionário será realizada pergunta sobre provável estigmatização após infecção por Covid-19.

11. Você sente que familiares, amigos e/ou pessoas em geral distanciaram-se após a exposição, doença e posterior recuperação de Covid-19?

Sim ( )

Não ( )

Nesta etapa do questionário, serão realizadas perguntas sobre possíveis estratégias de enfrentamento em relação a pensamentos e/ou sentimentos negativos e estresse após alta de infecção por Covid-19.

12. Em que grau você procura diminuir a sua preocupação por meio da distração com outras atividades?

Raramente ( )

Às vezes ( )

Muitas vezes ( )

Sempre ( )

13. Você faz uso de álcool ou outras substâncias a fim de diminuir a sua preocupação e estresse com a situação passada?			
Raramente ( )	Às vezes ( )	Muitas vezes ( )	Sempre ( )
14. Você busca criar uma rotina em seu cotidiano com o intuito de diminuir a intensidade de sua preocupação durante o dia?			
Raramente ( )	Às vezes ( )	Muitas vezes ( )	Sempre ( )
15. Você busca diminuir sua preocupação ou estresse com humor ao longo do dia?			
Raramente ( )	Às vezes ( )	Muitas vezes ( )	Sempre ( )
16. Você buscou ou aumentou seu contato com alguma religião após a experiência vivida?			
Sim ( )		Não ( )	
17. Você se culpa por ter adquirido a Covid-19? (Se sim, indique o motivo)			
Sim ( )		Não ( )	
Por _____		quê?	

## ANEXO 2.2 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE (PHQ-9)

Figura 1

Versão em português do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), extraída e modificada de Fraguas Jr. et al. 14.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
<p><b>1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhum dia</p> <p><input type="radio"/> (1) Menos de uma semana</p> <p><input type="radio"/> (2) Uma semana ou mais</p> <p><input type="radio"/> (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</b></p> <p><input type="radio"/> Nenhuma dificuldade</p> <p><input type="radio"/> (1) Pouca dificuldade</p> <p><input type="radio"/> (2) Muita dificuldade</p> <p><input type="radio"/> (3) Extrema dificuldade</p>

## ANEXO 2.3. – ESCALA DE VERIFICAÇÃO DE NÍVEIS DE ANSIEDADE

### Escala de ansiedade GAD-7

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<b>Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas?</b>				
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com coisas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relaxar	0	1	2	3
5. Ser tão inquieto que é difícil ficar parado	0	1	2	3
6. Tornar-se facilmente irritado ou irritável	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3

## ANEXO 2.4. – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA TEPT DE ACORDO COM DSM-5

Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante. Por favor, leia cuidadosamente cada problema e então circule um dos números à direita 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	Moderadamente	Muito	Extremamente
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, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
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 2.5. – ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÔNIA

### ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÔNIA

1. Por favor, avalie a gravidade da sua insônia nas duas últimas semanas, em relação a:

3.1a) Dificuldade em pegar no sono	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave
3.1b) Dificuldade em manter o sono	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave
3.1c) Problema de despertar muito cedo	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave
3.2-Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?					
<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	
3.3-Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas, por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/ executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc?					
<input type="checkbox"/> Não interfere	<input type="checkbox"/> Interfere um pouco	<input type="checkbox"/> Interfere de algum modo	<input type="checkbox"/> Interfere muito	<input type="checkbox"/> Interfere extremamente	
3.4-Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?					
<input type="checkbox"/> Não percebem	<input type="checkbox"/> Percebem um pouco	<input type="checkbox"/> Percebem de algum modo	<input type="checkbox"/> Percebem muito	<input type="checkbox"/> Percebem extremamente	
3.5-O quanto você está preocupado/ estressado com o seu problema de sono?					
<input type="checkbox"/> Não estou preocupado	<input type="checkbox"/> Um pouco preocupado	<input type="checkbox"/> De algum modo preocupado	<input type="checkbox"/> Muito preocupado	<input type="checkbox"/> Extremamente preocupado	

## ANEXO 2.6. – ESCALA DE PROGRESSÃO CLÍNICA DA COVID-19

Estado do paciente	Descrição	Score
Não infectado	Não infectado; nenhum RNA viral detectado	0
Doença ambulatorial leve	Assintomático; RNA viral detectado	1
	Sintomático; independente	2
	Sintomático; ajuda necessária	3
Hospitalizado: doença moderada	Hospitalizado; sem oxigenoterapia*	4
	Hospitalizado; oxigênio por máscara ou prongas nasais	5
Hospitalizado: doenças graves	Hospitalizado; oxigênio por NIV ou alto fluxo	6
	Intubação e ventilação mecânica, $pO_2 / FiO_2 \geq 150$ ou $SpO_2 / FiO_2 \geq 200$	7
	Ventilação mecânica $pO_2 / FiO_2 < 150$ ( $SpO_2 / FiO_2 < 200$ ) ou vasopressores	8
	Ventilação mecânica $pO_2 / FiO_2 < 150$ e vasopressores, diálise ou ECMO	9
Morte	Morte	10

FIGURA: WHO clinical progression scale

ECMO= oxigenação por membrana extracorpórea.  $FiO_2$ = fração de oxigênio inspirado. NIV= ventilação não invasiva.  
 $pO_2$ = pressão parcial de oxigênio.  $SpO_2$ = saturação de oxigênio

\*Se hospitalizado apenas para isolamento, registre o status como paciente ambulatorial.