

Síndrome de Stress Pós-traumático em profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia

Gabriel Vieira Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Dra Vânia Maria Martins Gaspar Gonçalves
Co-orientador: Prof. Dr. Silvério Simões Rosa
Co-orientador: Prof. Dr Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa

maio de 2022

Dedicatória

A todos os profissionais de saúde que se batalham diariamente entre a vida pessoal e profissional em prol da saúde comum.

Aos meus avós, pais e irmã que sempre estiveram lá em todos os momentos.

Agradecimentos

À Prof. Vânia Gonçalves agradeço por ter aceite ser minha orientadora e nunca duvidar deste projeto.

Ao Prof. Dr. Silvério Rosa agradeço a sua completa disponibilidade e prestabilidade em todas as nossas reuniões.

Ao Prof. Dr. Miguel Castelo-Branco agradeço o facto de não ter hesitado em aceitar o convite para a minha coorientação de forma que pudesse dar seguimento ao estudo no Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira.

Aos meus amigos e família agradeço toda a paciência e dedicação ao longo destes 7 anos de curso.

Resumo

O propósito deste estudo consiste em avaliar a existência de perturbação de stress pós-traumático em profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde que estiveram na linha da frente no combate à pandemia de Covid-19 e identificar quais os potenciais fatores de risco para o desenvolvimento dessa perturbação durante o combate à mesma pandemia.

Os dados necessários à realização do estudo foram recolhidos através de um inquérito *online*, divulgado via email e SMS, tendo como alvo a população que trabalhou no Serviço Nacional de Saúde português durante a pandemia do novo coronavírus, nomeadamente, durante os períodos mais críticos, e que estiveram em contacto direta e/ou indiretamente com doentes infetados pelo mesmo vírus. Foram recolhidos 202 inquéritos válidos, 19,80% (n = 40) dos quais eram homens e 80,20% (n = 162) eram mulheres. Os dados obtidos foram posteriormente submetidos a uma análise descritiva e analítica.

Determinou-se através de uma escala de Likert o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático, com base no *cut-off* de 36 pontos e ao mínimo de respostas sintomáticas em cada grupo, obtendo-se um total de 54 (27,6%) profissionais de saúde com este diagnóstico. Foram identificados preditores do diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático, nomeadamente o facto de ser do sexo feminino ($X^2 = 5,158$; $p = 0,027$), ter testemunhado o internamento de doentes infetados com Covid-19 ($X^2 = 4,745$; $p = 0,039$), ter tido amigos e/ou familiares infetados com SARS CoV2 ($X^2 = 5,730$; $p = 0,019$), ter iniciado o consumo substâncias ilícitas ($X^2 = 5,220$; $p = 0,035$), ter consultado um psicólogo e/ou psiquiatra ($X^2 = 18,354$; $p < 0,001$) e ter recorrido a medicamentos para tentar ultrapassar as fases mais críticas da pandemia ($X^2 = 35,407$; $p < 0,001$).

Palavras-chave

Covid-19; Perturbação de stress pós-traumático; Profissionais de saúde; SNS; Portugal

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the existence of post-traumatic stress disorder in healthcare professionals from portuguese national health service who were at the front-line in the fight against Covid-19 pandemic and identify the potential risk factors for the development of this disorder during the fight against the same pandemic.

The data used in this study was collected through a survey, shared by email and SMS, targeting the working population in the portuguese national health service during the new coronavirus pandemic, namely, during the most critical periods and who were in direct and/or indirect contact with patients infected with the same virus. A total of 202 valid surveys were collected; 19,80% (n = 40) of which belonged to men and 80,20% (n = 162) belonged to women. The data obtained was submitted to a descriptive and analytical analysis.

The post-traumatic stress disorder diagnostic was set by a Likert scale, based on the cut-off of 36 points and the minimum of symptomatic responses in each group, obtaining a total of 54 (27,60%) healthcare professionals with this diagnostic.

Predictive factors of diagnosis of post-traumatic stress disorder were identified, namely being female ($X^2 = 5,158$; $p = 0,027$), having witnessed the hospitalization of patients infected with Covid-19 ($X^2 = 4,745$; $p = 0,039$), having had friends and/or family member infected with SARS CoV2 ($X^2 = 5,730$; $p = 0,019$), having started using illicit substances ($X^2 = 5,220$; $p = 0,035$), having consulted a psychologist and/or psychiatrist ($X^2 = 18,354$; $p < 0,001$) and having resorted to medication to try to overcome the most critical phases of the pandemic ($X^2 = 35,407$; $p < 0,001$).

Keywords

Covid-19; Post-traumatic stress disorder; Healthcare professionals; national health service; Portugal

Índice

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE TABELAS.....	xv
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	xvii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 MATERIAIS E MÉTODOS	7
2.1 DESENHO DO ESTUDO	7
2.2 INSTRUMENTOS	7
2.2.1 Escalas utilizadas	8
2.2.2 Tratamento dos dados recolhidos a partir de escalas de Likert.....	8
2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	9
2.4 APROVAÇÃO DO ESTUDO	11
3 RESULTADOS.....	13
3.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	13
3.1.1 Dados sociodemográficos.....	13
3.1.2 Dados socioprofissionais	14
3.1.3 Dados da experiências com o SARS CoV2	15
3.1.4 Dados de cariz comportamental	17
3.2 DADOS DA ESCALA DE LIKERT.....	19
3.3 PSPT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	21
3.3.1 Incidência de PSPT em função das caraterísticas sociodemográficas.....	22
3.3.2 Incidência de PSPT em função das caraterísticas socioprofissionais	23
3.3.3 Incidência de PSPT em função da experiência com o SARS CoV2	23
3.3.4 Incidência de PSPT em função do cariz comportamental.....	24
4 DISCUSSÃO.....	27
4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	30
5 CONCLUSÃO	31
6 BIBLIOGRAFIA	33
7 ANEXOS	39

Lista de Figuras

Figura 1	- Caracterização da amostra relativamente ao género	13
Figura 2	- Caracterização da amostra relativamente à idade.....	14
Figura 3	- Caracterização da amostra relativamente à função que exerce.....	14
Figura 4	- Caracterização da amostra consoante a especialidade em que exerce funções	15
Figura 5	- Caracterização da amostra conforme o tipo de contacto com doentes Covid-19	16
Figura 6	- Caracterização da amostra com base no testemunho do internamento de pessoas infetadas com Covid-19	16
Figura 7	- Caracterização da amostra com base no internamento de familiares e/ou amigos	17
Figura 8	- Caracterização da amostra relativamente ao início/aumento do consumo de substâncias ilícitas.....	18
Figura 9	- Caracterização da amostra relativamente à recorrência a consultas de psicologia e/ou psiquiatria.....	18
Figura 10	- Caracterização da amostra relativamente à recorrência a medicamentos nas alturas mais complicadas da pandemia	18
Figura 11	- Caracterização da amostra com base no diagnóstico de PSPT	22

Lista de Tabelas

Tabela 1	- Dados segundo a escala de Likert	20
Tabela 2	- PSPT em função das características sociodemográficas	22
Tabela 3	- PSPT em função das características socioprofissionais	23
Tabela 4	- PSPT em função da experiência com SARS CoV2	24
Tabela 5	- PSPT em função do cariz comportamental.....	25

Lista de Acrónimos

CHO	Centro Hospitalar do Oeste
CID-11	Classificação Internacional de Doenças 11 ^a edição
Covid-19	<i>Corona virus disease 2019</i>
CSSE	<i>Center for Systems Science and Engineering</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
HESE	Hospital Espírito Santo de Évora
H1N1	<i>Haemagglutinin type 1 and Neuraminidase type 1 – Type A Influenza virus</i>
MERS-CoV	<i>Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCL-C	<i>PTSD CheckList – Civilian Version</i>
PCL-M	<i>PTSD CheckList – Military</i>
PCL-5	<i>PTSD CheckList for DSM-V</i>
PSPT	Perturbação de stress pós-traumática
PSTD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
SARS	<i>Severe acute respiratory syndrome</i>
SARS-CoV2	<i>Severe acute respiratory syndrome – coronavirus 2</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSPT	Síndrome de Stress Pós-traumático
UBI	Universidade da Beira Interior
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

1 Introdução

O séc. XXI tem-se revelado muito instável a vários níveis e de forma global. São, assim, exemplos as fortes crises financeiras sentidas (com as conseqüentes e graves repercussões sociais), as ameaças e ataques terroristas, ou, de forma mais expressiva e recente, o aparecimento de uma pandemia com efeitos únicos na história mundial.

Desde o aparecimento dos primeiros casos na China, em dezembro de 2019, a infeção pelo novo coronavírus, denominada Covid-19, propagou-se até tomar dimensões pandémicas, em março de 2020, gerando um problema de saúde pública grave, alterando profundamente as nossas vidas nestes dois anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), entidade que tem como objetivo o bem-estar de todas as pessoas e dar a todos, em todos os lugares, oportunidades iguais de viver uma vida saudável, recomendou, desde o início, a adoção de medidas de proteção individual face à síndrome respiratória aguda severa por coronavírus 2 (SARS CoV2). Essas medidas incluíam lavar ou desinfetar as mãos com frequência, manter o distanciamento social e cumprir as regras de etiqueta respiratória, como meios para reduzir a propagação do vírus. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) e as autoridades governamentais seguiram também as diretivas emanadas pela OMS, mas sabemos agora, que tais medidas não impediram um elevado número de casos de Covid-19, nem do número de internamentos associado. No entanto, aquelas medidas associadas a isolamentos massivos da população mundial, proporcionaram, com certeza, um efeito na redução da propagação, levando, assim, a menores danos na saúde das populações.

Segundo dados do Center for Systems Science and Engineering (CSSE) da Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos, a prevalência mundial da Covid-19 era, em meados de fevereiro de 2022, de mais de 413 milhões, sendo a prevalência em Portugal, superior a 3 milhões. Ainda de acordo com os dados disponibilizados pelo CSSE, no mundo ocorreram mais de 5 milhões de mortes devido à Covid-19, dos quais mais de 20 500 a nível nacional, seguindo os mesmos padrões (1).

Durante meses, em Portugal, foram relatados nos telejornais, os números diários de novos infetados, internados em enfermarias, internados em unidade de cuidados intensivos (UCI) e mortes. Associado, havia, ainda, relatos sobre as enchentes nos hospitais, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como a dificuldade de trabalhar sob tal pressão e necessidade de pedir a outros países,

nomeadamente à Alemanha e à Áustria, auxílio para o combate à pandemia, devido ao elevado número de casos e internamentos (2).

Em Portugal, o pico da gravidade em termos de saúde aconteceu em janeiro/fevereiro de 2021, com mais de 300 mortes diárias associadas à Covid-19 (3,4), e com milhares de doentes internados. Globalmente, e contabilizando todas as mortes no país, chegou a atingir-se mais de 700 mortes diárias (5), valor muito superior à média de outros anos para os mesmos meses e que causou um claro impacto nos serviços de saúde e nos profissionais dos mesmos.

Atendendo a toda a sobrecarga verificada no SNS, as equipas de profissionais de saúde da linha de frente enfrentaram situações de trabalho exigentes, como a exposição direta a pacientes com alta carga viral, a exposição ao risco de contaminação, o esgotamento físico e a reorganização dos espaços de trabalho a fim de melhorar a resposta podendo receber mais pacientes diagnosticados com SARS CoV2. Além destas, a adaptação a novas regras rígidas de trabalho, a gestão da escassez de materiais, o alto número de mortes entre pacientes, colegas ou familiares e as questões éticas relacionadas à tomada de decisões, como priorizar os meios e cuidados prestados a determinados doentes num contexto de uma exposição exacerbada à morte, evidenciam muitas das dificuldades no combate a esta pandemia (6).

Estas dificuldades eram mais notórias entre os profissionais de saúde a trabalhar na linha da frente da pandemia, uma vez que lidavam diária e diretamente com pacientes com o novo coronavírus sobre o qual pouco se sabia, submetendo-se a maior risco de infeção pelo mesmo. Devido a todas as dificuldades e exigências enfrentadas por esta classe profissional, manifestou-se uma perturbação no que se refere à saúde mental dos referidos profissionais (7).

Com um número sem precedentes de pacientes críticos, com o curso, muitas vezes, imprevisível da doença (devido ao surgimento de novas variantes), altas taxas de mortalidade e falta de tratamento ou diretrizes de tratamento (8,9), assim como com a repetição incessante de situações difíceis e mentalmente desgastantes, houve interesse em pesquisar qual a influência das características da atual pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde do SNS na linha da frente de combate à mesma. Numa pesquisa inicial, encontraram-se estudos que confirmam a existência de sofrimento psicológico em epidemias como a MERS-CoV (10), o Ébola na Serra Leoa (11), assim como em pandemias como o H1N1 em 2009 (12) e a SARS em 2003 (13).

Após essa pesquisa pelos artigos que relatam complicações a longo prazo e inclusive o abandono da profissão, por parte dos profissionais de saúde, devido a problemas psicológicos/psiquiátricos relacionados com as crises em saúde que testemunharam, procedeu-se ao estudo particular do Síndrome de Stress Pós-traumático (SSPT). Planeou-se o estudo da SSPT, uma vez que é relatado como um evento potencialmente traumático, levando a sintomas psicológicos/psiquiátricos que duraram um determinado período de tempo, podendo constituir a patologia em estudo.

O SSPT é uma síndrome psiquiátrica prevalente e tipicamente debilitante com um distúrbio funcional significativo em vários domínios. Tanto a manifestação quanto a etiologia são complexas, o que tem dificultado a definição e o diagnóstico desta condição. O mecanismo através do qual surge esta perturbação ainda não foi totalmente elucidado (14), no entanto, literatura recente sugere que tanto o sistema neuroendócrino quanto o sistema imunológico estão envolvidos na formulação e desenvolvimento da SSPT. Isto salienta a condição somática da patologia, de modo que pacientes com a referida perturbação apresentam alterações biológicas em várias vias primárias dos sistemas abordados (15).

O diagnóstico do SSPT foi estabelecido pela primeira vez na 3ª edição do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM) através de 17 sintomas divididos em 3 grupos. Ao longo dos anos, este diagnóstico do DSM foi sofrendo alterações de modo a ser melhorado, tendo, em 2013, ocorrido a mais recente mudança com a publicação da 5ª edição do referido manual. Nesta altura, a SSPT é retirada do grupo das perturbações de ansiedade, passando a integrar, desde então, uma nova categoria, a das perturbações relacionadas com trauma e stress, começando a denominar-se Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) (16).

Por outro lado, a “Classificação Internacional de Doenças” (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma abordagem substancialmente diferente para o diagnóstico de PSPT na sua versão mais recente, CID-11. Esta perturbação pode desenvolver-se após a exposição a um evento ou série de eventos extremamente ameaçador ou horrível. Caracteriza-se por todos os seguintes:

- 1) reviver o evento ou eventos traumáticos no presente na forma de memórias vívidas intrusivas, *flashbacks* ou pesadelos, podendo ocorrer por meio de uma ou múltiplas modalidades sensoriais, sendo tipicamente acompanhada por emoções fortes ou avassaladoras, particularmente medo ou horror, e fortes sensações físicas;

- 2) evicção de pensamentos e memórias do evento ou eventos, ou evicção de atividades, situações ou pessoas que lembram o(s) evento(s);

3) percepções persistentes de uma grande ameaça atual, por exemplo, conforme indicado por hipervigilância ou uma reação de sobressalto exagerada a estímulos como ruídos inesperados. Os sintomas persistem por pelo menos várias semanas e causam prejuízo significativo a nível pessoal, familiar, social, ocupacional, da educação ou noutras áreas importantes (17).

Ambas as diretrizes diagnósticas enfatizam a exposição a eventos traumáticos e o tempo de duração, que diferenciam o PSPT de algumas doenças com sintomas semelhantes, incluindo perturbação de ajustamento, perturbação de ansiedade, perturbação obsessivo-compulsivo e perturbação de personalidade.

Vários estudos (16,18,19) demonstram que a prevalência de PSPT usando a CID-11 é menor em comparação com o DSM-V, o que justifica o facto de neste estudo utilizar o último para o estudo da PSPT.

Assim, atendendo à 5ª edição do DSM, a Perturbação de Stress Pós-traumático é classificada consoante 20 sintomas dentro de quatro grupos: intrusão, evicção ativa, alterações negativas nas cognições e humor, bem como alterações marcantes na excitação e reatividade. As exigências para diagnosticar esta perturbação podem ser resumidas como uma exposição a um evento traumático acompanhada por pelo menos:

- um sintoma de intrusão;
- um sintoma de evicção persistente;
- duas alterações negativas nas cognições e sintomas de humor;
- dois sintomas de turbulência de excitação e reatividade;

persistindo por pelo menos um mês, com compromisso funcional, não atribuído a efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (20).

Segundo o mesmo manual, um evento pode ser considerado potencialmente traumático se houver exposição a morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual de uma (ou mais) das seguintes maneiras:

- Vivenciando diretamente o(s) evento(s) traumático(s);
- Testemunhando, pessoalmente, o(s) evento(s) como ocorreu a outros;
- Compreendendo um familiar ou amigo próximo a quem tenha ocorrido um(s) evento(s) traumático(s), sendo que em casos de morte real ou ameaça de morte de um membro da família ou amigo, o(s) evento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(ais);
- Experimentando a exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s).

SSPT em profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia

No último ponto, não se pode aplicar a exposição aos meios de comunicação eletrónica, televisão, filmes ou fotos, exceto se for uma exposição relacionada com trabalho (20).

Logo, atentando a esta definição do critério A da PSPT, evidencia-se que pode advir da pandemia por SARS CoV2, uma outra “pandemia”, neste caso relacionada à saúde mental, na qual pode estar integrado a perturbação de stress pós-traumático nos profissionais de saúde da linha da frente da Covid-19.

O objetivo deste projeto será a análise do impacto que a pandemia por Covid-19 teve na saúde mental dos profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que trabalharam na linha da frente da pandemia em curso, no Serviço Nacional de Saúde, uma vez que a população portuguesa tem acesso ao SNS mais facilmente, já que este é tendencialmente gratuito. No caso de tal ter acontecido, vai tentar perceber-se se efetivamente esse impacto na saúde mental foi percebido pelos profissionais de saúde e se poderá ser considerada Perturbação de Stress Pós-traumático.

2 Materiais e métodos

2.1 Desenho do estudo

Tipo de estudo: Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, tendo como principal objetivo a análise do impacto que a pandemia por Covid-19 teve na saúde mental dos profissionais de saúde, nomeadamente no que se refere à Perturbação de Stress Pós-traumático naqueles que trabalharam na linha da frente da pandemia em curso, no Serviço Nacional de Saúde.

Recolha de dados: Os dados foram recolhidos através da realização de um inquérito online disponibilizado na plataforma *Google Forms*, durante o período compreendido entre 11 de janeiro e 11 de março de 2022.

Seleção dos participantes: Amostragem de conveniência, através do envio de email e SMS para profissionais de saúde conhecidos do investigador principal. Foram também contactados os conselhos de administração de todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde do país, procurando dar cobertura nacional ao inquérito.

Crítérios de inclusão: Indivíduos que trabalharam no Serviço Nacional de Saúde português durante a pandemia, nomeadamente durante os períodos mais críticos, e que estiveram em contacto direta e/ou indiretamente com doentes infetados com SARS-CoV2.

Crítérios de exclusão: Indivíduos que não trabalham no Serviço Nacional de Saúde e/ou que não estiveram em contacto direta e/ou indiretamente com doentes com Covid-19.

Tamanho da amostra: Considerando a natureza do estudo e a sobrecarga do sistema de saúde, em Portugal, devido à pandemia de Covid-19, é expectável que o estudo tenha um alcance limitado. Assim, foi definido pelos investigadores como objetivo mínimo de respostas as 150. No entanto, todas as respostas foram tidas em consideração nos resultados finais.

2.2 Instrumentos

Os dados necessários à realização do estudo foram recolhidos através de um questionário online composto por 29 questões, desenvolvido após uma revisão bibliográfica, tendo como alvo estudos relacionados com a Perturbação de Stress Pós-traumático e a pandemia por SARS CoV2.

O conteúdo do questionário foi delineado com base no DSM-IV e não no DSM-V, o mais atualizado, pois, por erro do autor principal, foi utilizado um questionário de autopreenchimento do DSM mais antigo. Os resultados terão de ser, por isso, analisados

com mais cuidado de forma a avaliar se a indicação de PSPT foi identificada nos profissionais de saúde, e de que modo a alteração do DSM-IV para o mais recente pode influenciar essa avaliação.

Foi também desenvolvida uma versão do questionário em papel (Anexo I). No entanto, devido à situação pandémica, não foi possível a utilização desta metodologia.

2.2.1 Escalas utilizadas

A avaliação da sintomatologia inerente à Perturbação de Stress Pós-traumático foi realizada através de um questionário com três blocos de questões, sendo que cada um procura avaliar aspetos diferentes: 1) parâmetros sociodemográficos, envolvendo a faixa etária, género e funções no serviço nacional de saúde; 2) o contacto com e testemunho do internamento de doentes Covid-19, consumo de substâncias psicotrópicas e a procura por ajuda psicológica ou psiquiátrica nas alturas mais complicadas da pandemia; 3) sintomatologia de síndrome de stress pós-traumático.

Nos dois primeiros blocos, as questões eram de escolha múltipla. Já no último bloco foi realizada a avaliação da sintomatologia da Perturbação de Stress Pós-traumático através de uma escala de Likert retirada e traduzida da *PTSD check-list* DSM-IV, tendo sido escolhida a versão PCL-C, visto que pode ser aplicada a qualquer evento traumático, apesar de existir, também, a versão PCL-M utilizada especificamente em casos de SSPT causada por experiências militares (21).

2.2.2 Tratamento dos dados recolhidos a partir de escalas de Likert

A análise dos resultados obtidos a partir de escalas de Likert tem sido alvo de controvérsia na comunidade científica, tal como descrito por Norman (22) e Sullivan & Artino (23), residindo a essência do problema na definição de quais as técnicas estatísticas mais adequadas para proceder à análise dos dados recolhidos a partir delas. Vários autores, entre os quais se inclui Jamieson (24), afirmam que, por não se tratar de escalas contínuas, mas sim de escalas ordinais, não é possível assumir que os intervalos entre os valores da escala são iguais, nem tão pouco garantir a normalidade da distribuição da variável subjacente. Por isso, defendem o recurso a técnicas não paramétricas para o tratamento desse tipo de dados, uma vez que os pressupostos subjacentes à utilização de técnicas paramétricas não são cumpridos. Face ao exposto, neste estudo são utilizadas, por isso, técnicas não paramétricas.

2.3 Análise estatística

Os dados recolhidos foram alvo de uma análise descritiva e analítica, utilizando o *software* Statistical Package for the Social Science® (SPSS), versão 28.

As estatísticas descritivas utilizadas para caracterizar as variáveis categóricas foram as frequências absolutas e relativas, tendo os intervalos de confiança de 95% sido calculados através do método de Clopper-Pearson. Para todos os testes realizados, o nível de significância estatística foi estabelecido a $p < 0,05$.

Algumas das variáveis obtiveram um número de respostas em determinadas categorias diminuto, o que levou à recodificação dessas para efeitos de análises de dados posteriores. Uma dessas foi a função de cada profissional de saúde, sendo que passou a integrar três categorias: médicos, enfermeiros e outros. Na categoria médicos encontram-se todos aqueles que responderam médicos, médicos internos de formação específica, médicos internos de formação geral e médicos tarefeiros. Em relação à categoria outros incluíram-se as categorias auxiliares de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde e outro. Já a categoria enfermeiros manteve-se com as respostas apenas dos enfermeiros.

A variável referente à especialidade em que cada inquirido exerce funções foi outra das que sofreu recodificação, atendendo à dispersão das respostas. Assim, esta variável ficou com apenas três categorias: especialidades médicas, especialidades cirúrgicas e outros serviços. Devido à ausência de um documento que faça a divisão oficial entre especialidades médicas e cirúrgicas, o autor principal optou por uma recodificação baseada nos seus conhecimentos das especialidades. Como tal, da categoria especialidades médicas fazem parte especialidades como anatomia patológica, cardiologia, cardiologia pediátrica, dermatovenereologia, doenças infecciosas, endocrinologia e nutrição, farmacologia clínica, gastroenterologia, genética médica, hematologia clínica, imunoalergologia, imunohemoterapia, medicina desportiva, medicina do trabalho, medicina física e de reabilitação, medicina geral e familiar, medicina intensiva, medicina interna, medicina legal, medicina nuclear, medicina tropical, nefrologia, neurologia, neurorradiologia, oncologia médica, patologia clínica, pediatria, pneumologia, psiquiatria, psiquiatria da infância e da adolescência, radiologia, radioncologia, reumatologia, saúde pública e serviço de urgência. Este último serviço foi aqui incluído devido à diversidade de especialidades que alberga. Por outro lado, na categoria especialidades cirúrgicas, onde são abrangidas especialidades como anestesiologia, angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardíaca, cirurgia cardiotorácica, cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica reconstrutiva e estética, cirurgia torácica, estomatologia, ginecologia/obstetrícia,

neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia. Quanto à categoria outros serviços, esta inclui todas as respostas dadas como “outros”.

Atendendo agora à escala de Likert utilizada, esta é composta por cinco pontos, em que os valores 1, 2, 3, 4 e 5 equivalem, respetivamente, a “Nunca”, “Raramente”, “Ocasionalmente”, “Frequentemente” e “Muito frequentemente”, tal como visível no Anexo 1. As duas primeiras respostas não são relevantes para considerar a sintomatologia dos inquiridos, no entanto, quando respondido “Ocasionalmente”, “Frequentemente” e “Muito frequentemente”, os sintomas associados a essas questões são considerados. Esta escala é composta por 17 itens, divididos em três grupos, B (questões 1 a 5), C (questões 6 a 12) e D (questões 13 a 17), aos quais foi atribuída uma pontuação em função da resposta do inquirido, baseando-se, para tal, na resposta a cada item e consecutiva conversão numérica. Procedeu-se, portanto, ao somatório das pontuações atribuídas a cada item da escala, obtendo-se uma pontuação total entre 17 e 85, revelando o grau de gravidade dos sintomas relacionados com a PSPT. No que respeita a esse somatório, conclui-se, segundo o questionário do DSM-IV, que uma pontuação total menor que 36, não demonstra evidência de PSPT. Uma pontuação total entre 36 e 44 considera-se uma zona cinzenta para este diagnóstico, uma vez que há alguns que têm pontuação total neste intervalo e que também teriam a perturbação em estudo. Assim, embora alguns deles possam ser considerados falsos positivos, alarga-se o intervalo para o diagnóstico dos participantes de modo a maximizar a deteção de possíveis casos de PSPT, já que não deve ser descartada a possibilidade de a desenvolverem. Com uma pontuação igual ou superior a 44 é possível minimizar o diagnóstico de falsos positivos para PSPT, permitindo uma maior certeza no diagnóstico.

Realizou-se, também, a análise das respostas aos itens de cada grupo, sendo que para se considerar um indivíduo como sintomático em relação à perturbação, este deve obter pelo menos uma resposta sintomática, ou seja, ter uma pontuação igual ou superior a 3, em pelo menos um dos itens do grupo B, em pelo menos três itens do grupo C e pelo menos dois itens do grupo D. Com estes mínimos de pontuação para serem sintomáticos à patologia em estudo, seria expectável que um indivíduo com uma pontuação total de 29 pontos apresentasse sintomatologia de PSPT. No entanto, a pontuação mínima para o diagnóstico de PSPT na mesma escala é de 44 pontos, ou 36 em determinados casos, como referido anteriormente. Neste caso, os 29 pontos ficam aquém da pontuação mínima para um possível diagnóstico. Seguindo as indicações do documento com orientações para a utilização da *PTSD check-list* do DSM-IV, procedeu-se à combinação do somatório das pontuações de todos os itens (17 a 85 pontos) e da análise das respostas dos itens de cada grupo (B, C e D), a fim de se assegurar que um indivíduo tem o padrão de sintomas estando, ao mesmo tempo, no intervalo de severidade da patologia. Desta forma objetiva-se um

diagnóstico mais preciso da Perturbação de Stress Pós-traumático, diminuindo a taxa de falsos positivos. Além do mais, relativamente à escala de Likert, deve dar-se ênfase, também, ao facto de se terem somado, em cada item, todas as respostas sintomáticas, permitindo uma perceção da percentagem de sintomáticos em cada um.

A identificação de associações entre variáveis categóricas foi realizada através do teste Qui-Quadrado (χ^2) utilizando-se o valor do Teste exato de Fisher sempre que a tabela de contingência apresentasse mais de 20% do número total de células com frequência esperada inferior a 5, ou células com frequência observada igual a zero, tal como recomendado por Peat (25). Como medidas de *effect size*, recorreu-se ao coeficiente Phi (ϕ) no caso de tabelas de contingência 2x2 e ao V de Cramer (V) no caso de tabelas de contingência com dimensão superior (26).

2.4 Aprovação do estudo

A investigação proposta, incluindo a pesquisa online, foi aprovada pelo Comité de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI) (Anexo II), bem como do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) (Anexo III) e do Centro Hospitalar do Oeste (CHO) (Anexo IV). Além destes pareceres dos Comités de Ética, também o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o e do Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira autorizaram a divulgação do questionário entre os seus profissionais de saúde para que se pudesse prosseguir no estudo sem necessidade dos pareceres do Comités de Ética respetivos. Antes de confirmar o seu consentimento a fim de participarem no estudo, foram fornecidas informações aos entrevistados sobre os seus propósitos e restrições éticas associadas.

3 Resultados

3.1 Caracterização da amostra

Foram colhidos um total de 248 questionários, dos quais foram excluídos 46 devido a erros e/ou não estarem dentro dos critérios de inclusão do estudo, nomeadamente, trabalhar no SNS. Isto resulta num total de 202 participantes elegíveis para o estudo.

3.1.1 Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos da amostra encontram-se resumidos nas Figuras 1 e 2, podendo verificar-se que a mesma é constituída por 40 homens (19,80%) e 162 mulheres (80,20%). Relativamente à idade, houve maior número de respostas na faixa etária dos 26 a 35 anos ($n = 97$; 48,00%), seguindo-se o intervalo de idades dos 36 aos 45 anos ($n = 51$; 25,20%), sendo relevante ainda destacar o baixo número de respostas entre os 18 e 25 anos ($n = 7$; 3,50%).

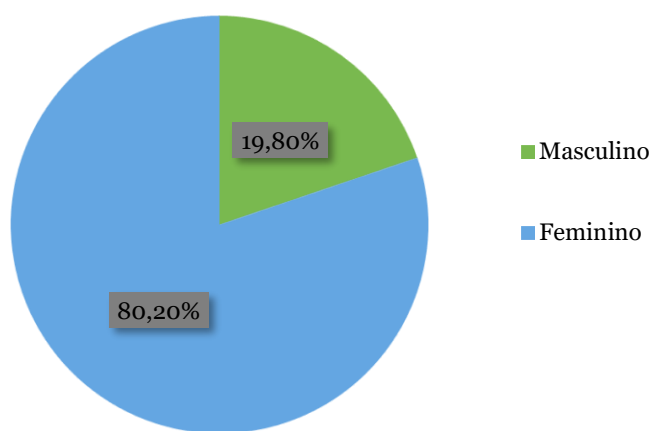


Figura 1. Caracterização da amostra relativamente ao género

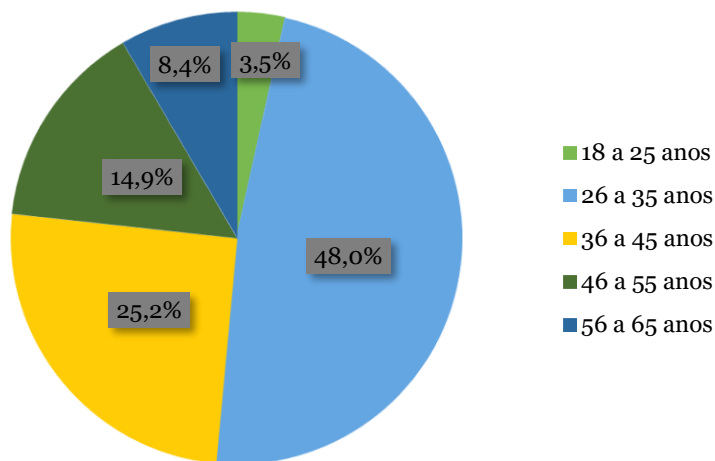


Figura 2. Caraterização da amostra relativamente à idade

3.1.2 Dados socioprofissionais

Quanto à função de cada profissional de saúde (Figura 3), observa-se que a maioria dos profissionais são médicos (n = 50; 25,00%) e enfermeiros (n = 50; 25,00%), seguidos pelos médicos internos de formação específica (n = 40; 20%).

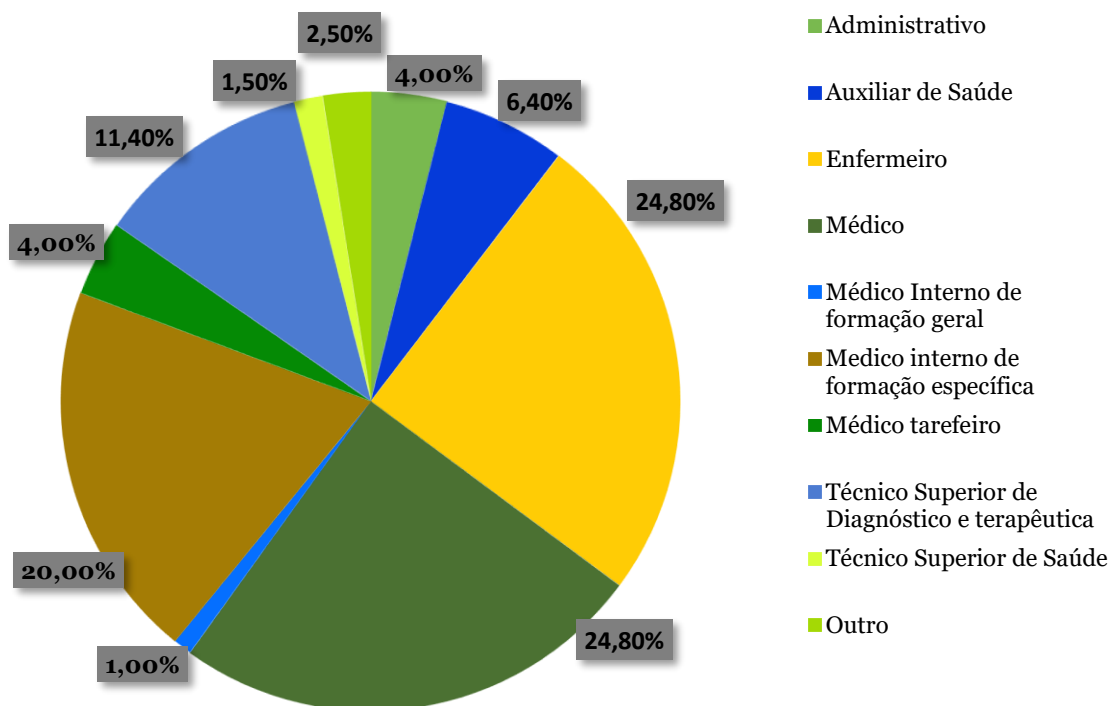


Figura 3. Caraterização da amostra relativamente à função que exerce

Considerando a recodificação desta variável, alcançou-se um maior número de respostas entre os médicos (n = 100; 49,50%), seguido de outro (n = 52; 25,7%) e, por fim, enfermeiros (n = 50; 24,80%).

Em relação à especialidade em que exerce funções (Figura 4), as especialidades médicas obtiveram um maior número de respostas (n = 165; 81,70%), seguindo-se outros com 19 respostas (9,40%) e, finalmente, as especialidades cirúrgicas (n = 18; 8,90%).

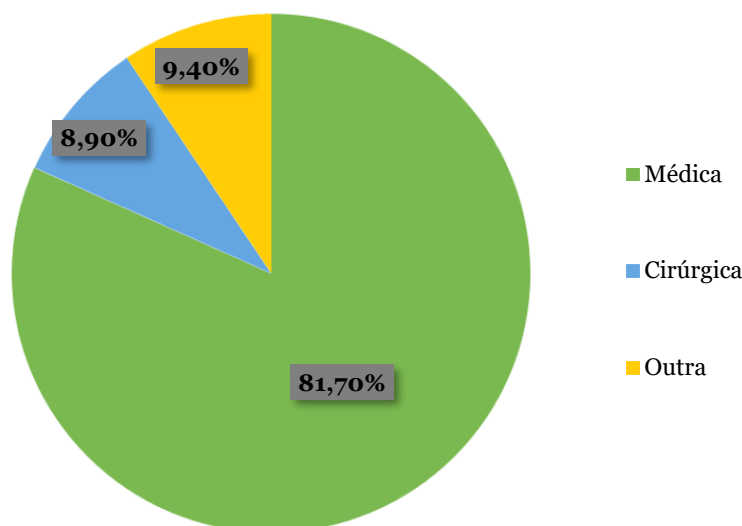


Figura 4. Caracterização da amostra consoante a especialidade em que exerce funções

3.1.3 Dados da experiência com o SARS CoV2

Para analisar a experiência de cada profissional de saúde com o SARS CoV2 foi considerada a existência de contacto direto, indireto ou ambos com a Covid-19, testemunho do internamento de pessoas infetadas e se os profissionais tinham familiares e/ou amigos internados com Covid-19.

No caso do contacto com Covid-19, observou-se um número muito elevado de voluntários que estabeleceram contacto direto com a Covid-19 (n = 112; 55,40%), quando comparado com contacto indireto (n = 20; 9,90%) ou com contacto direto e indireto (n = 70; 34,70%) (Figura 5).

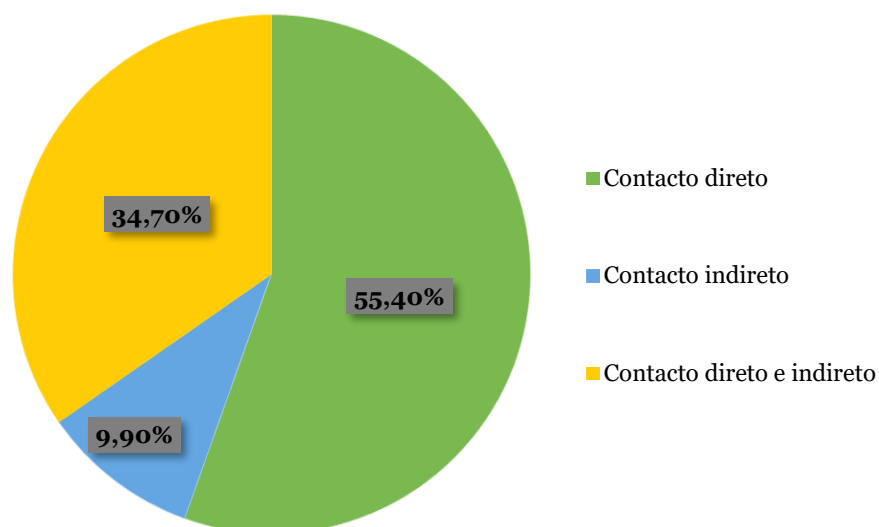


Figura 5. Caraterização da amostra conforme o tipo de contacto com doentes Covid-19

Em relação a ter testemunhado o internamento de pessoas infetadas, verificou-se que uma grande maioria dos participantes do estudo ($n = 154$; 76,20%) estiveram a lidar de perto com o internamento de pessoas infetadas com Covid-19 (Figura 6).

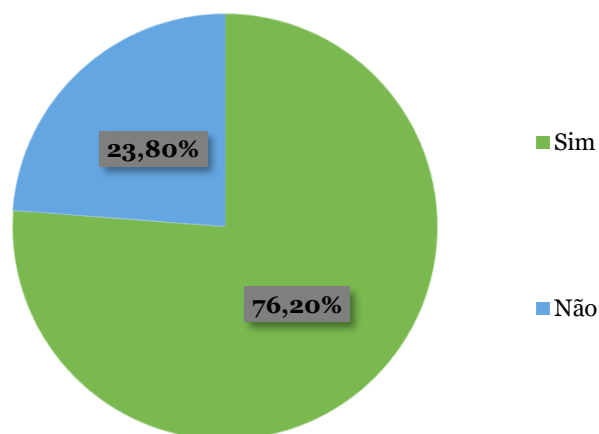


Figura 6. Caraterização da amostra com base no testemunho do internamento de pessoas infetadas com Covid-19

No que se refere ao internamento de amigos e/ou familiares, apenas 33,20% ($n = 67$) da amostra referiu viver essa situação (Figura 7).

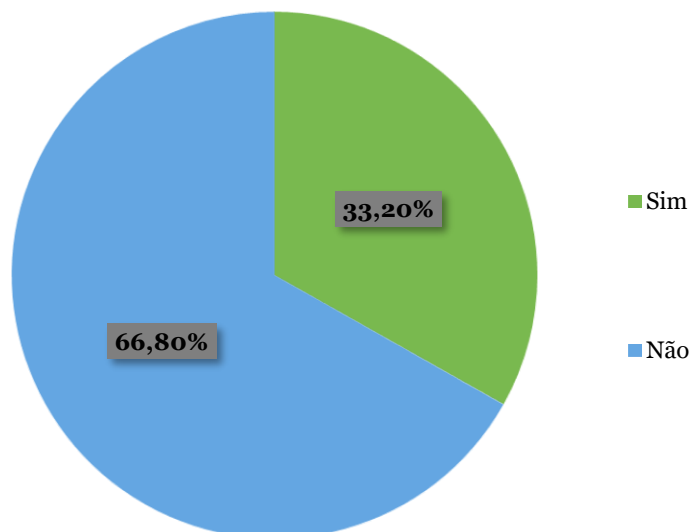


Figura 7. Caraterização da amostra com base no internamento de familiares e/ou amigos

3.1.4 Dados de cariz comportamental

Foram, também, analisadas as respostas às perguntas de cariz comportamental, nomeadamente, sobre o início ou aumento do consumo de substâncias ilícitas, a consulta de psicólogo e/ou psiquiatra e o início de medicação nas alturas mais complicadas da pandemia.

É de referir que 10,40% (n = 21) de todos os profissionais de saúde iniciaram ou aumentaram o consumo de substâncias ilícitas (Figura 8). No que toca à consulta de psicologia e/ou psiquiatria, verificou-se um número ainda maior de respostas (n = 31; 15,30%) e 54 (26,70%) inquiridos assumem ter necessitado de utilizar medicamentos nas alturas mais complicadas da pandemia (Figuras 9 e 10, respetivamente).

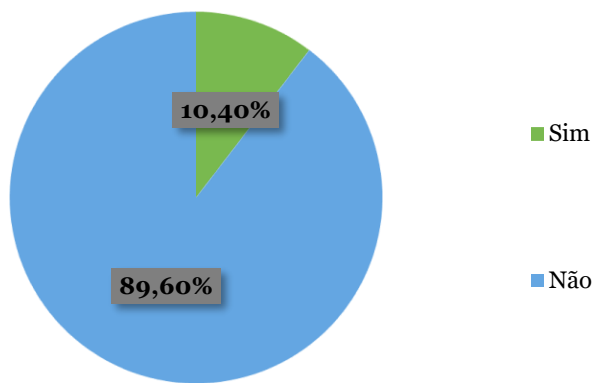


Figura 8. Caraterização da amostra relativamente ao início/aumento do consumo de substâncias ilícitas

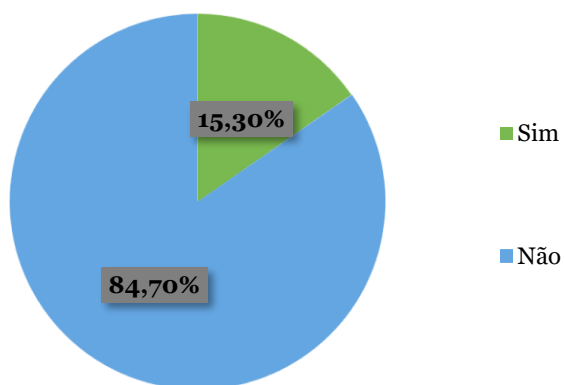


Figura 9. Caraterização da amostra relativamente à recorrência a consultas de psicologia e/ou psiquiatria

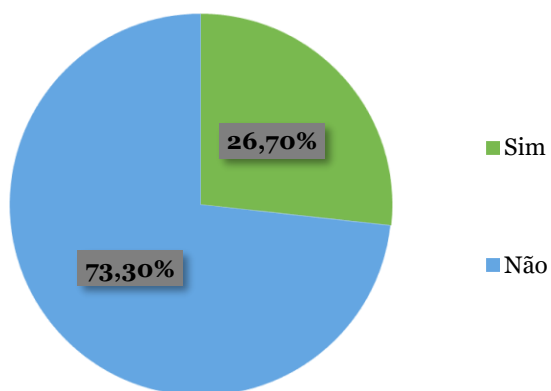


Figura 10. Caraterização da amostra relativamente à recorrência a medicamentos nas alturas mais complicadas da pandemia

3.2 Dados da escala de Likert

Segundo as respostas à escala de Likert, retirada e traduzida da *PTSD check-list* DSM-IV, utilizada no estudo, é de notar frequências relativamente altas de respostas sintomáticas a alguns itens, por parte dos participantes, como por exemplo no que concerne ao sentir-se distante e isolado (n = 95; 47%), e às dificuldades de concentração (n = 93; 46%). Por outro lado, observa-se uma frequência baixa de respostas sintomáticas em itens referentes a episódios de amnésia dissociativa (n = 22; 10,90%), como visível na Tabela 1.

Já no que diz respeito às respostas às restantes perguntas, obteve-se 75 (37,10%) respostas sintomáticas relativamente à existência de problemas em adormecer ou manter-se a dormir, 70 (36,20%) no que toca a episódios de irritação ou explosões de raiva e 73 (36,10%) no referente à evicção de memórias e pensamentos ou sentimentos. 72 (35,70%) participantes apresentavam sintomas quanto à existência de lembranças intrusivas e angustiantes, bem como à sensação de que o futuro foi encurtado de alguma forma ou ao facto de se chatearem quando algo os relembra do evento. No que se refere à perda de interesse em atividades outrora prazerosas chegou-se a 71 (35,20%) respostas sintomáticas, 69 (34,20%) responderam uma das três opções acima declaradas em relação ao estado super alerta/vigilante e outros tantos evidenciavam-se com sensação de nervosismo ou assustadiços, e 63 (31,20%) tentam evitar lembranças externas sobre o sucedido.

Por último, mas não menos importante, 49 (24,30%) inquiridos relatam eventos de revivência da experiência, 43 (21,30%) admitem ter reações fisiológicas fortes (taquicardia, problemas respiratórios, transpiração cutânea...) quando se relembram das alturas mais complicadas da pandemia, 42 (20,80%) revelam dificuldade em ter sensações positivas e 41 (20,40%) afirmam ter sonhos angustiantes e recorrentes.

Tabela 1. Dados segundo a escala de Likert

Variável		n	%
Lembranças intrusivas e angustiantes	Nunca	71	35,10
	Raramente	59	29,20
	Ocasionalmente	46	22,80
	Frequentemente	23	11,40
	Muito frequentemente	3	1,50
Sonhos angustiantes e recorrentes	Nunca	117	57,90
	Raramente	44	21,80
	Ocasionalmente	29	14,40
	Frequentemente	10	5,00
	Muito frequentemente	2	1,00
Eventos de revivência da experiência	Nunca	105	52,00
	Raramente	48	23,80
	Ocasionalmente	29	14,40
	Frequentemente	14	6,90
	Muito frequentemente	6	3,00
Chateado com lembranças da experiência	Nunca	77	37,10
	Raramente	53	26,20
	Ocasionalmente	42	20,80
	Frequentemente	23	11,40
	Muito frequentemente	7	3,50
Reações fisiológicas fortes	Nunca	127	62,90
	Raramente	32	15,80
	Ocasionalmente	22	10,90
	Frequentemente	16	7,90
	Muito frequentemente	5	2,50
Evicção de memórias e pensamentos ou sentimentos	Nunca	88	43,60
	Raramente	41	20,30
	Ocasionalmente	32	15,80
	Frequentemente	27	13,40
	Muito frequentemente	14	6,90
Evicção de lembranças externas	Nunca	98	48,50
	Raramente	41	20,30
	Ocasionalmente	30	14,90
	Frequentemente	20	9,90
	Muito frequentemente	13	6,40
Amnésia dissociativa	Nunca	160	79,20
	Raramente	20	9,90
	Ocasionalmente	16	7,90
	Frequentemente	5	2,50
	Muito frequentemente	1	0,50
Perda de interesse em atividades outrora prazerosas	Nunca	82	40,60
	Raramente	49	24,30
	Ocasionalmente	39	19,30
	Frequentemente	24	11,90
	Muito frequentemente	8	4,00
Distante e isolado das outras pessoas	Nunca	71	35,10
	Raramente	36	17,80
	Ocasionalmente	49	24,30
	Frequentemente	31	15,30
	Muito frequentemente	15	7,40
Dificuldade em ter sensações positivas	Nunca	118	58,40
	Raramente	42	20,80
	Ocasionalmente	25	12,40
	Frequentemente	13	6,40
	Muito frequentemente	4	2,00

Sensação de futuro encurtado	Nunca	77	38,10
	Raramente	53	26,20
	Ocasionalmente	36	17,80
	Frequentemente	27	13,40
	Muito frequentemente	9	4,50
Problema em adormecer/manter a dormir	Nunca	81	40,10
	Raramente	46	22,8
	Ocasionalmente	36	17,80
	Frequentemente	22	10,90
	Muito frequentemente	17	8,40
Irritação/Explosões de raiva	Nunca	77	38,10
	Raramente	52	25,70
	Ocasionalmente	39	19,30
	Frequentemente	25	12,40
	Muito frequentemente	9	4,50
Dificuldade na concentração	Nunca	51	25,20
	Raramente	58	28,70
	Ocasionalmente	52	25,70
	Frequentemente	31	15,30
	Muito frequentemente	10	5,00
Super alerta/vigilante	Nunca	77	38,10
	Raramente	56	27,70
	Ocasionalmente	35	17,30
	Frequentemente	25	12,40
	Muito frequentemente	9	4,50
Sensação de nervosismo/assustadiço	Nunca	79	39,10
	Raramente	54	26,70
	Ocasionalmente	36	17,80
	Frequentemente	28	13,90
	Muito frequentemente	5	2,50

3.3 PSPT nos profissionais de saúde

Para analisar o diagnóstico de PSPT nos profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia, considerou-se a pontuação total e o mínimo de respostas sintomáticas. Atendendo à pontuação total e com base no *cut-off* de 44, totalizaram-se 53 indivíduos (26,2%) com diagnóstico de PSPT, e 149 (73,8%) sem este diagnóstico. Por outro lado, atendendo ao *cut-off* de 36, é percebido um aumento no número de profissionais de saúde com esta perturbação de 53 para 78 casos (perfazendo assim um total de 38,6% de entre a amostragem).

Adicionalmente, utilizando o critério de ter um mínimo de respostas sintomáticas para ser considerado diagnóstico, verifica-se uma pequena diferença na quantidade de indivíduos diagnosticados com PSPT, um total de 55 (27,20%).

Por fim, aplicando estes dois critérios em simultâneo, observa-se que 54 (26,70%) voluntários cumprem os dois critérios para o diagnóstico de PSPT, já que 24 profissionais de saúde teriam uma pontuação maior ou igual a 36 pontos, não tendo o número mínimo de respostas sintomáticas em cada grupo e 1 profissional de saúde teria o número mínimo

de respostas sintomáticas em cada grupo, mas não possuía a pontuação mínima de 36 (Figura 11).

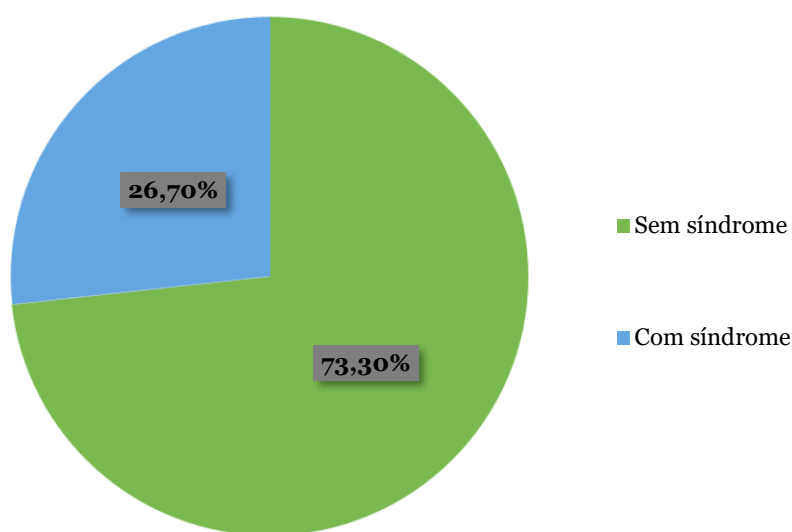


Figura 11. Caraterização da amostra com base no diagnóstico de PSPT

3.3.1 Incidência de PSPT em função das caraterísticas sociodemográficas

Considerando as caraterísticas sociodemográficas, foram analisados os casos diagnosticados de PSPT em função do género e da idade. Os resultados do teste Qui-quadrado de Pearson e do Teste exato de Fisher encontram-se resumidos na Tabela 2, onde se verifica que há uma associação estatisticamente significativa da patologia em estudo com o género, $p = 0,027$, sendo mais frequente no género feminino (90,7%) embora não se verifique uma associação estatisticamente significativa com a idade, $p = 0,811$.

Tabela 2. PSPT em função das caraterísticas sociodemográficas

		Sem PSPT (n = 148) n (%)	Com PSPT (n = 54) n (%)	Estadística de teste	P	Effect size
Género	Masculino	35 (23,6%)	5 (9,3%)	$X^2 (1, n = 202) = 5,158$	0,027	$\Phi = 0,160$
	Feminino	113 (76,4%)	49 (90,7%)			
Idade	18 a 25 anos	5 (3,4%)	2 (3,7%)	Teste exato de Fisher = 1,622	0,811	$\Phi_c = 0,083$
	26 a 35 anos	74 (50%)	23 (42,6%)			
	36 a 45 anos	36 (24,3%)	15 (27,8%)			
	46 a 55 anos	20 (13,5%)	10 (18,5%)			
	56 a 65 anos	13 (8,8%)	4 (7,4%)			

3.3.2 Incidência de PSPT em função das características socioprofissionais

Quanto às características socioprofissionais, a função de cada profissional de saúde, bem como o serviço em que trabalham foram analisados consoante a existência ou não de PTSD. Na Tabela 3, observa-se que não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o diagnóstico de PSPT e a função ou especialidade dos profissionais de saúde ($p > 0,05$).

Tabela 3. PSPT em função das características socioprofissionais

		Sem PSPT (n = 148) n (%)	Com PSPT (n = 54) n (%)	Estatística de teste	p	Effect size
Função	Médico	75 (50,7%)	25 (46,3%)	$X^2 (2, n = 202) = 2,375$	0,305	$\Phi_c = 0,108$
	Enfermeiro	39 (26,4%)	11 (20,4%)			
	Outro	34 (23%)	18 (33,3%)			
Especialidade	Médica	120 (81,1%)	45 (83,3%)	$X^2 (2, n = 202) = 0,348$	0,870	$\Phi_c = 0,041$
	Cirúrgica	13 (8,8%)	5 (9,3%)			
	Outra	15 (10,1%)	4 (7,4%)			

3.3.3 Incidência de PSPT em função da experiência com o SARS CoV2

A experiência com o SARS CoV2 foi analisada atendendo ao contacto com doentes Covid-19, ao testemunho do internamento de doentes infetados e ao facto de ter familiares e/ou amigos internados com Covid-19. Os resultados da análise da associação entre estas variáveis e o diagnóstico de PSPT podem ser observados na Tabela 4. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre o diagnóstico de PSPT e ter testemunhado o internamento de doentes infetados pelo novo coronavírus ($p = 0,039$), e a existência de familiares e/ou amigos internados devido ao vírus referido ($p = 0,019$). Observam-se mais casos de participantes com PSPT que testemunharam o internamento de doentes infetados (87%) e reportaram ter familiares e/ou amigos internados devido ao vírus (46,3%) do que participantes sem diagnóstico (72,3% e 28,4%, respetivamente). Relativamente ao contacto com doentes Covid-19, não se constatou uma associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de PSPT.

Tabela 4. PSPT em função da experiência com SARS CoV2

		Sem PSPT	Com PSPT	Estatística de teste	p	Effect size
		(n = 148)	(n = 54)			
		n (%)	n (%)			
Contacto com infetados	Direto	80 (54,1%)	32 (59,3%)	$X^2 (2, n = 202) = 0,839$	0,689	$\Phi_c = 0,064$
	Indireto	14 (9,5%)	6 (11,1%)			
	Direto e indireto	54 (36,5%)	16 (29,6%)			
Testemunho de internamento	Sim	107 (72,3%)	47 (87%)	$X^2 (1, n = 202) = 4,745$	0,039	$\Phi = - 0,153$
	Não	41 (27,7%)	7 (13%)			
Familiares e/ou amigos	Sim	42 (28,4%)	25 (46,3%)	$X^2 (1, n = 202) = 5,730$	0,019	$\Phi = - 0,168$
	Não	106 (71,6%)	29 (53,7%)			

3.3.4 Incidência de PSPT em função do cariz comportamental

Estão patentes, na Tabela 5, os resultados da análise de associação entre a PSPT e o cariz comportamental dos inquiridos durante os períodos mais críticos da pandemia a Covid-19. Assim, observam-se associações estatisticamente significativas entre o diagnóstico de PSPT e o consumo de substâncias ilícitas ($p = 0,035$), a consulta de psicólogo/psiquiatra ($p < 0,001$) e a necessidade de medicamentos ($p < 0,001$), sendo que se constata mais casos de participantes com PSPT que reportam ter sentido necessidade de medicamentos (57,4%), recorrido a uma consulta de psicologia e/ou psiquiatria (33,3%) e consumido substâncias ilícitas (18,5%), quando comparados com participantes sem PSPT (15,5; 8,8 e 7,4%, respetivamente).

Tabela 5. PSPT em função do cariz comportamental

		Sem PSPT	Com PSPT	Estatística de teste	p	Effect size
		(n=148) n (%)	(n=54) n (%)			
Consumo de substâncias ilícitas	Sim	11 (7,4%)	10 (18,5%)	$X^2 (1, n = 202) = 5,220$	0,035	$\Phi = - 0,161$
	Não	137 (92,6%)	44 (81,5%)			
Consulta psicologia e/ou psiquiatria	Sim	13 (8,8%)	18 (33,3%)	$X^2 (1, n = 202) = 18,354$	<0,001	$\Phi = - 0,301$
	Não	135 (91,2%)	36 (66,7%)			
Necessidade de medicamentos	Sim	23 (15,5%)	31 (57,4%)	$X^2 (1, n = 202) = 35,407$	<0,001	$\Phi = - 0,419$
	Não	125 (84,5%)	23 (42,6%)			

4 Discussão

O diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático é colocado em hipótese quando há exposição a um evento traumático com pelo menos um sintoma de intrusão, um de evicção persistente, dois de turbulência de excitação e reatividade e duas alterações negativas ao nível das cognições e sintomas de humor. Estes devem ter uma duração mínima de um mês com compromisso funcional sem outra causa aparente.

O impacto que a pandemia a Covid-19 trouxe para a sociedade e em especial para os serviços de saúde do SNS, devido às medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória, esperas nos hospitais por tratamentos não definidos, originou que esta pandemia fosse relatada como um evento potencialmente traumático, levando a sintomas psicológicos/psiquiátricos. É, por isso, fundamental conhecer o impacto que o novo coronavírus teve na saúde mental dos profissionais de saúde, em especial os do SNS que estiveram na linha da frente no combate à pandemia, para que possam ser tomadas medidas em prol da melhoria da saúde dos mesmos, com especial foco na área da saúde mental. Para tal é também fundamental esclarecer quais as características sociodemográficas e socioprofissionais, bem como a experiência que cada um teve com a Covid-19 e se ocorreu algum tipo de acompanhamento, uso de fármacos ou abuso de substâncias ilícitas. Isto aconteceu com o intuito de identificar eventuais nichos desta população onde a PSPT se revele mais forte, a fim de desenvolver e implementar políticas e práticas preventivas e de tratamento para a saúde mental dos profissionais de saúde.

A experiência com determinadas evoluções perigosas para a saúde pública mundial, seja em epidemias como MERS-CoV e Ébola ou pandemias com H1N1 em 2009 e a SARS em 2003 demonstrou, através de vários estudos, a existência de sofrimento psicológico associado a esses episódios (10–13).

No presente estudo demonstra-se que mais de um quarto dos profissionais de saúde do SNS na linha da frente do combate à pandemia a SARS CoV2, objetivaram PSPT ($n = 54$; 26,70%). Estes resultados são mais animadores do que outros estudos, nomeadamente o de Xiuchuan Li, Ying Zhou e Xiaoyue Xu, em que obtiveram 61,8% de profissionais com diagnóstico de PSPT (27). Nesse estudo, apenas enfermeiros da linha de frente foram incluídos e todos foram rastreados com PSPT imediatamente após terem trabalhado em unidades de Covid-19. Logo os resultados podem ser tão assustadores devido ao *timing* em que foi realizado o estudo, isto porque o presente estudo foi realizado mais de 1 mês após as épocas mais críticas no que se refere aos diagnósticos e internamentos por Covid-19. Alguns estudos indicam que os enfermeiros são mais vulneráveis do que outros profissionais de saúde à PSPT (28). No entanto, na análise do estudo atual, incluímos também outros profissionais de saúde além de enfermeiros, portanto, o impacto do COVID-19 nos

profissionais de saúde na linha da frente do combate à Covid-19 pode ser avaliado de forma mais completa, embora quase um quarto dos inquiridos seja enfermeiro. Como referido, há estudos (28,29) reveladores do facto de que exercer funções como enfermeiro torna esses profissionais mais vulneráveis à PSPT. Contrariamente a isso, com este estudo verificou-se que as características socioprofissionais, nomeadamente a função de cada profissional de saúde (ser médico, enfermeiro ou ter outra função), não está associada ao diagnóstico de PSPT. Ainda no que concerne às características socioprofissionais, mas neste caso particular ao serviço em que as exercem, este estudo não revela qualquer diferença entre trabalhar numa unidade de cuidados intensivos (UCI) ou num internamento de medicina interna ou pediatria. Contrariamente a isto, N Greenberg et al (30), em 2021, demonstraram uma relação entre trabalhar numa UCI e o diagnóstico de PSPT nos profissionais de saúde em Londres.

É de notar um maior número de respostas de elementos do sexo feminino do que do sexo masculino, perfazendo 30,25% de mulheres com perturbação de stress pós-traumático e 12,50% homens. Com estes resultados obtidos é possível, também, afirmar uma associação entre a existência da perturbação de stress pós-traumático e ser do género feminino, tal como concluíram Claudia Carmassi et al (31) e Nina Vindegaard e Michael Eriksen Benros (32).

No que se refere à idade dos inquiridos e atendendo à significância estatística de 0,811 ($p > 0,05$), conclui-se que não há uma associação entre a idade e a existência de PSPT. Os resultados confrontam o estudo de Andreas Chatzittofis et al, em que o aumento da idade estava associado a menor pontuação na escala utilizada para avaliação de sintomas de PSPT. No estudo de Ruike Zhang et al (33) concluiu-se que a diferença de sintomas de PSPT não foi significativa entre áreas de alto e de baixo risco para o contágio de Covid-19. Ou seja, os profissionais de saúde que trabalhavam diretamente com pacientes infetados não tinha significativamente mais sintomas de PSPT do que os que trabalhavam em áreas com menor probabilidade estar em contacto com pacientes com SARS CoV2. Isto está de acordo com este estudo, uma vez que o modo de contacto que os profissionais tinham com pacientes com o novo coronavírus (direto, indireto ou ambos) não tem influência sobre a existência de PSPT.

O facto de os participantes apresentarem família e/ou amigos com o vírus associa-se à existência da perturbação de stress pós-traumático ($p = 0,019$). Isto pode ter particular efeito ao nível do suporte social, uma vez que se evidencia mais uma preocupação para os profissionais de saúde. Claudia Carmassi et al (31) descrevem que o suporte social é um fator protetor para PSPT, concluindo-se assim que este estudo vai de encontro ao referido. Os profissionais inquiridos trabalharam em condições nunca antes vistas, com sobrecarga da capacidade do internamento de doentes com Covid-19. Nessas alturas, os profissionais

de saúde tomavam decisões difíceis, nomeadamente fazer a triagem dos pacientes e dos internados escolher quem receberia ou não os poucos recursos existentes para o tratamento do SARS CoV2 (34). Além disso, lidavam de perto com as famílias dos pacientes internados, muitas vezes tendo de comunicar más notícias, como por exemplo a morte, testemunhando a perda da família e a tristeza por não poderem estar presentes no momento final do seu ente querido. Segundo Greenberg et al (35), estas experiências podem criar sentimentos de culpa, vergonha, desamparo e impotência, levando ao dano moral dos profissionais em causa. Estudos recentes (36) demonstram que esse dano moral leva a distúrbios mentais como PSPT, considerando-se, assim, que o testemunho do internamento de pessoas infetadas pelo SARS CoV2 está positivamente relacionado com o diagnóstico de PSPT, tal como acontece neste estudo.

Um outro facto que advém dos resultados obtidos é o facto de o cariz comportamental dos inquiridos, durante os períodos mais intensos da pandemia de Covid-19, estar relacionado com a existência da perturbação psicológica. Com isto evidencia-se que a percentagem de indivíduos que iniciaram o consumo de substâncias ilícitas é maior entre os que revelaram diagnóstico da perturbação abordada. Em comparação com estudos anteriores, é possível verificar que o aumento de PSPT e outras patologias do foro psiquiátrico aumentam o risco de envolvimento ou agrava o uso de substâncias viciantes e álcool como forma de estratégia para enfrentar os problemas (37). Com este estudo, conclui-se que os profissionais que recorreram a consultas de psicologia e/ou psiquiatria, bem como os que identificaram a necessidade de recorrer a medicamentos nas alturas mais complicadas da pandemia são mais em termos percentuais entre os diagnosticados com PSPT. Além disso, destaca-se que foram mais os profissionais de saúde que utilizaram fármacos do que aqueles que recorreram a um psicólogo e/ou psiquiatra. Isto é um facto preocupante, uma vez que, apesar de serem profissionais de saúde, nem todos têm conhecimento científico suficiente sobre farmacologia para se automedicarem, como, por exemplo, administrativos e auxiliares de saúde. Os próprios médicos, excetuando-se psiquiatras, quando se medicam com fármacos de forma a tentar ultrapassar a situações mais agressivas devem ter cuidado, pois têm de avaliar o efeito do medicamento com base na resposta do paciente, tolerabilidade ou metabolismo do fármaco (38).

Portanto, foi possível identificar um conjunto de preditores que, de forma positiva, estão associados ao diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático. Desta forma, o facto de ser do sexo feminino, ter testemunhado o internamento de doentes infetados com Covid-19, ter tido amigos e/ou familiares infetados com SARS CoV2 são preditores do diagnóstico de PSPT. Além destes, também o facto de ter iniciado o consumo substâncias ilícitas, ter recorrido a consultas de psicologia e/ou psiquiatria e ter recorrido a medicamentos para

tentar ultrapassar as fases mais críticas da pandemia são considerados preditores do diagnóstico da patologia abordada no presente estudo.

Com base no erro do investigador principal, a percentagem de indivíduo diagnosticados com PSPT está em função do DSM-IV. No entanto, Cynthia A. et al, em abril de 2021, (39) concluiu que o PCL-5 pode ser usado para estimar a SSPT do DSM-IV e o PCL-C pode ser usado para estimar o PSPT do DSM-V, evidenciando forte suporte para a transição do PCL-C de 17 itens para o PCL-5 de 20 itens sem perder a capacidade de monitorar tendências e comorbidades associadas ao longo do tempo. Conclui-se, assim, que todos os dados e consequente análise estatística feita são válidos, sendo assustadores os resultados da quantidade de profissionais de saúde na linha da frente da pandemia diagnosticados com PSPT e suas comorbilidades. Urge, portanto, encontrar soluções que consigam atenuar estes efeitos já provocados nos inquiridos, bem como perceber que atitudes tomar de forma a prevenir a sua ocorrência em possíveis eventos pandémicos futuros. Segundo A. Lasalvia, baixos níveis de PSPT podem estar associados à implementação de medidas de proteção psicológicas específicas e à intervenção profissional com abordagens terapêuticas (40).

4.1 Limitações do estudo

Os resultados apresentados devem ser interpretados tendo em consideração algumas limitações decorrentes das condições em que decorreu o estudo. O facto de o inquérito ter sido realizado online, levou a que apenas as pessoas com acesso a computadores, *tablets* ou *smartphones* e com conectividade à Internet pudessem participar, impedindo a participação daqueles que não tinham acesso aos referidos meios. A amostra do estudo pode também não ser do ponto de vista demográfico suficientemente representativa, uma vez que, embora de dimensão razoável, é constituída por 19,80% de homens e 80,20% mulheres, abrangendo uma pequena diversidade de hospitais públicos nacionais, o que pode limitar a generalização dos resultados. O facto de o inquérito ser de autopreenchimento não permite a perceção da linguagem corporal dos inquiridos, o que é fundamental numa consulta de psiquiatria, principalmente para o diagnóstico de uma qualquer perturbação. A falta de referência do período mínimo de sintomas de um mês e a ausência de questões sobre a saúde mental inquiridos pré-pandemia podem, também, contribuir para um viés de resultados.

As dificuldades encontradas eram, no entanto, dificilmente ultrapassáveis, atendendo à localização geográfica diversa de todos os profissionais de saúde do SNS que estiveram na primeira linha de combate à pandemia por Covid-19, inviabilizando por isso o contacto direto com os participantes.

5 Conclusão

O estudo realizado revelou uma relação entre ser do sexo feminino, ter testemunhado o internamento de doentes infetados com Covid-19 e ter amigos e/ou familiares infetados com a mesma patologia com o diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático. Além desses, também o facto de ter iniciado o consumo de substâncias ilícitas, ter recorrido a consultas de psicologia e/ou psiquiatria e ter recorrido a medicamentos para tentar ultrapassar as fases mais críticas da pandemia estão associados positivamente com o diagnóstico de PSPT. Este conjunto de dados são, portanto, considerados preditores da perturbação psicopatológica em estudo dada a sua positividade relacional.

Penso que estudos futuros sejam necessários para avaliar o impacto psicológico da pandemia nos profissionais de saúde a médio e longo prazo e estabelecer padrões e ocorrência de fatores de risco para resultados adversos na saúde mental. Estudos de intervenção em ambientes do mundo real devem ser conduzidos e implementados adicionalmente de modo a investigar quais as intervenções e circunstâncias específicas em que a resiliência pode ser mais promovida e a saúde mental dos profissionais de saúde da linha de frente apoiada durante e após um surto de doença como o SARS CoV2.

Concluindo, os resultados obtidos constituem uma mais-valia, não apenas por proporcionarem uma panorâmica mais concreta da situação atual, no que concerne à perturbação de stress pós-traumático dos profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia de Covid-19, mas também por demonstrarem que é urgente uma abordagem cuidadosa do bem-estar da saúde mental de todos os profissionais de saúde do SNS. Devem ser avaliados tanto os riscos ocupacionais como a oferta de apoio psicossocial sempre que necessário, monitorizar ativamente as reações e o desempenho dos profissionais, alterando atribuições e horários e modificando expectativas. Sugiro, portanto, a implementação de uma equipa de resposta rápida em situações de crise, incluindo profissionais de saúde mental, em cada hospital de modo a conseguir realizar a intervenção necessária consoante as necessidades.

6 Bibliografia

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020 Feb 15;20(5):533–4.
2. Coronavírus: como Portugal, exemplo na 1ª onda da pandemia, chegou à beira do colapso na 2ª - BBC News Brasil [Internet]. [consultado em 2022 May 7]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55913119>
3. Direção-Geral da Saúde. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM PORTUGAL DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS EM INTERNAMENTO. 2021 Jan 28 [consultado em 2022 May 7]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>
4. Rosa S, Torres DFM. Fractional Modelling and Optimal Control of COVID-19 Transmission in Portugal. *Axioms* [Internet]. 2022 Apr 11;11(4):170. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1680/11/4/170>
5. Direção-Geral da Saúde. Dados_SICO_2022-02-21 (1);[consultado em 2022 May 7]. Disponível em: <https://evm.min-saude.pt/>
6. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encephale* [Internet]. 2020 Jun 1 [consultado em 2022 May 7];46(3):S73. Disponível em: </pmc/articles/PMC7174182/>
7. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Nov 1 [consultado em 2022 May 7];17(21):1–22. Disponível em: </pmc/articles/PMC7663773/>
8. Wang T, Du Z, Zhu F, Cao Z, An Y, Gao Y, et al. Comorbidities and multi-organ injuries in the treatment of COVID-19. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 21 [consultado em 2022 May 7];395(10228):e52. Disponível em: </pmc/articles/PMC7270177/>
9. Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clinical Immunology (Orlando, Fla)* [Internet]. 2021 Jan 1 [consultado em 2022 May 7];222:108634. Disponível em: </pmc/articles/PMC7670907/>

10. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research* [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado em 2022 May 7];14(1):7. Disponível em: [/pmc/articles/PMC4851451/](#)
11. McMahon SA, Ho LS, Brown H, Miller L, Ansumana R, Kennedy CE. Healthcare providers on the frontlines: a qualitative investigation of the social and emotional impact of delivering health services during Sierra Leone's Ebola epidemic. *Health Policy and Planning* [Internet]. 2016 Nov 1 [consultado em 2022 May 7];31(9):1232. Disponível em: [/pmc/articles/PMC5035780/](#)
12. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012 Jun;66(4):353–60.
13. Chau SWH, Wong OWH, Ramakrishnan R, Chan SSM, Wong EKY, Li PYT, et al. History for some or lesson for all? A systematic review and meta-analysis on the immediate and long-term mental health impact of the 2002–2003 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [consultado em 2022 May 7];21(1). Disponível em: [/pmc/articles/PMC8025448/](#)
14. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res* [Internet]. 2018 Sep 28 [consultado em 2022 May 7];5(1). Disponível em: [/pmc/articles/PMC6161419/](#)
15. Neigh GN, Ali FF. Co-Morbidity of PTSD and Immune System Dysfunction: Opportunities for Treatment. *Curr Opin Pharmacol* [Internet]. 2016 Aug 1 [consultado em 2022 May 7];29:104. Disponível em: [/pmc/articles/PMC4992603/](#)
16. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res* [Internet]. 2018 Sep 28 [consultado em 2022 May 7];5(1). Disponível em: [/pmc/articles/PMC6161419/](#)
17. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [consultado em 2022 May 7]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
18. Wisco BE, Marx BP, Miller MW, Wolf EJ, Krystal JH, Southwick SM, et al. A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military veterans. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 Dec 1

- [consultado em 2022 May 7];223:17–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715723/>
19. Shevlin M, Hyland P, Vallières F, Bisson J, Makhshvili N, Javakhishvili J, et al. A comparison of DSM-V and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2018 Feb 1 [consultado em 2022 May 7];137(2):138–47. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210054/>
 20. Exhibit 1.3-4, DSM-V Diagnostic Criteria for PTSD - Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services - NCBI Bookshelf [Internet]. [consultado em 2022 May 7]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1_ch3.box16/?report=objectonly
 21. PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. Disponível em: www.PDHealth.mil
 22. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2010 Dec [consultado em 2022 May 7];15(5):625–32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20146096/>
 23. Sullivan GM, Artino AR, Jr. Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education* [Internet]. 2013 Dec 1 [consultado em 2022 May 7];5(4):541. Disponível em: [/pmc/articles/PMC3886444/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24604444/)
 24. Jamieson S. Likert scales: how to (ab)use them. *Med Educ* [Internet]. 2004 Dec [consultado em 2022 May 7];38(12):1217–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15566531/>
 25. Shrestha N. Neck Circumference as an Indicator of Overweight and Obesity in Young Adults. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*. 2019 Sep 22;6(5):176–80.
 26. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS in SearchWorks catalog [Internet]. [consultado em 2022 May 7]. Disponível em: <https://searchworks.stanford.edu/view/8839418>
 27. Li X, Zhou Y, Xu X. Factors associated with the psychological well-being among front-line nurses exposed to COVID-2019 in China: A predictive study. *J Nurs Manag*

- [Internet]. 2021 Mar 1 [consultado em 2022 May 7];29(2):240–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32890453/>
28. Johnson SU, Ebrahimi O v., Hoffart A. PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. PLoS ONE [Internet]. 2020 Oct 1 [consultado em 2022 May 7];15(10). Disponível em: </pmc/articles/PMC7577493/>
 29. Chatzittofis A, Karanikola M, Michailidou K, Constantinidou A. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 Feb 2 [consultado em 2022 May 7];18(4):1–8. Disponível em: </pmc/articles/PMC7913751/>
 30. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. Occupational Medicine (Oxford, England) [Internet]. 2021 Mar 1 [consultado em 2022 May 7];71(2):62–7. Disponível em: </pmc/articles/PMC7928568/>
 31. Carmassi C, Foghi C, Dell’Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Research [Internet]. 2020 Oct 1 [consultado em 2022 May 7];292:113312. Disponível em: </pmc/articles/PMC7370915/>
 32. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity [Internet]. 2020 Oct 1 [consultado em 2022 May 7];89:531. Disponível em: </pmc/articles/PMC7260522/>
 33. Zhang R, Hou T, Kong X, Wang G, Wang H, Xu S, et al. PTSD Among Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak: A Study Raises Concern for Non-medical Staff in Low-Risk Areas. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2021 Jul 12 [consultado em 2022 May 7];12:696200. Disponível em: </pmc/articles/PMC8310947/>
 34. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. New England Journal of Medicine [Internet]. 2020 May 21 [consultado em 2022 May 7];382(21):2049–55. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMs2005114>

35. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* [Internet]. 2020 Mar 26 [consultado em 2022 May 7];368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1211>
36. Tracy DK, Tarn M, Eldridge R, Cooke J, Calder JDF, Greenberg N. What should be done to support the mental health of healthcare staff treating COVID-19 patients? *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 Oct 1 [consultado em 2022 May 7];217(4):1. Disponível em: </pmc/articles/PMC7294074/>
37. Mellos E, Paparrigopoulos T. Substance use during the COVID-19 pandemic: What is really happening? *Psychiatrike = Psychiatriki* [Internet]. 2022 [consultado em 2022 May 7];33(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35255473/>
38. Schrader C, Ross A. A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri Medicine* [Internet]. 2021 [consultado em 2022 May 7];118(6):546. Disponível em: </pmc/articles/PMC8672952/>
39. Leardmann CA, McMaster HS, Warner S, Esquivel AP, Porter B, Powell TM, et al. Comparison of Posttraumatic Stress Disorder Checklist Instruments From Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition vs Fifth Edition in a Large Cohort of US Military Service Members and Veterans. *JAMA Network Open* [Internet]. 2021 [consultado em 2022 May 7];4(4). Disponível em: </pmc/articles/PMC8080232/>
40. Lasalvia A, Bonetto C, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2021 [consultado em 2022 May 7];30:1–13. Disponível em: </pmc/articles/PMC7804082/>

7 Anexos

Anexo I – Questionário em papel

Anexo II – Parecer do Comité de Ética da UBI

Anexo III – Parecer do Comité de Ética do HESE

Anexo IV – Parecer do Comité de Ética do CHO

Anexo I – Inquérito em papel

Síndrome de Stress pós-traumático em profissionais de saúde do SNS na pandemia

Ficha Informativa

Na sua qualidade de profissional de saúde, pedimos-lhe que dispense cerca de seis minutos a responder ao presente questionário sobre “Síndrome de Stress pós-traumático em profissionais de saúde do SNS na pandemia”.

O objetivo do estudo é analisar como a pandemia afetou a saúde mental dos profissionais de saúde em exercício de funções nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde nas alturas de maior número de casos. Este trabalho foi elaborado por uma equipa de investigação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, liderada pela assistente convidada desta universidade, Dra. Vânia Maria Martins Gaspar Gonçalves, especialista em Psiquiatria e os dados obtidos servirão para a elaboração da tese de Mestrado Integrado do aluno finalista de Medicina da referida universidade, Gabriel Vieira Pereira e também para ser publicados como artigo científico.

Os investigadores não terão benefícios financeiros ou quaisquer outros, para além do seu objetivo académico e científico. A confidencialidade de quem responde está assegurada a três níveis:

- Os dados fornecidos apenas serão acedidos pelos investigadores;
- As respostas não poderão ser ligadas a quem as deu, pois serão utilizadas sob codificação, tendo a metodologia sido aprovada pelo Concelho de Ética da universidade;
- Os dados recolhidos servirão apenas para uso neste trabalho de investigação.

Qualquer questão, dúvida ou informação adicional da qual sinta necessidade para a sua decisão, poderá ser-nos transmitida para o endereço de e-mail: a35948@fcsaude.ubi.pt ou para vania.goncalves@ulscb.min-saude.pt

Declaração de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

A minha participação neste estudo é voluntária e posso recusar ou interromper em qualquer altura a resposta ao inquérito se assim o entender. Declaro também que aceito que as minhas respostas sejam utilizadas no âmbito do tratamento estatístico de que a informação recolhida será alvo, no pressuposto de que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados no âmbito do presente estudo e garantido o anonimato dos inquiridos.

Concordo e pretendo preencher o inquérito

Não concordo e não pretendo preencher o inquérito

Email *

Dados sociodemográficos e socioprofissionais

1. Faixa etária *

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 18 a 25 anos | <input type="checkbox"/> |
| 26 a 35 anos | <input type="checkbox"/> |
| 36 a 45 anos | <input type="checkbox"/> |
| 46 a 55 anos | <input type="checkbox"/> |
| 56 a 65 anos | <input type="checkbox"/> |
| Maior que 65 anos | <input type="checkbox"/> |

2. Género*

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Feminino | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |
| Prefiro não dizer | <input type="checkbox"/> |

3. Trabalha para o Serviço Nacional de Saúde? *

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

4. Trabalhou diretamente com doentes infetados e/ou internados com Covid-19? *

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

5. Exerce funções de profissional de saúde como: *

- | | |
|--|--------------------------|
| Administrativo | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliar de saúde | <input type="checkbox"/> |
| Enfermeiro | <input type="checkbox"/> |
| Médico | <input type="checkbox"/> |
| Médico Interno de formação específica | <input type="checkbox"/> |
| Médico interno de formação geral | <input type="checkbox"/> |
| Médico tarefeiro | <input type="checkbox"/> |
| Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica | <input type="checkbox"/> |
| Técnicos Superiores de Saúde | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

6. Em que serviço trabalho? *

- | | |
|---|--------------------------|
| Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> |
| Anestesiologia | <input type="checkbox"/> |
| Angiologia e Cirurgia Vascular | <input type="checkbox"/> |
| Cardiologia | <input type="checkbox"/> |
| Cardiologia Pediátrica | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Cardiorádica | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Geral | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Maxilo-facial | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Pediátrica | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética | <input type="checkbox"/> |

SSPT em profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia

Cirurgia Torácica	<input type="checkbox"/>
Dermato-Venereologia	<input type="checkbox"/>
Doenças Infecciosas	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e Nutrição	<input type="checkbox"/>
Estomatologia	<input type="checkbox"/>
Farmacologia Clínica	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>
Genética Médica	<input type="checkbox"/>
Ginecologia/Obstetrícia	<input type="checkbox"/>
Hematologia Clínica	<input type="checkbox"/>
Imunoalergologia	<input type="checkbox"/>
Imunohemoterapia	<input type="checkbox"/>
Medicina Desportiva	<input type="checkbox"/>
Medicina do Trabalho	<input type="checkbox"/>
Medicina Física e de Reabilitação	<input type="checkbox"/>
Medicina Geral e Familiar	<input type="checkbox"/>
Medicina Intensiva	<input type="checkbox"/>
Medicina Interna	<input type="checkbox"/>
Medicina Legal	<input type="checkbox"/>
Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>
Medicina Tropical	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>
Neurocirurgia	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>
Neurorradiologia	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Oncologia Médica	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/>
Patologia Clínica	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>
Pneumologia	<input type="checkbox"/>
Psiquiatria	<input type="checkbox"/>
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	<input type="checkbox"/>
Radiologia	<input type="checkbox"/>
Radioncologia	<input type="checkbox"/>
Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Saúde Pública	<input type="checkbox"/>
Urologia	<input type="checkbox"/>
Serviço de Urgência	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Dados da experiência com o SARS CoV2

1. Por ser profissional de Saúde, esteve em contacto com doentes positivos para a Covid-19 em alguma das designadas ondas da pandemia por Covid-19? *

Sim, estive em contacto diretamente com doentes Covid-19

Sim, estive em contacto indiretamente com doentes Covid-19

Sim, estive em contacto direta e indiretamente com doentes Covid-19

Não estive em contacto com doentes Covid-19 direta ou indiretamente

2. Testemunhou pessoalmente o internamento de doentes com Covid-19? *

Sim

Não

3. Teve familiares ou amigos internados com Covid-19? *

Sim

Não

4. Iniciou ou aumentou o consumo de alguma substância de abuso, álcool ou outras drogas? *

Sim

Não

5. Foi necessário recorrer a consulta especializada de psiquiatria e/ou psicologia? *

Sim

Não

6. Foi necessário recorrer a algum tipo de medicação para o ajudar nas alturas mais complicadas da pandemia? *

Sim

Não

Síndrome de stress pós-traumático

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
Tenho lembranças intrusivas, angustiantes, recorrentes e involuntárias da experiência com doentes Covid-19?					
Tenho sonhos angustiantes e recorrentes os quais estão relacionados com o evento traumático?					
Tenho eventos em que começo a agir ou a sentir repentinamente como se a experiência com a Covid-19 estivesse a acontecer novamente (como se estivesse a reviver tudo)?					
Sinto-me muito chateado quando alguma coisa me relembra de uma experiência stressante da época de Covid-19?					
Tenho reações fisiológicas fortes (taquicardia, problemas respiratórios, transpiração espontânea...) quando algo me relembra de uma experiência stressante da Covid-19?					

Tenho evitado memórias, pensamentos, ou sentimentos da experiência stressante com a Covid-19?					
Tenho evitado lembranças externas da experiência stressante com a Covid-19 (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?					
Sinto-me incapaz de recordar algum aspeto importante da pandemia devido a amnésia dissociativa?					
Perdi interesse em atividades que antes gostava?					
Sinto-me distante ou isolado de outras pessoas?					
Tenho dificuldade em ter sensações positivas (como por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou ter sentimentos de afeto pelas pessoas que me são próximas)?					
Tenho sentido que o meu futuro foi de alguma forma encurtado?					
Tenho problemas em adormecer ou em manter-me a dormir?					

SSPT em profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia

Tenho-me sentido irritado ou tenho tido explosões de raiva?					
Tenho dificuldade em concentrar-me?					
Tenho estado super alerta ou vigilante?					
Tenho sensação de nervosismo ou assusto-me facilmente?					

Anexo II – Parecer do Comité de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-069:ID1131

Na sua reunião de 14 de dezembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "Síndrome de Stress pós-traumático em profissionais de saúde do SNS na pandemia", do proponente Gabriel Vieira Pereira, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-069.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS
SANTOS
Num. de Identificação: 81112741975
Data: 2021.12.27 12:37:39+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)

Anexo II – Parecer do Comité de Ética do HESE



Do C.A.
Jmm
4/2/2022

Isabel Pita
Diretora Clínica

COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: "Síndrome de Stress pós traumático em profissionais de saúde na pandemia"

Âmbito: Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior

Investigadores: Gabriel Vieira Pereira

Orientador: Prof. Dra. Vânia Maria Martins Gaspar Gonçalves

Serviço: todos os profissionais de saúde do HESE

Tipo de estudo: Questionário de autoaprecenchimento

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável X

Condicional

Nota:

Data: 01/02/2022

AUTORIZAÇÃO

ATA N.º 5, em 10/2/2022

O Conselho de Administração

Mário Filomeno Mendes
Presidente

Francisco António
Vogal

Maria Cláudia Rosado
Presidente do HESE

Luís Cavaco
Vogal

Isabel Pita
Diretora Clínica

O Presidente da Comissão de Ética
Dr. Rui Rosado



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Telefone 261 240 100 | Fax 266 701 331
geral@hepe.epe.gov.pt | www.hepe.gov.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. - Largo S. Sebastião, 1020-811 Évora
R. Lus. 101, Évora, Portugal | 800 040 000 (consulência) | Hospital do Espírito Santo de Évora
SUL 010 508 025 438 | NUN 010 508 025 438 | Hospital do Espírito Santo de Évora

Anexo IV – Parecer do Comité de Ética do CHO



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1978-2018



Nº ENTRADA
12/01/2022

DATA ENTRADA CES
12/01/2022

NOSSA REFERÊNCIA
Nº03/CES/2021

DATA PARECER CES
18/02/2022

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Centro Hospitalar do Oeste

Assunto: Pedido de divulgação e participação dos Profissionais de Saúde do CHO em Projeto de Investigação subordinado ao tema: “Síndrome de Stress Pós-Traumático em profissionais de saúde do SNS na linha da frente da pandemia”.

Âmbito: Projeto de investigação inscrito no Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior.

Proponente: Investigador Principal o Mestrando Gabriel Vieira Pereira, sob a orientação da Professora Doutora Vânia Gaspar Gonçalves, Assistente convidada da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, especialista em Psiquiatria.

Objetivo principal: Avaliar o impacto psicológico da pandemia nos profissionais de saúde.

Serviços envolvidos: Destina-se a todos os Profissionais de Saúde da Instituição, através do preenchimento online de questionário.

Após análise detalhada da documentação remetida à presente Comissão e, atendendo às devidas questões metodológicas e de garantia da confidencialidade dos dados referentes aos Profissionais de Saúde envolvidos, a Comissão de Ética para a Saúde do CHO concorda com a recolha de dados para a realização do estudo supra citado. Sugere-se que seja solicitado e remetido ao Exmo. Conselho de Administração do CHO um resumo dos resultados obtidos no final da presente investigação.



Centro Hospitalar do Oeste (Unidade de Cuidados da Saúde Primária | Penicile | Torres Vedras)
Rua D. João de Melo, 2500-175 Colinas de Ourém, PORTUGAL
TEL. 351 262 630 500 FAX: 351 268 000 E-MAIL: secretariado@chsdoeste.min-saude.pt www.chdoeste.mdn-smd.pt

