



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Jéssica Alexandra Gomes Silva

**IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO
DESENVOLVIMENTO DE SINTOMATOLOGIA DE
STRESS PÓS-TRAUMÁTICO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da
Saúde, Subárea de Psicopatologia e Psicoterapias
Dinâmicas orientada pelo Professor Doutor Rui Paixão e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra**

Julho de 2021

Agradecimentos

Primeiramente a minha mãe, a pessoa mais importante para mim, por ser o meu pilar fundamental, pelo apoio incondicional e acima de tudo por nunca me deixar desistir. Sem ela nada disto era possível! Ao meu avô, que apesar da ausência foi a minha motivação nos tempos mais difíceis. Serás a minha eterna estrela!

Ao Marcos, que apesar de acompanhar a minha jornada há pouco tempo, tornou-se um braço direito, que sempre me incentivou e acreditou em mim. Obrigada por toda a paciência, por todo o carinho e amor. Tornas o mundo um lugar mais fácil.

Agradeço a todos os professores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que me deram os alicerces fundamentais para chegar até aqui. Um agradecimento especial ao Professor Doutor Rui Paixão que foi quem mais me acompanhou nesta reta final.

Obrigada do tamanho do mundo à Carol, a minha companheira de todas as horas, aquela que está sempre lá para levantar a moral, para dar um puxão de orelhas quando mais preciso. Sem ela estes 5 anos seriam muito mais difíceis. À Sílvia, a minha colega de estágio e amiga. Obrigada por todo o incentivo e carinho.

A todos que cruzaram o meu caminho e me fizeram crescer, o meu Muito Obrigada!

“Põe quanto És no Mínimo que Fazes”

Ricardo Reis, “Odes”, Heterónimo de Fernando Pessoa

Índice

Índice de Tabelas	5
Lista de Siglas e Abreviaturas	6
Resumo	7
Abstract.....	8
1 - Enquadramento Teórico	10
1.1) A Pandemia de Covid 19.....	10
1.2) Trauma e Trauma psíquico.....	11
1.3) Conceito de stress.....	12
1.3.1) Mecanismos neurobiológicos envolvidos na resposta do organismo humano às situações de stress	13
1.3.2) Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou Síndrome de Stress	13
1.4) Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	14
1.4.1) Definição atual segundo o DSM-V	14
1.4.2) Fatores de risco para o desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-traumático	14
1.4.3) Fatores de risco após o acontecimento traumático.....	15
1.4.4) Fatores de proteção da Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	16
1.4.5) Crescimento Pós-Traumático	17
1.4.6) Relação entre Resiliência e Stress Pós-Traumático	18
1.5) Teoria da vinculação	19
1.5.1) Vinculação na idade adulta	19
2 - Objetivos	20
3 - Metodologia	21
3.1) Caracterização da amostra.....	21
3.2) Instrumentos	22
3.2.1) Questionário Sociodemográfico	22
3.2.2) The Impact of Event Scale – Revised (IES-R).....	23
3.2.3) Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)	23
3.2.4) Fear of COVID-19 Scale.....	24
3.2.5) Escala de Resiliência para Adultos (ERA).....	24
3.2.6) Escala de Vinculação para Adultos (EVA).....	25
3.3) Procedimentos	26
4 - Resultados	27
5 – Discussão	31

Conclusões.....	33
Referências Bibliográficas.....	34

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2 - Quarentena e dados relativos à Covid 19

Tabela 3 – ANOVA de Kruskal – Wallis

Tabela 4 – Teste Mann-Whitney entre os grupos de risco e o grupo da população geral não afetada por esse risco

Tabela 5 – Correlações entre os fatores dos instrumentos em estudo

Tabela 6 - Coeficientes do modelo de regressão linear dos sintomas de stress pós-traumático para a amostra geral

Tabela 7 - Coeficientes do modelo de regressão linear dos sintomas de stress pós-traumático na subamostra de risco

Lista de Siglas e Abreviaturas

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

IES-R - *The Impact of Event Scale – Revised* - Escala do Impacto do Acontecimento – Revista.

PCL-5 - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* - Checklist da Perturbação de Stress Pós-Traumático para DSM-5

FCV-19S - *Fear of COVID-19 Scale* – Escala de Medo da Covid 19

ERA - Escala de Resiliência para Adultos

EVA - Escala de Vinculação para Adultos

OMS - Organização Mundial da Saúde

SNS - Sistema Nervoso Simpático

LC-NA - Sistema locus coeruleus-noradrenalina

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

CPT - Crescimento pós-traumático

SOC - Sentido de coerência

MID - Modelos internos dinâmicos

Resumo

A presente dissertação tem como objetivo avaliar a relação entre um acontecimento traumático, neste caso específico à pandemia Covid 19, e a perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Para além disto tentamos entender, considerando o contexto pandémico, que fatores contribuem para o desenvolvimento dos sintomas associados a esses fenómenos.

Método: O estudo incluiu 361 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e 66 anos (M=24; DP=8.72). Os instrumentos administrados incluem: Questionário Sociodemográfico; *The Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5), *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S), Escala de Resiliência para Adultos (ERA) e Escala de Vinculação para Adultos (EVA).

Resultados: Os resultados evidenciam uma relação entre o medo à covid e o desenvolvimento de sintomas de PSPT. Esta relação não parece, contudo, ser explicada pelo facto de os indivíduos pertencerem ou não ao grupo de risco, visto que essa variável teve impacto no que concerne ao desenvolvimento de medo à covid, mas não no desenvolvimento de sintomas de PSPT. Por outro lado, verifica-se também que a vinculação ansiosa é um fator preditivo de desenvolvimento de sintomas de PSPT.

Conclusão: O medo da COVID-19 é um novo tipo de Stress pós-traumático com efeitos na saúde mental. É necessária a promoção da saúde mental e bem-estar bem como a realização de ações preventivas da PSPT, decorrentes da pandemia associada a este coronavírus.

Palavras-Chave: Perturbação Pós-Stress Traumático (PSPT); Covid-19; stress; trauma

Abstract

This dissertation aims to evaluate the relationship between a traumatic event, in this specific case the Covid 19 pandemic, and post-traumatic stress disorder (PSPT). In addition, we try to understand, considering the pandemic context, which factors contribute to the development of symptoms associated with these phenomena.

Method: The study included 361 subjects, aged between 18 and 66 years (M=24; SD=8.72). The instruments administered include: Sociodemographic Questionnaire; The Impact of Event Scale – Revised (IES-R), Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), Adult Resilience Scale (ERA) and Scale of Attachment for Adults (EVA). **Results:** The results show a relationship between fear of covid and the development of PTSD symptoms. This relationship does not seem to be explained by the fact that individuals belong or not to the risk group, as this variable had an impact on the development of fear of covid, but not on the development of PTSD symptoms. On the other hand, it is also verified that anxious attachment is a predictive factor of development of PSPT symptoms.

Conclusion: Fear of COVID-19 is a new type of post-traumatic stress with effects on mental health. It is necessary to promote mental health and well-being, as well as to carry out preventive actions against PTSD, resulting from the pandemic associated with this coronavirus.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder (PSPT); Covid-19; stress; trauma

Introdução

A pandemia Covid 19 tem vindo, desde o início, a demonstrar efeitos profundos em todos os aspetos da sociedade, incluindo o nível físico e mental (Holmes et al., 2020). Com efeito, o isolamento e a incerteza que se tem vivido nos últimos tempos têm sido associados a problemas de saúde mental, que incluem ansiedade, stress pós-traumático e depressão (Shah et al., 2021). Neste caso, a perturbação de stress pós-traumático, caracterizada por um medo intenso desencadeado por acontecimentos que representam perigo à integridade física do indivíduo, constitui uma das consequências mais comuns quando se passa por alguma situação angustiante (Pereira, 2012), nomeadamente no contexto pandémico vivido na atualidade.

Ainda neste contexto, importa realçar a diferença entre dois conceitos que muito têm sido falados nos últimos tempos: quarentena e isolamento. Ambos têm a função de isolamento social e o objetivo de proteger a população da transmissão. O que os distingue é o estado de doença da pessoa: a quarentena refere-se a pessoas saudáveis, mas que estiveram em contato com um doente infetado; o isolamento é uma medida a ser utilizada por pessoas doentes, em que para não contagiarem outras pessoas recorrem ao afastamento social (SNS 24, 2021).

Neste trabalho é estudada a Perturbação de Stress Pós-Traumático no contexto da pandemia Covid 19. Encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro, referente ao Enquadramento Teórico, são expostos os conceitos necessários à compreensão do tema em estudo. O segundo capítulo (Objetivos), descreve o que se pretende investigar. O terceiro capítulo (Metodologia), consiste numa descrição dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados, bem como da população-alvo e dos procedimentos estatísticos utilizados para tratamento dos resultados. O quarto capítulo (Resultados), apresenta os resultados dos testes utilizados para responder às questões de investigação. O quinto capítulo diz respeito à Discussão dos Resultados incluindo uma análise mais profunda dos dados obtidos. Por último, as Conclusões, sumarizam as principais deduções a retirar desta investigação.

1 - Enquadramento Teórico

1.1) A Pandemia de Covid 19

O coronavírus é uma pneumonia causada pela infeção por coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e que constitui uma ameaça à saúde pública global (Shi et al., 2020). Pelo que se sabe hoje, surgiu pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em pacientes que consumiram frutos do mar de um determinado mercado (Zhu et al., 2020).

A Covid-19 apresenta-se atualmente como uma pandemia global que, num curto período, viu subir de forma drástica o número de pacientes infetados, aumentando as taxas de mortalidade e com implicações catastróficas na economia de praticamente todos os países. No combate a esta calamidade a maioria dos países mobilizou grande parte dos seus recursos médicos (Umakanthan et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 11 de fevereiro de 2020, oficializou a doença como o resultado de infeção com SARS-CoV-2. Inclui uma lista de sintomas clínicos, tais como febre, tosse seca e fadiga, frequentemente com envolvimento pulmonar. O SARS-CoV-2 é bastante contagioso e, ao que se sabe, a esmagadora maioria dos indivíduos da população em geral é suscetível à infeção (Shi et al., 2020).

A infeção pode ser transmitida por portadores assintomáticos, pré-sintomáticos e sintomáticos. Ao início, o tempo médio da exposição dos sintomas é normalmente de 5 dias, e 97.5% das pessoas que desenvolvem esses sintomas fazem-no em 11.5 dias, em média (Wiersinga et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é um vírus recente, não havendo imunidade pré-existente por parte da população, o que quer dizer que todos os indivíduos estão sujeitos a ser contaminados (Buiser, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), a grande maioria das pessoas (aproximadamente 80%) recupera da doença sem necessidade de tratamento especial. No entanto, apresentará sintomas significativos, nomeadamente dificuldades respiratórias (OMS, 2020).

Algumas populações específicas são mais vulneráveis à infeção COVID-19. Neste caso, enquadram-se os adultos com mais de 60 anos, uma vez que o envelhecimento implica que o sistema imunológico tende a diminuir a capacidade de o organismo responder às infeções e mesmo a torná-lo mais suscetível a tal (Azar, 2018). As doenças cardíacas,

como insuficiência cardíaca e hipertensão, doenças pulmonares, como asma, fibrose cística e pulmonar (Beck, 2020), diabetes, indivíduos imunocomprometidos, que estejam a receber tratamento de cancro ou como, por exemplo, artrite reumatoide, lúpus, esclerose múltipla e doença inflamatória intestinal também fazem parte do grupo de risco (Buiser, 2020).

1.2) Trauma e Trauma psíquico

A Associação Americana de Psiquiatria (1994) define trauma como “(...) a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo (...). A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (...)” (p. 424)

Segundo Guerreiro et al. (2007), o conceito de trauma psíquico define-se pela existência de um acontecimento stressante e crítico capaz de ter repercussões no funcionamento típico do sujeito, considerando os níveis biológicos e psicológicos do seu funcionamento.

Laplanche e Pontalis (2001), no Vocabulário de psicanálise, referem trauma psíquico como “Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogénicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos económicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações” (p.522)

Para Freud (1920), citado por Eizirik et al. (2006), o conceito de trauma foi fundamental nas suas teorias iniciais. Este autor diz-nos que:

“(...) estas dão uma indicação precisa de que na sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático (...) é como se os pacientes não tivessem findado

com a situação traumática, como se ainda estivessem a enfrentar como tarefa imediata, não executada” (p.315).

Para Eizirik et al. (2006), um excesso de estimulação, num curto espaço de tempo, pode originar um trauma psíquico, visto que o sujeito não consegue lidar com isso e consequentemente tende a desenvolver uma perturbação.

Freud (1929), citado por Eizirik et al. (2006), percebe o trauma como um processo psíquico económico.

“(…) na experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulos excessivamente poderoso para ser manuseado ou elaborado de maneira normal, e isso só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que esta energia opera” (p.315).

Existem alguns acontecimentos de vida que podem dar origem a um trauma psíquico, tais como atos terroristas, desastres naturais, raptos, atos que envolvam violência, quer física ou psicológica, acidentes de viação, entre outros (Guerreiro et al., 2007).

1.3) Conceito de stress

Este conceito foi utilizado pela primeira vez em 1936, por Hans Selye, um neuro-endocrinologista. Foi introduzido para explicar a resposta adaptativa sofrida por um qualquer organismo quando confrontado por um estímulo considerado ameaçador (Morgado, Cerqueira, & Sousa, 2017).

Existem certos eventos psicológicos e físicos que para o sujeito já são vistos como perigosos, e que vão ameaçar o organismo em equilíbrio. Esses são conhecidos como agentes indutores de stress, que vão desencadear um conjunto de ações e reações (Morgado, Cerqueira, & Sousa, 2017).

Assim, quando uma pessoa tem uma experiência e não consegue lidar ou não apresenta recursos suficientes para saber como manter o seu bem-estar, estamos a falar da sensação de stress (Guerreiro et al., 2007).

Segundo Vaz Serra (2003):

“O stress surge quando o ser humano desenvolve a perceção de não ter controlo sobre a sua ocorrência. A perceção de não ter controlo pode ser real (de facto, o indivíduo não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais que lhe permitam

ultrapassar as exigências criadas pela situação) ou distorcida, isto é, o indivíduo tem aptidões e recursos, mas sente que não é capaz de os usar adequadamente” (p.5).

Quando um indivíduo entra em stress, são desenvolvidas um conjunto de estratégias que, muitas vezes, são centradas nas emoções, no problema, ou na procura de apoio social, com o intuito de resolver a situação perturbada quer pela circunstância, quer pela pessoa e meio ambiente (Vaz Serra, 2003).

1.3.1) Mecanismos neurobiológicos envolvidos na resposta do organismo humano às situações de stress

O facto de sermos expostos a eventos traumáticos, para além da possibilidade de implicar o desenvolvimento de um distúrbio psicológico, pode propiciar também um conjunto de queixas físicas. Isto deve-se aos mecanismos neurobiológicos que estão incluídos nas respostas ao stress (Começanha & Maia, 2011).

Existem mecanismos neurobiológicos que são ativados em resposta ao stress vivido: “o sistema hipotálamo-hipofisário-supra-renal (HHS), o sistema locus coeruleus-noradrenalina (LC-NA) e o sistema nervoso simpático (SNS)” (Guerreiro et al., 2007, p.348).

Estes sistemas relacionam-se com outros fundamentos neuronais, tais como o córtex pré-frontal mediano, que regula a flexibilidade afetiva e a conduta executiva; o sistema dopaminérgico mesolímbico, que interfere no processo de prazer e recompensa; a amígdala, que é responsável por controlar as reações de ansiedade, medo e memória emocional (Guerreiro et al., 2007).

1.3.2) Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou Síndrome de Stress

O conceito de stress é intrínseco a qualquer pessoa e por sua vez traz consigo alterações no comportamento humano. É exteriorizado através do Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou Síndrome de Stress, que se caracteriza por três fases (Filgueiras & Hippert, 1999): a primeira chama-se fase de alarme, e é caracterizada por manifestações agudas em relação às quais o organismo deverá lutar ou fugir, na sequência da ameaça; a segunda chama-se adaptação onde o organismo não consegue manter a fase de excitação, pois

proporciona a ausência das manifestações agudas e uma resistência ao stress; a última fase denomina-se fase de exaustão, devido à duração do stress (Guerreiro et al., 2007).

1.4) Perturbação de Stress Pós-Traumático

1.4.1) Definição atual segundo o DSM-V

Quando o sujeito vivencia uma experiência traumática, este vai responder de acordo com a sua personalidade, contexto onde se deu a experiência e as suas aprendizagens. Assim, podemos dizer que varia de sujeito para sujeito e o que pode ser traumático para uns, para outros pode não o ser (Guerreiro et al., 2007). A principal característica da Perturbação de Stress Pós-Traumático é a evolução de sintomas individuais após a exposição a um ou vários incidentes traumáticos (DSM-V, 2014).

1.4.2) Fatores de risco para o desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-traumático

Existem diversas situações que são indutoras de stress. Os fatores de risco relacionam-se com variáveis que possam originar um certo quadro clínico. De seguida serão apresentados os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de PSPT.

- **Fatores sociodemográficos**

Dentro dos fatores sociodemográficos, existem três subgrupos: estatuto sociodemográfico, grau de instrução e influência de género (Vaz Serra, 2003).

Em relação ao estatuto sociodemográfico, pessoas que apresentam uma maior dificuldade económica, vivem em ambientes socialmente degradados o que por sua vez leva a uma maior probabilidade de acontecimentos traumáticos.

No que diz respeito ao género, as mulheres, mais que os homens, estão predispostas a desenvolver PSPT.

Por fim, o grau de instrução também está relacionado com o desenvolvimento de PSPT. Indivíduos com baixo grau de instrução estão mais propensos a desenvolver a perturbação. Isto pode ser explicado pelo facto de indivíduos com baixos rendimentos estarem mais expostos a acontecimentos traumáticos (Vaz Serra, 2013).

- **Fatores individuais**

Para Vaz Serra (2003) os fatores de risco relacionados com a pessoa são diversos, tais como um ambiente familiar carenciado, antecedentes psiquiátricos, influência de fatores genéticos, personalidade, presença de circunstâncias indutoras de stress não traumático, antes da ocorrência do trauma e experiências traumáticas na infância. Este último fator pode dar ao indivíduo uma menor capacidade de resiliência para lidar com situações adversas já na idade adulta (Wimalawansa, 2014).

- **Fatores relacionados com o acontecimento**

Estes fatores dizem respeito à forma como determinados acontecimentos podem interferir no desenvolvimento da PSPT e destacam-se: o impacto sobre o indivíduo, o tipo de agressão, o grau de conhecimento que a vítima possa ter acerca do agressor e a dissociação peri-traumática (Vaz Serra, 2003). A magnitude está fortemente associada ao trauma. Quanto maior for a agressão, maior são as probabilidades de um indivíduo vir a desenvolver PSPT (Wimalawansa, 2014).

1.4.3) Fatores de risco após o acontecimento traumático

Depois da ocorrência ter sido ultrapassada, existem diversos aspetos que se tem de ter em conta em relação às consequências.

- **Atribuições causais feitas sobre a ocorrência**

Normalmente os indivíduos fazem ocorrências de carater depressivo e punitivo, tendendo a fazer atribuições internas relacionadas com o fracasso como, por exemplo, expressões do género “A culpa é minha”, “Será sempre assim”, “Acontece-me com tudo” (Vaz Serra, 2003).

- **Ambiente encontrado após a situação traumática**

Para Vaz Serra (2003), o ambiente encontrado após a situação traumática tende a agravar o diagnóstico clínico, considerando o prognóstico e a evolução. As emoções expressas são constituídas por 5 componentes: comentários críticos, hostilidade, acentuado

envolvimento emocional, afetuosidade e comentários positivos. Os dois primeiros são os componentes que manifestam uma maior evidência negativa nos resultados.

- **Fatores que predisõem à cronicidade**

Estão relacionados com diversos aspetos, tais como: o tipo de trauma, a presença de comorbidade, da reatividade elevada face a estímulos que relembrem o trauma, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, presença de sentimentos de culpa, rejeição, humilhação, adição de substâncias e historial familiar de comportamento antissocial (Vaz Serra, 2003).

1.4.4) Fatores de proteção da Perturbação de Stress Pós-Traumático

Apoio Social

Este termo refere-se às relações sociais que envolvem uma pessoa, à intensidade dos elos afetivos, ao apoio que existe e à prestação de cuidados. Envolve três conceitos: (1) os recursos da rede social, que se refere a relações sociais que oferecem um grupo estável que possa prestar cuidados e auxílio quando necessário; (2) o comportamento de apoio, que se baseia na troca de recursos existentes entre o dador e o recetor. Quando uma pessoa fica carente de recursos, ou estes são ameaçados, carece da necessidade de apoio social; (3) a avaliação subjetiva de apoio diz respeito aquilo que o indivíduo percebe e ao significado que dá à ajuda de alguém (Vaz Serra, 2003).

Resiliência

No que se refere ao trauma, a resiliência tem como principal foco manter o indivíduo saudável e estável, tanto do ponto de vista psicológico como físico, particularmente quando este foi exposto a algum fator stressante. Os sujeitos demonstram um certo tipo de preocupação, mas a longo prazo mostram-se saudáveis (Bonanno, 2005).

Edith Grotberg (1985) defendia que seria necessária a interação de diversos fatores, relativos a três níveis: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou). A partir deste ponto de vista a resiliência torna-se um processo interativo entre a pessoa e o meio (Infante, 2005).

A um outro nível Connor e Davidson (2003) definem a resiliência salientando a sua multidimensionalidade “(...) que varia conforme o contexto, o tempo, a idade, o sexo e a

origem cultural, assim como varia no próprio indivíduo, dependendo das circunstâncias da vida a que está sujeito” (Connor & Davidson, 2003, p.76). Infante (2005), salienta os seus três componentes fundamentais: (1.) a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; (2.) a adaptação positiva ou superação da adversidade; (3.) o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano (Infante, 2005, p.26)

1.4.5) Crescimento Pós-Traumático

Segundo Tedeschi e Calhoun (1996), as pessoas que passam por alguma experiência de stress pós-traumático, frequentemente consideram a experiência positiva, pela forma como o ultrapassaram. Crescimento pós-traumático (CPT), é o nome que se dá a esta mudança positiva.

Para Tedeschi e Calhoun, (2004) crescimento pós-traumático *“é a experiência de mudança positiva que ocorre como resultado da luta com crises de vida altamente desafiadoras. Ele manifesta-se de várias maneiras, incluindo uma apreciação aumentada para a vida em relações interpessoais gerais, mais significativas, um maior senso de pessoal de força, prioridades alteradas, e uma vida existencial e espiritual mais rica. Apesar de o termo ser novo”, a ideia de que o grande bem pode vir de grande sofrimento é antigo. Propomos um modelo para entender o processo de crescimento pós-traumático no qual características individuais, apoio e divulgação, e mais especificamente, envolvendo estruturas cognitivas ameaçadas ou anuladas pelo evento traumático, desempenhem um papel importante. Sugere-se também que o crescimento pós-traumático interage mutuamente com a sabedoria da vida e com o desenvolvimento da narrativa da vida, e que é um processo contínuo, não um resultado estático” (p.1)*

Existem diferenças entre o conceito de resiliência e de CPT. Neste último, existe uma mudança que ultrapassa o nível de adaptação pré-trauma, pois a mudança vai muito além de a pessoa conseguir não ficar afetada com o incidente (Tedeschi & Calhoun, 2004).

1.4.6) Relação entre Resiliência e Stress Pós-Traumático

Diversos autores têm debatido a relação entre resiliência e CPT. Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz e Solomon (2009) mostraram que existe uma relação inversa entre resiliência e CPT e sugerem duas explicações para tal fenómeno:

Uma das explicações foi dada por Westphal e Bonanno (2007), quando dizem que os sujeitos que apresentam uma maior resiliência não têm um maior sofrimento psicológico. Também não ficam tão afetados com o Stress Pós-Traumático como os indivíduos que têm menor resiliência.

Outra explicação é dada por Maercker e Zoellner (2004), quando defendem que o CPT pode ser uma ilusão positiva. Segundo os autores isto quer dizer:

“(...) quando confrontados com eventos de ameaça, as pessoas muitas vezes respondem com percepções positivas levemente distorcidas de si mesmas (autoengrandecimento), um senso exagerado de controlo pessoal, e otimismo irreal. Eles sugeriram que estas três ilusões tipicamente caracterizam as crenças das pessoas depois das ameaças ou eventos traumáticos” (p.43)

Da mesma forma que existem autores que são contra esta relação, existem outros que a apoiam e defendem. Bensimon (2012) diz que tanto o CPT como a resiliência são “fatores salutogénicos¹”.

Ogińska-Bulik (2015) também nos diz que a resiliência é importante para o desenvolvimento de mudanças positivas, após um evento traumático. Refere, também, que um coping bem-sucedido pode aumentar os níveis de resiliência. Existe assim associação positiva entre crescimento pós-traumático e resiliência, especificamente com aumento da valorização da vida e autopercepção.

¹ Este conceito foi criado por Aaron Antonovsky (1979) afirmando que as experiências de vida se adaptam ao sentido de coerência (SOC) que é uma mais-valia no lidar com fatores stressantes e no gerir a tensão de forma positiva. Antonovsky criou o SOC tridimensional (compreensão, capacidade de gestão, significado) com o intuito de saber a origem da saúde (Bauer e colaboradores, 2020).

1.5) Teoria da vinculação

John Bowlby foi o pioneiro da Teoria da vinculação. Defendeu a necessidade de o indivíduo criar vínculos emocionais que fazem parte do ser humano ao longo de toda a vida. É no primeiro ano de vida que o bebê estabelece uma relação distinta com a figura cuidadora, em que esta lhe proporciona proteção, segurança e sobrevivência (Bowlby, 1973, 1980, 1969/1984, 1988, citado por Jongenelen, 2016).

É importante diferenciar vinculação e comportamento de vinculação: ” *O comportamento de vinculação tende a ser reforçado ou enfraquecido por fatores situacionais, e pode ser manifestado de forma intermitente, a vinculação é uma ligação que, uma vez estabelecida, tende a persistir, a ser duradoura, no sentido em que lança pontes sobre o tempo e o espaço*” (Ainsworth, 1969/1990, citado por Jongenelen, 2016).

Nesta teoria existe uma noção central, “Modelos internos dinâmicos – MID”. São um conjunto de representações internas sobre si próprio, o mundo e os outros, que auxiliam o indivíduo a dar significado aos acontecimentos (Bowlby, 1973). OS MID têm uma importante função, a de perceber e criar expectativas acerca do comportamento da figura de referência e de tentar perceber se são ou não merecedores de cuidados (Bowlby, 1973). O sistema de vinculação é ativado quando existe uma exposição a um acontecimento traumático e, por sua vez, de ameaça, com o intuito de proteger o sujeito. O estilo de vinculação influencia a forma como os sujeitos percebem o acontecimento traumático (Nye et al., 2008).

1.5.1) Vinculação na idade adulta

A teoria da vinculação tem sido crucial para a compreensão do desenvolvimento de certas perturbações clínicas e da personalidade. Ao longo do tempo foram surgindo diversas teorias para classificar os diversos padrões de vinculação na idade adulta (Morais, 2015). Ainsworth, Hazan e Shaver (1987) defendem que os três estilos de vinculação que estão presentes na infância, isto é, os estilos seguro, ansioso e evitante, estão também presentes na idade adulta, tendo em conta que, nos adultos, estes substituem a relação com o progenitor por uma relação de vinculação com o parceiro amoroso.

2 - Objetivos

O principal objetivo desta investigação é estudar, numa amostra da população portuguesa, a relação entre o 1º confinamento relativo à covid-19 e o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático, considerando as variáveis resiliência, vinculação e medo da covid-19. O estudo foca, em particular, a população definida como de risco pelo SNS 24 em 2021, nomeadamente: pessoas que apresentam doenças crónicas, autoimunes, transplantados ou com infeção VIH/SIDA, com o sistema imunológico comprometido e/ou em tratamento de quimioterapia (SNS 24, 2021). Mais especificamente pretende-se saber:

- se pertencer ao grupo de risco, de acordo com o questionário sociodemográfico, estar infetado pelo vírus ou saber de pessoas que o estejam levou ao desenvolvimento do medo de Covid-19 tal como medido pela escala Medo da Covid 19.
- se pertencer ou não ao grupo de risco, tendo em conta o questionário sociodemográfico, se relaciona com o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático, tal como medido pela escala PCL-5.
- se as variáveis vinculação (medida pela EVA) e resiliência (medida pela ERA), tal como o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático (medido pela escala PLC-5), se relacionam com o medo em relação ao Covid-19 (medido pela escala Medo da Covid 1).
- se as variáveis resiliências (medida pela ERA) e vinculação (medida pela EVA), o medo (medido pela escala Medo da Covid 19) e as medidas pela escala PCL-5 são preditores significativos de sintomas de stress pós-traumático.

3 - Metodologia

3.1) Caracterização da amostra

A amostra em estudo inclui 361 participantes, 67 dos quais são homens e 294 mulheres, entre as idades de 18 e 66 anos (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=361)

	n	%	M (DP)
Idade			24 (8.72)
Sexo:			
Feminino	294	81.4	
Masculino	67	18.6	
Estado Civil:			
Solteiro	319	88.4	
Casado/União de facto	29	8.0	
Divorciado ou separado	8	2.2	
Numa relação	4	1.1	
Viúvo/a	1	0.3	
Anos de escolaridade			14 (2.34)
Situação laboral:			
Estudante	247	68.4	
Empregado	52	14.4	
Trabalhador-Estudante	34	9.4	
Desempregado	18	5.0	
Reformado ou pensionista	3	0.8	
Outro	7	2	
Rendimento mensal médio	361		452.75 (709.837)
Problemas médicos:			
Sim	104	28.8	
Não	257	71.2	

De modo a controlar as variáveis em estudo procedeu-se à recolha de dados relacionados com a experiência de quarentena. As informações encontram-se na tabela apresentada a seguir (Tabela 2).

Tabela 2*Quarentena e dados relativos à Covid 19*

	n	%
Pertença ao grupo de risco:		
Sim	278	77.2
Não	83	23.0
Infetado pelo vírus:		
Sim	24	6.6
Não	275	76.2
Não sei	62	17.2
Contato direto com pessoas infetadas:		
Sim	105	29.1
Não	197	54.6
Não sei	59	16.3
Conhecimento de pessoas em CI:		
Sim	96	26.6
Não	261	72.3
Não sei	4	1.1
Conhecimento de pessoas que morreram:		
Sim	117	32.4
Não	243	67.3
Não sei	1	0.3

3.2) Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado para a realização do presente estudo foi constituído pelos instrumentos a seguir descritos.

3.2.1) Questionário Sociodemográfico

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi feito especificamente para efeitos desta investigação e teve como principal objetivo obter informações sociodemográficas sobre os sujeitos respondentes, tais como: idade, escolaridade, estado civil, rendimentos e situação laboral. A parte clínica deste questionário inclui questões relativas aos problemas médicos, à experiência da primeira quarentena e da situação do respondente durante essa quarentena (março de 2020).

3.2.2) The Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

A *The Impact of Event Scale – Revised* (IES-R) foi desenvolvida por Weiss e Marmar em 1997 e adaptada para Portugal por Marcela Matos, José Pinto-Gouveia e Sónia Martins em 2011. É uma escala de autorresposta que tem como objetivo estimar a dimensão eventualmente traumática de um evento de vida específico. Inclui a avaliação de sintomas intrusivos tais como pensamentos, pesadelos, sentimentos e sintomas de evitamento, relacionados com as experiências traumáticas, de acordo com Horowitz et al. (1979).

Contudo, esta escala, para ser mais completa, teria de incluir itens que avaliassem o domínio da hiperativação, tendo em conta os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático da terceira e quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual* (American Psychiatric Association, 1980). Por essa razão, foi revista e passou a ser constituída por 22 itens, cotados numa escala do tipo Likert de 5 pontos (0 = Nada a 4 = MUITÍSSIMO), relativos às três características essenciais da resposta traumática: 1) intrusão (8 itens; e.g., “Sonhei com isso”); 2) evitamento (8 itens; e.g., “Tentei não falar sobre isso”); e 3) hiperativação (6 itens), que avalia sono, irritabilidade, concentração hipervigilância, resposta de ativação e ativação fisiológicas (e.g., “Sentia-me irritável e zangado”) (Cunha et al., 2017).

As três subescalas apresentam elevados coeficientes alfa de Cronbach (Evitamento: $\alpha = .84$; Hiperativação: $\alpha = .86$; Intrusão: $\alpha = .89$) e a escala total apresenta um coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .94$) (Cunha et al., 2017).

Com a nossa amostra esta escala apresenta um alfa de Cronbach de .95, um valor indicativo de uma boa consistência da escala (Pallant, 2016)

3.2.3) Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

O PCL-5 é uma medida de autorrelato composto por três dimensões que avaliam sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress. É constituída por 20 itens relacionados com os 20 sintomas de stress pós-traumático presentes no DSM-V. É uma escala de autorrelato, do tipo Likert, cotada de 0-4 para cada sintoma (de "Nem um pouco" a "Extremamente") (Weathers et al., 2013). Foi adaptada para a população portuguesa por Carvalho, Motta e Pinto-Gouveia em 2020.

As alterações de Trauma e de Stresse Pós-Traumático no DSM-5 (APA, 2013), levaram a que existisse uma atualização nas ferramentas de avaliação (Weathers, Litz, Herman,

Huska, & Keane, 1993). Originalmente, este instrumento era usado para avaliar a gravidade dos sintomas de stress pós-traumático e fazer uma espécie de triagem desse mesmo transtorno, tendo em consideração o DSM-IV (Weathers et al., 1993).

Mais recentemente, Weathers et al. (2013) desenvolveram o PCL para o DSM-5 (PCL-5). No geral, as medidas psicométricas desta escala são apropriadas a diferentes amostras, como veteranos de guerra, sobreviventes de terramoto, alunos de colégio afetados pela guerra, refugiados, indivíduos que foram expostos ao trauma e pais de crianças com queimaduras. A escala total apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .94$) (Carvalho et al., 2020).

Com a nossa amostra esta escala apresenta um alfa de Cronbach de .95, um valor indicativo de uma boa consistência da escala (Pallant, 2016)

3.2.4) *Fear of COVID-19 Scale*

O aparecimento da Covid-19 introduziu entre as pessoas diferentes estados de ansiedade e medo. A escala “*Fear of COVID-19*” (FCV-19S) foi criada por Ahorsu e colegas em 2020 e tem como objetivo principal estudar o medo em relação ao Covid-19 (Ahorsu et al., 2020). Foi validada para a população portuguesa por José Magano, Diogo Vidal, Hélder Sousa, Maria Dinis e Ângela Leite em 2021 (Magano et al., 2021).

A FVC-19S, apresenta sete itens (por exemplo, “Eu tenho medo de morrer por causa da COVID-19.” – Item 4), respondidos numa escala tipo Likert com possibilidades de resposta de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (Faro et al., 2020). Apresenta ainda propriedades psicométricas robustas com uma consistência interna de .82 (Magano et al., 2021).

Com a nossa amostra esta escala apresenta um alfa de Cronbach de .87, um valor indicativo de uma boa consistência da escala (Pallant, 2016).

3.2.5) Escala de Resiliência para Adultos (ERA)

A Escala de resiliência (ER) foi originalmente criada por Wagnild e Young (1993) para avaliar os níveis de resiliência (Pinheiro et al., 2013). Em 2003 foi criada uma nova escala de avaliação de resiliência, denominada de ERA. Foi desenvolvida por Firborg e colaboradores de modo a completar a anterior (Pereira et al., 2013).

A versão portuguesa é constituída por 33 itens, sendo cada pergunta cotada de 1 a 7 e validada por Pereira, Cardoso, Alves, Narciso e Canavarro em 2013. É um instrumento de autorresposta que para além de avaliar diversas características da resiliência, contém itens que apresentam uma organização em seis fatores, tais como: Competências Sociais, Coesão Familiar, Recursos Sociais e Estilo Estruturado Perceção do Self e Planeamento do Futuro.

A versão original da ERA evidenciou, para as dimensões da escala, os seguintes alfas de Cronbach: Perceção do self (.74), Planeamento do futuro (.73), Competências sociais (.83), Estilo estruturado (.80), Coesão familiar (.80) e Recursos sociais (.74) (Friborg, Hjemdal et al., 2006). A versão portuguesa evidenciou um alfa de Cronbach de .94 para o total da escala. No que diz respeito aos seis fatores, obtiveram-se os valores seguintes: .38 (Estilo Estruturado), .72 (Competências Sociais), .75 (Planeamento do Futuro), .78 (Perceção do Self), .81 (Coesão Familiar) e .84 (Recursos Sociais) (Pereira et al., 2016). Com a nossa amostra os alfas de Cronbach para os seis fatores são os seguintes: .70 (Perceção do self), .79 (Perceção do futuro), .78(Competências sociais), .86 (Coesão familiar), .83 (Recursos sociais), .54 (Estilo estruturado).

3.2.6) Escala de Vinculação para Adultos (EVA)

Esta escala foi construída e revista por Collins e Read em 1990 e os primeiros estudos psicométricos feitos em Portugal foram realizados por Canavarro (1997).

A EVA é um questionário de autorresposta com o intuito de avaliar a vinculação no adulto. Apresenta 18 itens que são respondidos numa escala de 1 (nada característico em mim) a 5 (extremamente característico em mim). Avalia 3 dimensões, tais como a ansiedade, que nos informa quanto ao grau de ansiedade que o indivíduo apresenta em relação a questões interpessoais, o contacto com a proximidade, que nos remete para o grau em que o indivíduo se sente ou não confortável com a intimidade/proximidade, e por fim, a confiança nos outros que, como o nome indica, diz respeito ao grau de confiança nos outros quando é necessário (Canavarro, 1997).

Em relação à consistência interna, o valor do coeficiente alfa de Cronbach para as subescalas Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros é .84, .67 e .54, respetivamente (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Com a nossa amostra os valores do coeficiente de alfa de Cronbach para as subescalas Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros são de .88, .69, .64 respetivamente.

3.3) Procedimentos

Para a construção do protocolo de investigação foi solicitada a autorização do uso das escalas aos autores originais via email, sendo a mesma concedida. Os procedimentos incluíram a realização de um pré-teste ao protocolo, com o intuito de tentar perceber se o mesmo estaria adequado aos sujeitos da amostra, tendo em conta as variáveis em análise. Todos os respondentes assinaram um consentimento informado onde eram esclarecidos os objetivos do estudo e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. A recolha da amostra ocorreu entre os dias 30/11/2020 e 10/02/2021 através da plataforma *google forms*.

Os resultados foram exportados, diretamente, da plataforma *Google Forms* para o programa *IBM SPSS Statistics 22*, onde foram devidamente tratados.

A investigação agora apresentada baseia-se num estudo não experimental, de natureza correlacional e transversal.

Na análise descritiva dos dados, para variáveis escalares, foram calculados médias e desvios-padrão e para variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para averiguar a diferença de pontuação na Escala de Medo da Covid-19 entre pessoas sem nenhum fator de desenvolvimento de medo, com um fator e com 2 ou mais fatores, foi utilizada uma ANOVA de Kruskal-Wallis. Para apurar se existem diferenças no desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático entre o grupo de pessoas de risco para a Covid-19 e as restantes, foi realizado um teste de Mann-Whitney. Para as correlações efetuadas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (η). Para análise dos modelos de previsão foi calculada uma regressão linear múltipla através do método *Backward*. Neste último caso, procedemos à validação dos pressupostos do modelo de regressão linear. Foi analisada a independência das variáveis explicativas, que abrange a verificação da existência ou não de multicolinearidade. Para todas as variáveis explicativas o valor da Tolerância é superior a 0.1 e o valor do VIF é inferior a 10, o que indica inexistência de multicolinearidade no modelo em análise. Em relação às variáveis aleatórias residuais, o valor médio dos resíduos foi de 0. Foi também observada a

variância constante dos resíduos, segundo a qual os resíduos mantêm uma amplitude constante em relação ao eixo horizontal zero. Indica, assim, a existência de heterocedasticidade. As variáveis residuais apresentam, também, uma distribuição normal.

4 - Resultados

No que diz respeito à análise preliminar dos dados, o pressuposto da normalidade foi analisado recorrendo ao Teste de Shapiro-Wilk verificando-se que a distribuição das variáveis na amostra não é normal. Foram utilizados testes não paramétricos para o tratamento estatístico.

Com o intuito de tentar perceber se pertencer ao grupo de risco, estar infetado pelo vírus ou de ter conhecimento de pessoas que o estejam leva ao desenvolvimento de medo da Covid-19, foi realizada uma ANOVA de Kruskal-Wallis. Foram criados três grupos: um que não apresenta nenhum dos fatores mencionados acima, outro que apresenta 1 e outro com dois ou mais destes fatores.

Os resultados evidenciam a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo sem fatores de desenvolvimento e o grupo com 2 ou mais destes fatores. Os participantes deste último pontuaram significativamente mais na Escala de Medo da Covid-19 (Tabela 3).

Tabela 3

ANOVA de Kruskal-Wallis entre pessoas sem nenhum fator de desenvolvimento de medo e pessoas com um ou mais desses fatores

Fatores	N	M	χ^2	g.l.	p
0	133	163.82			
1	108	172.31			
2 +	120	207.87			
Total	361		12.342	2	.002

Para tentar perceber se existem diferenças no desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático entre o grupo de pessoas de risco para a Covid-19 e as restantes, realizou-se o teste de Mann-Whitney onde se conclui que as diferenças não são significativas ($Z=-1.86$, $p=.06$).

Tabela 4*Teste de Mann-Whitney entre os grupos de risco e o grupo de pessoas livres desse risco*

Grupo de risco	N	MR	SR	U	p
Não pertence	306	176.66	54059		
Pertence	55	205.13	11282		
Total	361			7088	.063

Para verificar a existência de correlações entre dimensões em estudo, utilizou-se o Coeficiente de Spearman para analisar as relações entre as variáveis vinculação e resiliência, tal como medidas pela escala PLC-5, e o medo em relação ao Covid-19.

As correlações mais significativas são entre a IES Total e a PCL Total que se correlacionam negativamente. Conforto-proximidade e confiança nos outros correlacionam-se também negativamente com o IES Total e o PCL Total. Estes últimos dois fatores correlacionam-se negativamente com a maior parte dos restantes fatores das diversas escalas. As correlações mais fortes das diferentes escalas são visíveis entre o EMC Total e os IES Total e também o PCL Total (Tabela 5).

Tabela 5*Correlações entre os fatores dos instrumentos IES, PCL, EMC, ERA, EVA*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Intrusão	-														
Evitamento	.85	-													
Hiperativação	.89	.78	-												
IES Total	.96	.92	.94	-											
PCL Total	.78	.74	.80	-	-										
EMC Total	.59	.55	.57	.60	.51	-									
Perceção Self	.06	.05	.08	.07	.06	.04	-								
Perceção Futuro	.20	.20	.23	.22	.25	.15	.10	-							
Competências Sociais	.04	.05	.05	.05	.10	.01	.05	-	-						

Coesão familiar	.00	.02	.01	.01	.05	-	.10	.03	.04	-				
	1	4	4	4	2	.06	0	9	6	0				
Recursos sociais	.12	.10	.09	.11	.08	.03	.15	.06	.06	.12	-			
	1	4	7	4	8	3	8	0	3	1				
Estilo de estrutura do	.03	.03	.08	.05	.09	.05	.09	.06	.11	.10	.01	-		
	0	6	6	6	1	9	2	3	2	1	3			
Ansiedade	.35	.39	.38	.39	.46	.27	.08	.25	-	.07	.05	.10	-	
	4	1	0	4	7	6	8	8	.03	2	3	4		
									9					
Conforto-Proximidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.02	-	-	-
	.13	.16	.16	.16	.31	.15	.03	.13	.11	.10	1	.03	.44	
	9	5	9	5	5	5	2	7	0	0		3	1	
Confiança nos outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	.22	.30	.24	.27	.38	.14	.10	.16	.12	.05	.04	.00	.48	.51
	3	2	7	2	0	7	8	9	5	4	6	7	8	8

De forma a tentar perceber que variáveis são preditores significativos de sintomas de stress pós-traumático na amostra global em estudo, foi utilizada uma regressão linear múltipla pelo método *Backward* para verificar se o medo da Covid-19 e os fatores de vinculação e resiliência são capazes de prever a sintomatologia de stress pós-traumático. A análise resultou num modelo estatisticamente significativo ($F=90.98$, $R^2=.43$, $p<.01$). O medo da Covid-19 ($\beta=0.53$, $t=12.77$, $p<.01$), a ansiedade ($\beta=0.21$, $t=4.48$, $p<.01$) e a confiança nos outros ($\beta=-0.10$, $t=-2.10$, $p=.04$) são preditores do stress pós-traumático. Assim, o modelo ajustado resultante, baseado nos coeficientes de regressão linear, é o seguinte (tabela 5):

$$\text{Total do IES-R} = 0.09 + 0.08 * (\text{total da escala de medo da Covid-19}) + 0.20 * (\text{ansiedade}) - 0.13 (\text{confiança nos outros})$$

Tabela 6

Coefficientes do modelo de regressão linear dos sintomas de stress pós-traumático para a amostra geral

	B	SE B	Beta (β)	R²	R²_a	ΔR²	F	ΔF
Bloco 8				.433	.429	-.004	90.981	2.258
Constante	.085	.289						
EMC Total	.079	.006	.530					
Ansiedade	.199	.044	.210					
Confiança nos outros	-.128	.061	-.096					

Nota: * $p<.05$; ** $p<.01$, *** $p<.001$

Para o grupo de risco a análise resultou num modelo também estatisticamente significativo ($F=91.26$, $R^2=0.45$, $p<.01$). O medo da Covid-19 ($\beta=0.56$, $t=10.68$, $p<.01$) e a ansiedade ($\beta=0.21$, $t=4.03$, $p<.01$) são preditores do stress pós-traumático.

A equação que descreve esta relação é:

$$\text{Total do IES-R} = - 0.30 + 0.01 * (\text{total da escala de medo da Covid-19}) + 0.20 * (\text{ansiedade})$$

Tabela 7

Coefficientes do modelo de regressão linear dos sintomas de stress pós-traumático na subamostra de risco

	B	SE B	Beta (β)	R²	R²_a	ΔR²	F	ΔF
Bloco 9				.433	.448	-.006	91.258	2.478
Constante	-.303	.188						
EMC Total	.082	.008	.564					
Ansiedade	.208	.052	.213					

Nota: * $p<.05$; ** $p<.01$, *** $p<.001$

5 – Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal estudar o impacto da pandemia covid-19 no desenvolvimento de sintomatologia de PSPT.

Numa primeira fase pretendeu-se saber se pertencer ao grupo de risco, estar infetado pelo vírus ou saber de pessoas que o estejam levou ao desenvolvimento do medo de Covid-19. Para isto foi utilizado o teste Mann-Whitney o qual evidenciou que os sujeitos que apresentavam um ou mais destes fatores pontuaram significativamente mais na Escala de Medo da Covid-19. O medo do desconhecido vivido durante a pandemia aumenta os níveis de ansiedade em indivíduos saudáveis e entre aqueles que apresentam algum problema de saúde. No estudo de Shigemura et al. (2020), por exemplo, os pacientes infetados ou suspeitos de estarem infetados pelo vírus Covid 19 apresentaram reações emocionais intensas, tal como medo, ansiedade e transtorno de stress pós-traumático. Também no nosso estudo se evidencia uma relação entre quem desenvolveu medo à covid e quem desenvolveu sintomatologia de PSPT ($\beta=0.53$, $t=12.77$, $p<.01$), mas essa relação não parece ser explicada pelo facto de os indivíduos pertencerem ou não ao grupo de risco, visto que essa variável teve impacto no que concerne ao desenvolvimento de medo à covid, como dito anteriormente, mas não no desenvolvimento de sintomatologia de PSPT. Estes resultados estão de acordo com os resultados do estudo de Kira e colaboradores (2021), que dizem que medo, antecipação e impacto social do COVID-19 são variáveis significativas na saúde mental, isto é, com consequências significativas a esses níveis (PSPT, Depressão, Ansiedade).

Nesta investigação a variável resiliência não mostrou qualquer relação com o desenvolvimento de PSPT, ao contrário do observado no estudo de Kira e colaboradores (2021), onde se defende que existem pessoas que são expostas ao trauma, mas que não têm problemas de saúde mental devido à sua resiliência (Kira et al., 2021).

Já a vinculação ansiosa mostrou ser um fator preditor de Stress pós-traumático, mais especificamente o fator Ansiedade ($\beta=0.21$, $t=4.48$, $p<.01$) na amostra geral e ($\beta=0.21$, $t=4.03$, $p<.01$) e na subamostra de risco. Segundo Nye et al. (2008) o sistema de vinculação tem como principal objetivo proteger e manter a segurança do indivíduo sendo este ativado quando existe uma exposição a um acontecimento traumático. Este acontecimento traumático é percecionado pelo sujeito de acordo com os tipos de vinculação (i.e., seguro, evitante, ansioso) (Nye et al., 2008).

As limitações do estudo agora apresentado incluem: o enviesamento na relação homens (n= 67) mulheres (n= 294); o desenho transversal da investigação; a utilização de escalas do tipo Likert para realizar diagnósticos clínicos ou avaliar a saúde mental. Pesquisas futuras devem, assim, incluir amostras mais representativas, metodologias longitudinais e sistemas de avaliação mais robustos.

Conclusões

A Covid 19 é visto por muitos nós como um evento traumático. Sentimo-nos vulneráveis, receosos e apreensivos em relação ao futuro. Por vezes, a ansiedade e medo tornam-se mais contagiosos que o próprio vírus e com isto, a nossa percepção de risco é exageradamente aumentada.

A preocupação contínua do indivíduo contrair o vírus é uma das principais características da PSPT relacionada ao covid-19. A pandemia acarretou riscos que vão muito além da doença física. Assim sendo, torna-se necessário a concretização de intervenções para a promoção da saúde mental e bem-estar bem como a realização de ações preventivas da PSPT.

Neste trabalho tínhamos como objetivo principal estudar o impacto da pandemia covid-19 no desenvolvimento de sintomatologia de PSPT.

Em relação ao primeiro objetivo concluímos que pessoas que pertencem ao grupo de risco, que estão infetadas pelo vírus ou sabem de pessoas que o estejam pontuaram significativamente mais na Escala de Medo da Covid-19.

No segundo objetivo verificámos que pertencer ao grupo de risco não é um fator que prediz o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático.

No terceiro objetivo realçamos a correlação mais significativas que é entre a IES Total, que tem como objetivo estimar a dimensão eventualmente traumática de um evento de vida específico, e a PCL Total que avalia sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress.

No quarto objetivo concluímos que o medo da Covid-19, a ansiedade e a confiança nos outros são preditores do stress pós-traumático.

Este estudo, relacionado com o stress pós-traumático, evidencia que qualquer indivíduo está sujeito a desenvolver algum trauma. Contudo, o impacto do trauma será diferente de pessoa para pessoa, dependendo da resiliência, vinculação e das próprias ocorrências do mesmo.

Vivemos um período caótico que certamente levará algum tempo até compreendermos o verdadeiro impacto da pandemia na saúde mental.

Referências Bibliográficas

Hjemdal O, Friborg O, Braun S, Kempnaers C, Linkowski P, Fossion P. Escala de Resiliência para Adultos: construir validade e medição em uma amostra belga. *Revista Internacional de Testes*. 2011; **11**(1):53-70. doi: 10.1080/15305058.2010.508570.

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*, 18(1), 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

American Psychiatric Association (1994). DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2014). DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Ana Maria Pacheco Mendes Perdigão Costa Gonçalves, & Ana, P. C. (2018). Validação da resiliência scale de wagnild e young em contexto de acolhimento residencial de adolescentes. *Revista De Enfermagem*. Referencia 2018; IV(17), 107-118. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17080>

American Psychiatric Association (2013). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores

Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: Validação da Impact of Event Scale-Revised. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34, 249-260. ISSN 1982-0275. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200006>

Azar, A. (2018). Immune function in older adults. *UpToDate*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/immune-function-in-older-adults>

Bauer, G.F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G.A., Jensen, B.B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M.B., Morgan, A. R., Pelikan, J.M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L., & Vinje, H. F.

Direções futuras para o conceito de salutogênese: um artigo de posição. *Promoção da saúde internacional*, 35(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz057>

Beck, L. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) provides potent reminder of the risk of infectious agents. *American College of Cardiology, Cardiology Magazine*, 49(3), 27-29

Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.

Buiser Schnur, M., 2020. *COVID-19: Who Among Us Is At Greatest Risk?*. [online] Nursingcenter.com. Available at: <<https://www.nursingcenter.com/ncblog/march-2020/covid-19-highest-risk>> [Accessed 1 February 2021].

Caiuby, Andrea Vannini Santesso, Lacerda, Shirley Silva, Quintana, Maria Inês, Torii, Thais Suemi, & Andreoli, Sergio Baxter. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 597-603. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300019>

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação no adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.

Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1267–1282. <https://doi.org/10.1002/jclp.22930>

Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4(2), 123–131.

Cunha, M., Xavier, A. M., Zagalo, S. M., & Matos, M. S. (2017). Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: validação da Impact of Event Scale-Revised. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(2), 249-260. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200006>

Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. (2006). Countertransference and psychic trauma. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(3), 314-320.

Faro A, dos Santos Silva L, dos Santos DN, Feitosa ALB. 2020. Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19 [Adaptation and validation of the Fear of COVID-19 Scale]. *SciELO Preprints*. Available at <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/898>

Felgueiras, Marta & Festas, Constança & Vieira, Margarida. (2008). Adaptação e Validação da Resilience Scale® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*. Vol. 3(1). 73-80.

Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F., & Pedreira, M. E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133>

Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(3), 40–51.

Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 pandemic in the Italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4151. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17114151>

Grotberg, E. (1995): *The International Resilience Project: Promoting resilience in children*, Washington D.C., Civitan International Research Center, University of Alabama at Birmingham, ERIC Reports.

SNS 24. (2021, April 29). Grupos de risco. Temas de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/grupos-de-risco/>.

Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Estresse pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port.*, 20, 347–354.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Horowitz, M., Wilner, N., & Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

Infante, F. (2005). A Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. <https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/17938785.pdf>. *Isolamento*. SNS 24. (2021). Retrieved 9 July 2021, from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/isolamento/#sec-0>.

Jongenelen (2016). Vinculação. In R. Maia, L. M. Nunes, S. Caridade, A. Sani, L. Afonso, R. Estrada, C. Nogueira & H. Fernandes (Coords.), *Dicionário Crime, Justiça e Sociedade*. Lisboa: Editora Sílabo.

Junior, José & de Medeiros, Antônio Gabriel Araújo. (2017). Escalas de Resiliência: uma revisão narrativa. *Revista Meta: Avaliação*. 9(27). 561. <https://doi.org/10.22347/2175-2753v9i27.1322>.

Killgore, W., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>

Kira, I. A., Shuwiekh, H., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Alhuwailah, A., Sous, M., Baali, S., Azdaou, C., Oliemat, E. M., & Jamil, H. J. (2021). The Impact of COVID-19 Traumatic Stressors on Mental Health: Is COVID-19 a New Trauma Type. *International journal of mental health and addiction*, 1–20. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00577-0>

Laplanche, J., Pontalis, J., Lagache, D., & Rio Tamen, P. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed., p. 522). São Paulo: Martins Fontes.

Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282-286

[Schnur, M. B. \(n.d.\). Is Blockchain the New Pathway to Credentialing? NursingCenter. <https://www.nursingcenter.com/ncblog/march-2020/blockchain-credentialing>.](https://www.nursingcenter.com/ncblog/march-2020/blockchain-credentialing)

Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a twocomponent model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*, (54), p. 413-438. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_16

Morgado, P., Cerqueira, J. J., & Sousa, N. (2017). Resposta neuronal ao stresse. In *Neurociências* (pp. 401- 412). Lidel.

412). Lidel Nye, E. C., Katzman, J., Bell, J. B., Kilpatrick, J., Brainard, M., & Haaland, K. Y. (2008). Attachment organization in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Attachment & Human Development*, 10(1), 41-57. Doi: 10.1080/14616730701868613

Ogińska-Bulik, N. (2015). The Relationship Between Resiliency and Posttraumatic Growth Following the Death of Someone Close. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(3), 233–244. <https://doi.org/10.1177/0030222815575502>

Pereira, A. (2012). Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa, Portugal.

Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vol. II – Vulnerabilidade, stress e adaptação* (pp. 37-62). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 93-103). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.

Pinheiro, M. R., & Matos, A. P. (2013). Avaliação da resiliência em adolescentes portugueses: Novos contributos para o estudo das versões longa e breve da Resilience Scale de Wagnild e Young (1993).

Shah Syed, M. A., Danish, M., Qureshi Muhammad, F. H., Abbas, M. Z., & Sameeha, A. (2021). Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 101-110. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>

Shi, Y., Wang, G., Cai, X. P., Deng, J. W., Zheng, L., Zhu, H. H., Zheng, M., Yang, B., & Chen, Z. (2020). An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 21(5), 343–360. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2000083>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for DSM-5: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1) Article 30165 doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.30165>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–472. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: ‘Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence’. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1– 18

Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A. V., Bukelo, M. M., Rao, J. S., Abrahao-Machado, L. F., Dahal, S., Kumar, H., & Kv, D. (2020). Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate medical journal*, 96(1142), 753–758. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>

Validation and psychometric properties of the portuguese version of the coronavirus anxiety scale (CAS) and fear of COVID-19 scale (FCV-19S) and associations with travel, tourism and hospitality. (2021). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 427. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020427>

Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *National Center for PTSD*, 5(August), 2002. <https://doi.org/10.1037/t02622-000>

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 417–427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 324(8), 782-793
<https://doi.org/10.1001/jama2020.12839>

Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder : the Importance of Right Diagnosis and Treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*, (2), 1–13.

World Health Organization (2020). What is COVID-19: What are the symptoms of COVID-19?. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses7>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., Tan, W., & China Novel Coronavirus Investigating and Research Team (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England journal of medicine*, 382(8), 727–733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>